Handlingsplan

Datum: 2026-09-09

Diarienummer: SSN 2026-00049

Beslutad av: Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Handläggare: Jacob Wulfsberg

E-post: jacob.wulfsberg@vgregion.se

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2027–2029

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Innehåll

1. Inledning 5
2. Grundläggande förutsättningar för säker vård 6
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning 6
Aktiviteter 6
2.2 En god säkerhetskultur 7
Aktiviteter 7
2.3 Adekvat kunskap och kompetens 8
Aktiviteter 8
2.4 Patienten som medskapare 8
Aktiviteter 9
3. Prioriterade fokusområden 10
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador 10
Aktiviteter 11
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer 11
Aktiviteter 12
3.3 Säker vård här och nu 13
Aktiviteter 13
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling 14
Aktiviteter 14
3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap 15
Aktiviteter 15
4. Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet 16
4.1 Vårdrelaterade infektioner 16
Aktiviteter 17
Indikatorer för uppföljning 18
Mål 18

4.2 Antibiotikaresistens 18
Aktiviteter 19
Indikatorer för uppföljning 20
Mål 21
4.3 Trycksår, undernäring och fallskador 22
4.3.1 Trycksår 22
Aktiviteter 23
Indikatorer för uppföljning 23
Mål 24
4.3.2 Undernäring 24
Aktiviteter 24
Indikatorer för uppföljning 25
Mål 25
4.3.3 Fallskador 26
Aktiviteter 26
Indikatorer för uppföljning 27
Mål 27
4.4 Beläggning 27
Aktiviteter 28
Indikatorer för uppföljning 28
Mål 28
4.5 Läkemedelsrelaterade skador 29
Aktiviteter 29
Indikatorer för uppföljning 30
Mål 30
4.6 Suicidprevention 30

Aktiviteter 31
Indikatorer för uppföljning 31
Mål 31
4.7 Strålsäkerhet 32
Ledning och styrning av verksamhet med strålning 32
Kompetens för god strålsäkerhet 33
Strålsäker vård 33
Aktiviteter 33
Indikatorer 34
5. Referenser och relaterade dokument 34
Bilaga 1. Indikatorer regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2027–2029 36

1. Inledning

Patientsäkerhet handlar om att förebygga vårdskador och säkerställa god vård. En vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen som lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits i samband med patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdskador innebär både lidande för individen och betydande kostnader för vården.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system som kräver ett kontinuerligt och förebyggande säkerhetsarbete. I Västra Götalandsregionen (VGR) bedrivs detta arbete med målet att stärka patientsäkerhetskulturen och minska antalet vårdskador. Arbetet omfattar såväl analys av inträffade händelser som lärande av faktorer som bidrar till att risker upptäcks, hanteras och inte leder till skada. Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är därför långsiktigt och pågår kontinuerligt.

”Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet”, som reviderades 2025 och gäller till 2030, utgör stöd för regioners och kommuners arbete. Den regionala handlingsplanen i VGR bygger vidare på detta och beskriver det samordnade patientsäkerhetsarbetet i regionen samt ansvarsfördelningen mellan koncernkontoret, utförarförvaltningarna (inklusive vårdgivare med avtal med VGR).

Den regionala handlingsplanen uppdateras med utgångspunkt i resultat från regionens patientsäkerhetsarbete och utvecklingen inom området. Planen är treårig, medan indikatorer och måltal ses över årligen. De regiongemensamma målen kan behöva anpassas till lokala förutsättningar och kompletteras med ytterligare indikatorer.

Uppföljning sker i förvaltningarna genom löpande styrning och rapportering samt sammanfattas årligen i patientsäkerhetsberättelser. Regional uppföljning sker vid regelbundna möten i nätverket VGR Patientsäkerhet (chefläkare och chefssjuksköterskor samt övriga funktioner inom patientsäkerhet) och vid dialogmöten med respektive förvaltning. Det samlade patientsäkerhetsarbetet i VGR:s egen regi redovisas i den regionala patientsäkerhetsberättelsen som publiceras senast den 1 mars varje år.

2. Grundläggande förutsättningar för säker vård

Den regionala handlingsplanen utgår från den nationella handlingsplanen som beskriver grundläggande förutsättningar för säker vård. Dessa fyra grundläggande förutsättningar lyfts fram för att uppnå den regionala handlingsplanens vision och övergripande mål om säker vård:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Hos alla vårdgivare ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsledningarnas ansvar är att integrera alla patientsäkerhetsfrågor i ordinarie ledning, styrning och samverkan. En del i arbetet är att efterfråga resultat om förekomst, typ och omfattning av vårdskador i verksamheterna och återkoppla resultaten inför ledningens analys och uppföljning av vidtagna åtgärder. Regionchefläkaren ansvarar för det regionövergripande systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och har ett övergripande ansvar för VGR:s kontakter med tillsynsmyndigheter.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- informerar fortlöpande vårdgivaren i patientsäkerhetsfrågor och om hur patientsäkerhetsarbetet i regionen fortskrider
- har regelbundna möten med chefläkare, chefsjuksköterskor och andra funktioner som arbetar med patientsäkerhet inom utförarförvaltningarna

- efterfrågar, följer upp och analyserar resultat samt återkopplar åtgärder i ett systematiskt arbete för ökad patientsäkerhet
- sprider kunskap till utförarförvaltningar och skapar förutsättningar för lärande inom regionen.

Utförarförvaltningarna

- har patientsäkerhet som stående punkt på ledningsgruppers agendor
- deltar och genomför uppdrag i det regionala nätverket (VGR patientsäkerhet)
- sprider kunskap och erfarenheter till regional nivå och till andra utförarförvaltningar.

2.2 En god säkerhetskultur

Säkerhetskulturen i en organisation bygger på gemensamma värderingar och uppfattningar, vilket påverkar hur säkerhetsrelaterade händelser tolkas och hanteras. Den har stor betydelse för patientsäkerheten och involverar alla – från ledning till vårdpersonal, patienter och närstående.

En bra säkerhetskultur innebär:

- att alla medarbetare i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå
- ett öppet arbetsklimat där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet och ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt
- en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risken för sådana händelser samt av positiva resultat.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- samordnar Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE-frågor) med den regionala medarbetarundersökningen
- samordnar vid behov regiongemensamma aktiviteter kring resultat från regionens undersökning avseende HSE-frågor

- utvecklar och anpassar metoder och verktyg som stödjer ett riskmedvetet arbetssätt på alla organisationsnivåer.

Utförarförvaltningarna

- utvecklar och stärker integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete på lokal nivå
- deltar i undersökning avseende HSE-frågor i samband med medarbetarundersökning och vidtar åtgärder utifrån resultatet.

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har tagit fram Nationella kompetensmål för patientsäkerhet, som bör ligga till grund för utbildning.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- sprider information om nationella och regionala utbildningar
- omvärldsbevakar och sprider kunskap i olika forum.

Utförarförvaltningarna

- introducerar och utbildar nya medarbetare i patientsäkerhet med hjälp av Socialstyrelsens nationella utbildning i patientsäkerhet, ”Säker vård”
- säkerställer att personalen har de kunskaper inom säker vård som behövs för att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet
- tillser att ledningsgrupper och styrelser utbildas i patientsäkerhet
- säkerställer att förvaltningens linjechefer har den kompetens som de behöver avseende patientsäkerhet.

2.4 Patienten som medskapare

Patienter och närstående kan bidra med sitt perspektiv på vården. Deras erfarenheter och iakttagelser är en resurs som är viktig att systematiskt ta tillvara i patientsäkerhetsarbetet. Patienter ska ges möjlighet att vara

delaktiga i sin vård och behandling samt i utveckling och utformning av vården på alla nivåer.

Levande bibliotek är en stödfunktion som samlar personer med vårderfarenheter i VGR. Det kan användas för att hitta patientrepresentanter som kan bidra med patient- och närståendeperspektivet.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- arbetar för att avvikelsehanteringssystemet MedControl PRO används för regionens klagomålshantering
- verkar för att 1177 används för inhämtning av synpunkter och klagomål
- samarbetar med Patientnämnden för att fånga upp patienters och närståendes behov
- stödjer möjligheten för patienter och närstående att delge sina erfarenheter i såväl utredningar som i riskanalyser och utvecklingsarbete
- sprider information om Levande bibliotek samt den nationella vägledningen för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete.

Utförarförvaltningarna

- använder 1177 för inhämtning av synpunkter och klagomål där det är möjligt
- använder MedControl PRO för att registrera, utreda och följa upp patienters och närståendes synpunkter
- säkerställer att patient- och närståendeperspektivet beaktas i såväl utredningar som i riskanalyser och utvecklingsarbete
- använder och anpassar verktyg som beskrivs i nationell Vägledning för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete.

3. Prioriterade fokusområden

Liksom den nationella handlingsplanen innehåller den regionala handlingsplanen följande fem prioriterade fokusområden. Dessa utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör struktur för vårdgivarnas aktiviteter samt den regionala handlingsplanens åtgärdsområden:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

En förutsättning för att stödja processen för registrering, utredning, åtgärd och uppföljning av oönskade händelser är ett avvikelsehanteringssystem. Rapportering och återföring på varje nivå är en viktig del i avvikelsehanteringen för delaktighet och framgång i utvecklingsarbete. Patientens och närståendes synpunkter är en viktig informationskälla och de ska få en tidig återkoppling.

Kunskap om vilka vårdskador som inträffar och vilka konsekvenser de ger för patienterna är ett viktigt underlag för att förstå var risker finns i verksamheten och var åtgärder behövs för att arbeta förebyggande med att minska risker och förhindra vårdskador.

Markör baserad journalgranskning (MJG) är ett verktyg som kan bidra till att vårdskador och skador systematiskt kan identifieras och mätas. Metoden används lokalt i verksamheter för uppföljning och i realtid för att uppmärksamma risker, symtom, nära händelser eller direkt uppkomna händelser utifrån de markörer och skadetyper som ingår i MJG. Resultatet ska i första hand användas som underlag för egenkontroll och systematiskt

förbättringsarbete vid den egna verksamheten eller enheten och kan över tid bidra till en bild av patientsäkerheten och utvecklingen i verksamheten.

Det pågår ett nationellt arbete med att utveckla MJG och ta fram en ny databas. Socialstyrelsen erbjuder utbildning i metoden.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- utarbetar och följer upp regionala indikatorer för patientsäkerhet
- tar del av och bedömer klagomål och händelseanalyser i regionens verksamheter som inkommit till IVO
- medverkar i utveckling av framtida vårdinformationsmiljö så att uppföljning blir möjlig
- följer det nationella arbetet med utvecklingen av MJG.

Utförarförvaltningarna

- fortsätter använda MJG för uppföljning där så är möjligt
- sammanställer och analyserar resultaten av händelseanalyser
- använder Nitha och Nitha kunskapsbank
- använder Gröna korset eller motsvarande.

3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

System, processer och rutiner behöver kontinuerligt utvecklas, anpassas och tillämpas för att underlätta att göra rätt och undvika fel. Patientsäkerheten stärks genom minskning av oönskade variationer. ”Vårdhandboken” bidrar till att minska antalet lokala rutiner, underlätta tillgången till rutiner och minska variationen i arbetssätten i regionen. Således används Vårdhandboken som styrande dokument i alla verksamheter.

Lågvärdesvård, insatser som ger liten eller ingen patientnytta, behöver minska. Målet är att både undvika överbehandling och motverka underbehandling. Genom att välja rätt insatser kan vården bli säkrare, mer

tillgänglig och mer effektiv. Som stöd finns ”Kloka kliniska val”, framtaget av olika specialistföreningar.

Ett regionalt arbete pågår för att möjliggöra dokumentation av riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall, urinvägsinfektion och munhälsa i mätvärdesappen (Medanet) för sjukhusen.

Utvecklingen inom vårdinformationsmiljö kommer att påverka uppföljningen, förändra arbetssätt och skapa nya möjligheter att ta fram indikatorer och system för uppföljning. Det är viktigt att patientsäkerheten beaktas i processens alla delar.

För att kunna införa en framtida gemensam vårdinformationsmiljö behövs också en samsyn gällande rutiner, termer och begrepp. Likaså behöver riskanalyser och avvikelsehantering samordnas regionalt.

I arbetet med ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal har behovet av att stärka det länsgemensamma patientsäkerhetsarbetet identifierats. Ett förslag till gemensam riktlinje har tagits fram. Riktlinjen ska tydliggöra parternas ansvar och inriktningen för patientsäkerhetsarbetet i samverkan. Länsgemensam riktlinje Patientsäkerhet.

En god kvalitet på läkarmedverkan inom kommunal primärvård är fortsatt viktigt för bibehållen patientsäkerhet speciellt i omställningen till Nära vård.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- stödjer de regionala processområdena och processteamen via representation i regional samverkansgrupp (RSG)
- representerar Västra sjukvårdsregionen (VGR och Halland) i nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet
- stödjer arbetet med Vårdhandboken i regionen och nationellt
- stödjer förändringsarbetet för förbättrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården genom samverkan med team Vårdval på koncernkontoret.

Utförarförvaltningarna

- säkerställer att Vårdhandboken används som styrande dokument i alla verksamheter
- inför respektive fasar ut metoder, utrustning och rutiner på ett systematiskt och säkert sätt
- arbetar systematiskt med utmönstring av lågvärdesvård (med stöd av Kloka kliniska val)
- säkerställer kvalitet avseende läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

3.3 Säker vård här och nu

I det dagliga arbetet behöver vården anpassas utifrån störningar och risker så att den kan vara hållbar och säker. Detta genomförs genom daglig riskmedvetenhet bland annat genom att använda verktyget Gröna korset. Ledare ska ha god kännedom om verksamheten för att förstå risker för patientsäkerheten och vad som krävs för att hantera denna.

Diagnostiska fel är den vanligaste vårdskadan i primärvården och på akutmottagningar, men förekommer i alla delar av hälso- och sjukvården. Förekomsten är svår att mäta, men i nationella databaser utgör konsekvenser av diagnostiska fel minst 10–20 procent av alla anmälningar. Man behöver ha beredskap för att ompröva diagnosen när förloppet inte blir som förväntat. En god patientsäkerhetskultur, kontinuitet i vårdkontakten och en medvetenhet om sina egna bekräftelsefördomar minskar risken, liksom god handledning och kollegial stöttning på alla nivåer för att skapa psykologisk trygghet i arbetet.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- bidrar till att utveckla verktyg och arbetssätt för riskidentifiering och riskhantering
- sprider kunskap om metoder för att öka diagnostisk säkerhet.

Utförarförvaltningarna

- drar lärdomar av händelseanalyser och patientklagomål för att sprida dessa i verksamheterna
- utbildar och tränar medarbetare i den diagnostiska processen
- främjar ett gott teamarbete och samverkan med patient och närstående.

3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Genom analys ökar systemförståelsen av bakomliggande orsaker till vårdskador och det förebyggande patientsäkerhetsarbetet stärks.

För primärvården kan indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet i primärvården hämtas ur det nationella systemet PVQ (Primärvårdskvalitet). Dessa är ett stöd i lokalt förbättringsarbete för personal på vårdcentraler, med möjligheter till analys, reflektion och lärande.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- deltar i regional förvaltningsgrupp MedControl PRO
- samverkar med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), patientnämnden och andra aktörer på regional och nationell nivå
- samordnar metodkunskap i händelseanalyser och deltar i kunskapsbildningen nationellt
- samordnar användningen av Nitha och Nitha kunskapsbank (Nationellt it-stöd för händelseanalys)
- medverkar till nationell sammanställning av data, samt analys, visualisering och lärande av dessa sammanställningar
- utvecklar uppföljning av patientsäkerhetsindikatorer.

Utförarförvaltningarna

- registrerar samtliga anmälningar som görs enligt lex Maria, underlag av genomförda interna utredningar och inkomna beslut från IVO i avvikelsehanteringssystemet

- gör händelseanalyser med stöd av Nitha inför anmälan enligt lex Maria
- involverar patienterna i utredningen av oönskade händelser i vården
- säkerställer att det finns resurser för analys och analysledare med kompetens att genomföra händelseanalyser enligt handboken
- överför genomförda händelseanalyser till Nitha kunskapsbank
- gör sammanställningar av förvaltningens avvikelser, utredningar, risk- och händelseanalyser och använder dessa som underlag för verksamhetsförbättring på alla nivåer samt i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet
- verksamheter inom primärvård använder Primärvårdskvalitet i egen uppföljning av patientsäkerhetsarbete.

3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Hälso- och sjukvården ska planeras så att beredskap upprätthålls. Beredskap krävs för exempelvis perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning och leveransproblem för läkemedel och material. Hälso- och sjukvårdsverksamhet behöver vara robust och anpassningsbar för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och arbetsmiljö även vid särskilda händelser eller störda förhållanden. Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för katastroftillstånd, händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter.

För att uppmärksamma och analysera risker används riskanalys. Dessa analyser görs med fördel gemensamt inom patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- bidrar vid riskanalyser vid regionövergripande förändringar
- samordnar metodkunskap i riskanalyser och deltar i kunskapsbildningen nationellt
- sprider information om grundutbildning i katastrofmedicin

- bedriver en aktiv omvärldsbevakning.

Utförarförvaltningarna

- säkerställer att det finns analysledare med kompetens att genomföra riskanalyser
- gör riskanalyser inför förändringar i verksamheten
- använder erfarenheterna från tidigare gjorda händelse- och riskanalyser som underlag i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet
- säkerställer att medarbetarna genomför grundutbildning i katastrofmedicin.

4. Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

Uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet ska visa nuläget och utvecklingen. Den ska även visa förflyttningen mot ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete, där fokus ligger på frånvaro av skada och närvaro av säkerhet. Genom att utföra strukturerade riskbedömningar och vidta rätt förebyggande åtgärder kan många vårdskador undvikas.

Under 2025 återupptogs arbetet med att ta fram en samordnad kvalitetsuppföljning, inriktad mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. Detta arbete är tänkt att mynna ut i en uppföljningsrapport.

I följande avsnitt redovisas regionens prioriterade patientsäkerhetsområden med tillhörande förslag på aktiviteter, uppföljningsindikatorer och mål.

4.1 Vårdrelaterade infektioner

”Vårdrelaterad infektion” (VRI) förekommer enligt SKR:s prevalensmätningar hos knappt 10 procent av alla patienter som vårdas inom somatisk slutenvård. Ungefär 90 procent av dessa har bakteriell genes. VRI är den enskilt vanligaste vårdskadan och prevalensen är i stort sett oförändrad sedan 2010, i VGR och landet i övrigt.

Vårdhygieniskt arbete syftar till att dels förebygga och minimera vårdrelaterade infektioner, dels förhindra smittspridning inom vård och

omsorg. Till hjälp i detta arbete finns vårdhygienisk expertis på fyra av utförarförvaltningarna, och den utgör stöd för hela regionens hälso- och sjukvård. ”Vägledning för vårdhygieniskt arbete”, framtaget av nationell arbetsgrupp (NAG) vårdhygien, utgör ett stöd i arbetet med att utforma lokala handlingsplaner för minskad VRI. ”Vårdhygienisk egenkontroll” (VEK) är ett ledningssystem för systematiskt vårdhygieniskt arbete, som har utarbetats av Svensk Förening för Vårdhygien.

Infektionsverktyget mäter sjukhusincidensen av VRI som behandlas med antibiotika och utgör kvalitetsindikator och resultatmått för det vårdhygieniska arbetet. Registreringen är behäftad med kvalitetsbrist i form av felkategorisering av VRI som samhällsförvärvad infektion. Felkategoriseringen kan minska genom ökad kunskap om VRI-begreppet hos antibiotikaförskrivare. Till det ändamålet finns en regional interaktiv utbildning, obligatorisk för förskrivande läkare att genomföra.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- bevakar det nationella arbetet kring att utarbeta indikatorer av basala hygienrutiner och klädregler
- arbetar med kvalitetssäkring av datafångst och datakvalitet i Infektionsverktyget regionalt.

Utförarförvaltningarna

- genomför årligen ”Vårdhygienisk egenkontroll” (VEK) på enhetsnivå som verktyg för systematiskt vårdhygieniskt förbättringsarbete
- utarbetar, med stöd av vårdhygieniska enheter, lokala handlingsplaner för att minska vårdrelaterade infektioner
- använder resultat från Infektionsverktyget i förbättringsarbete
- säkerställer att alla förskrivande läkare genomgår regional webbutbildning i Infektionsverktyget
- sammanställer och följer upp, med stöd av vårdhygieniska enheter, antalet fall av vårdrelaterad smittspridning av multiresistenta bakterier samt andra smittsamma mikroorganismer som har medfört resurskrävande åtgärder för vårdgivaren under det senaste året

- genomför riskbedömningar och vidtar åtgärder samt dokumenterar dessa med hjälp av mätvärdesappen (Medanet) där så är möjligt.

Indikatorer för uppföljning

- andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner
- andel enheter/verksamheter som mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- andel enheter med patientkontakt som årligen genomför VEK.

Mål

- Incidens av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård ska regionalt vara mindre än 4,5 procent.
- Andel enheter/verksamheter som mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska vara mer än 80 procent.
- Andel enheter med patientkontakt som genomfört VEK ska vara mer än 80 procent.

4.2 Antibiotikaresistens

Antibiotika används inom alla verksamheter och är en grundläggande byggsten i dagens högteknologiska vård. Genom ett ansvarsfullt bruk av antibiotika, övervakning av resistensläget och följsamhet till behandlingsriktlinjer, förebyggande av infektioner samt minskad smittspridning kan antibiotikaresistensutvecklingen och dess konsekvenser reduceras.

För att möta det hot som antibiotikaresistens utgör krävs ett långsiktigt arbete med aktiva insatser inom hälso- och sjukvårdens alla nivåer. Ansvaret för detta arbete vilar såväl på högsta ledning som på verksamhetsledning. Strama på regional nivå och sjukhusstramagrupperna stöttar verksamheterna i deras stramaarbete utifrån respektive gruppers uppdragsbeskrivning. Stödet kan förstärkas om Regionala Strama och Sjukhusstramagrupperna bemannas enligt ”Föreslagna minimiresurser till regionala Stramagrupper”. Strama samverkar med smittskydd,

infektionskliniker, vårdhygienenheter, de mikrobiologiska laboratorierna samt patientsäkerhetsenheter och kommunikation. Strama-arbetets viktiga delar beskrivs i Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035, Stramas 10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg samt i de kriterier som Antibiotikasmart Sverige har utarbetat.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- har ett strategiskt och samordnande ansvar för regionens arbete mot antibiotikaresistens, bland annat genom att bereda förslag till styrande dokument åt regionens politiska nämnder och styrelser
- agerar genom Regionala Strama som ett nav för samverkan, stödjer vårdverksamheter och beslutsfattare samt bidrar till ökad patientsäkerhet och hållbar antibiotikaanvändning inom regionens utförarförvaltningar utifrån Uppdragsbeskrivning för Regionala Strama i Västra Götaland

Sjukhusförvaltningarna

- ansvarar för genomförandet av Strama-arbetet inom den egna organisationen och säkerställer att sjukhusstramagrupperna ges ett långsiktigt uppdrag samt förutsättningar att genomföra uppdraget i enlighet med regional riktlinje Sjukhusstrama i Västra Götaland
- säkerställer att verksamhetsledningarna ansvarar för rationell antibiotikaanvändning på verksamhetsnivå, inklusive att kontaktläkare eller verktygsläkare för Strama utses, ges erforderlig tid och mandat för uppdraget samt att årlig revision av verksamhetens Strama-arbete genomförs utifrån Strama i Västra Götalands riktlinjer
- ansvarar, genom sjukhusstramagrupperna eller stramaansvariga personer vid mindre sjukhus, för genomförandet av Strama-arbetet inom sjukhusvården och stödjer ett systematiskt och långsiktigt arbete för ansvarsfull antibiotikaanvändning på gruppnivå
- identifierar, genom Sjukhusstrama, verksamheter med hög antibiotikaanvändning och bidrar i samarbete med respektive infektionsklinik med riktade insatser till dessa verksamheter.

Antibiotikaronder som utförs av infektionsklinikerna ingår som en viktig del i insatserna.

Primärvården

- säkerställer att kontaktläkare till Regionala Strama i Västra Götaland finns inom varje verksamhet, att förbättringsarbete genomförs och att Strama-arbetet årligen rapporteras utifrån Strama i Västra Götalands riktlinjer och anvisningar i Krav- och kvalitetsboken i Västra Götalandsregionen.

Tandvården

- medverkar genom antibiotikaansvarig tandläkare, i samarbete med verksamhetsledningen, till ökad följsamhet till behandlingsriktlinjerna med stöd av Tandvårds-Strama och Regionala Strama i Västra Götaland.

Mikrobiologiska laboratorierna

- ansvarar, när de anlitas av Västra Götalandsregionens vårdgivare, för att bistå med epidemiologiska resistensdata och för att upptäcka särskilt oönskad resistens, till exempel multiresistenta bakterier.

Indikatorer för uppföljning

Samtliga förvaltningar:

- antibiotika som förskrivs på recept från respektive förvaltning

Primärvård:

- andel ciprofloxacin vid akut cystit för män respektive kvinnor (primärvård)

Sjukhusförvaltningarna:

- antal behandlingsdygn med antibiotika/100 vårddygn och år och förvaltning (sjukhusvård)
- andel ciprofloxacin av urinvägsantibiotika vid afebril urinvägsinfektion för män respektive kvinnor (sjukhusvård)

- andel bensylpenicillin av utvalda intravenösa antibiotika som förstabehandling vid samhällsförvärvad pneumoni (sjukhusvård)
- andel vårdtillfällen med pneumoni som huvuddiagnos där ”Standardvårdplan pneumoni” använts (sjukhusvård)
- andel perioperativ antibiotikaprofylax som ges <24 timmar vid utvalda operationer (sjukhusvård)
- antal högförskrivande verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder.

Mål

- Antibiotikaförskrivningen på recept ska minska för respektive förvaltning så att mindre än 250 recept per 1 000 invånare och år uppnås i regionen som helhet.
- Andelen ciprofloxacin ska understiga 5 procent för kvinnor respektive 20 procent för män vid behandling av akut cystit inom primärvård respektive afebril urinvägsinfektion inom sjukhusvård.
- Antalet dygn med antibiotikabehandling inom sjukhusvården ska minska jämfört med föregående år, mätt som DOT, det vill säga behandlingsdagar, per 100 vårddygn och år på förvaltningsnivå.
- Andelen bensylpenicillin av utvalda intravenösa antibiotika som förstabehandling vid samhällsförvärvad pneumoni ska överstiga 55 procent inom sjukhusvård.
- Andelen slutenvårdstillfällen med pneumoni som huvuddiagnos där ”Standardvårdplan pneumoni” använts ska överstiga 60 procent inom sjukhusvård.
- Andelen perioperativ antibiotikaprofylax som ges kortare än 24 timmar vid utvalda operationer ska öka jämfört med föregående år inom sjukhusvård.
- Antibiotikaronder ska utföras på minst 2–6 verksamheter med hög antibiotikaförskrivning per sjukhusförvaltning, utifrån förvaltningens storlek.

4.3 Trycksår, undernäring och fallskador

Trycksår, undernäring och fallskador samverkar och skapar en ömsesidigt förstärkande riskmiljö för patienten. Undernäring ökar risken för både trycksår och fall, samtidigt som trycksår och fall ofta leder till försämrad näringsstatus och minskad rörlighet, vilket i sin tur ökar risken för ytterligare skador. Riskerna förstärker därmed varandra, vilket ställer krav på samordnade och förebyggande åtgärder. Gällande dessa vårdskadeområden finns rutiner för riskbedömning beskrivna i Vårdhandboken.

Under 2026 pågår ett regionalt arbete för att möjliggöra registrering av riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall, urinvägsinfektion och munhälsa i Mätvärdesappen för sjukhusförvaltningarna. Så snart funktionaliteten medger ska Mätvärdesappen användas för att dokumentera riskbedömningar och åtgärder. Vid identifierad risk ska relevanta förebyggande och behandlande åtgärder genomföras och dokumenteras, för att möjliggöra en strukturerad och enhetlig uppföljning av risker och vidtagna åtgärder.

Resultat för trycksår, undernäring och fysiska fallskador redovisas uppdelat för somatik och psykiatri inom sjukhusförvaltningarna, eftersom dessa verksamhetsområden har olika patientgrupper, vårdprocesser och riskmiljöer. Uppföljningen omfattar även undernäring inom primärvården.

Genom att särskilja resultaten kan vi identifiera specifika utmaningar och behov inom respektive område, och därmed rikta insatser och förbättringsåtgärder på ett mer effektivt sätt. Det möjliggör också mer rättvisa och relevanta jämförelser mellan enheter och över tid, vilket ger bättre stöd för kontinuerlig utveckling och ökad patientsäkerhet.

4.3.1 Trycksår

Trycksår orsakar stort lidande för patienten i form av fysiska skador, smärta och försämrad livskvalitet, och kan ofta förebyggas. Ett systematiskt och strukturerat arbetssätt är avgörande för att förebygga trycksår.

Det ska finnas rutiner för att genomföra riskbedömning vid vårdens start och upprepade gånger under vårdtiden. Vid identifierad risk ska individuellt anpassade förebyggande åtgärder omgående initieras, planeras, genomföras och följas upp kontinuerligt samt upprätthållas så länge risken kvarstår.

Ett sammanhållet och personcentrerat arbetssätt, med ett nära samarbete mellan olika vårdgivare och professioner i hela vårdkedjan, är en förutsättning för att minska förekomsten av trycksår samt säkerställa en god och säker vård.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- stödjer erfarenhetsutbyte mellan utförarförvaltningarna.

Utförarförvaltningarna

- genomför systematiska riskbedömningar med validerade instrument
- följer upp åtgärder och utvärderar dem kontinuerligt för att säkerställa effekt och möjliggöra förbättring
- journalför riskbedömningar, åtgärder och uppföljning samt använder, när det är möjligt, Mätvärdesappen för dokumentation av riskbedömning och åtgärder
- rapporterar trycksår i avvikelsehanteringssystemet
- säkerställer kompetens genom utbildning, kontinuerlig kunskapsutveckling och strukturerade arbetssätt.

Indikatorer för uppföljning

- Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår (kategori 1–4) under vårdtid i somatisk slutenvård, (patienter > 18 år)
- Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår (kategori 1–4) under vårdtid i psykiatrisk slutenvård (patienter > 18 år)
- Andel vårdtillfällen inom somatisk slutenvård (patienter > 18 år) där trycksårsbedömning genomförts
- Andel vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård (patienter > 18 år) där trycksårsbedömning genomförts

Mål

- Förekomsten av uppkomna trycksår i sjukvård ska minska till mindre än 1,5 procent för patienter > 18 år.
- Andelen vårdtillfällen inom somatisk slutenvård (patienter > 18 år) där trycksårsbedömning genomförts ska vara mer än 70 procent.
- Andelen vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård (patienter > 18 år) där trycksårsbedömning genomförts ska vara mer än 70 procent.

4.3.2 Undernäring

Undernäring orsakar stort lidande för patienten och är i många fall möjlig att förebygga och behandla. Ett systematiskt och strukturerat arbetssätt är avgörande för att förebygga och behandla undernäring, både inom sjukhusvård och primärvård.

Ett sammanhållet och personcentrerat arbetssätt, med ett nära samarbete mellan olika vårdgivare och professioner i hela vårdkedjan, är en förutsättning för att minska förekomsten av undernäring samt säkerställa en god och säker vård. Äldre personer med undernäring besöker vården oftare, har längre vårdtider och högre risk för komplikationer än välnärda äldre. När patienten blir inlagd på sjukhus ska det finnas rutiner för att genomföra riskbedömning vid vårdens start och upprepade gånger under vårdtiden. Vid identifierad risk ska individuellt anpassade åtgärder omgående initieras, planeras, genomföras och följas upp kontinuerligt samt upprätthållas så länge risken kvarstår.

I primärvården, där många äldre har sin långvariga vårdkontakt, är det av stor betydelse att undernäring identifieras och diagnosen registreras, för att rätt åtgärder ska kunna vidtas.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- stödjer erfarenhetsutbyte mellan utförarförvaltningarna.

Utförarförvaltningarna

- genomför systematiska riskbedömningar med validerade instrument vid vårdens start och upprepar dem kontinuerligt under vårdtiden
- initierar individuellt anpassade nutritionsåtgärder vid identifierad risk och upprätthåller dem så länge risken kvarstår
- följer upp nutritionsåtgärder och utvärderar dem kontinuerligt för att säkerställa effekt och möjliggöra förbättring
- journalför riskbedömningar, nutritionsåtgärder och uppföljning. När det är möjligt används Mätvärdesappen för dokumentation av riskbedömningar och åtgärder. Förekomst av undernäring dokumenteras
- säkerställer kompetens genom utbildning, kontinuerlig kunskapsutveckling och strukturerade arbetssätt.

Indikatorer för uppföljning

- Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen inom somatisk slutenvård (patienter > 18 år) där riskbedömning för undernäring är genomförd
- Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård (patienter > 18 år) där riskbedömning för undernäring är genomförd
- Andel individer 75 år och äldre där någon av diagnoserna undernäring eller viktförlust registrerats senaste 18 månaderna (primärvård).

Mål

- Andelen vårdtillfällen i somatisk och psykiatrisk slutenvård (patienter > 18 år) med genomförd riskbedömning för undernäring ska överstiga 90 procent.
- Andel individer 75 år och äldre där diagnoserna undernäring eller viktförlust registrerats senaste 18 månaderna ska öka jämfört med föregående år (primärvård).

4.3.3 Fallskador

Fall orsakar stort lidande för patienten i form av fysiska skador, smärta och försämrad livskvalitet, och kan ofta förebyggas. Ett systematiskt och strukturerat arbetssätt är avgörande för att förebygga fall.

Det ska finnas rutiner för att genomföra riskbedömning vid vårdens start och upprepade gånger under vårdtiden. Vid identifierad risk ska individuellt anpassade förebyggande åtgärder omgående initieras, planeras, genomföras och följas upp kontinuerligt samt upprätthållas så länge risken kvarstår.

Successivt införande av AI-baserad rörelsemonitorering pågår som ett stöd i det förebyggande arbetet. Tekniken kan eventuellt bidra till tidig upptäckt av fallrisk och snabbare preventiva åtgärder.

Ett sammanhållet och personcentrerat arbetssätt, med ett nära samarbete mellan olika vårdgivare och professioner i hela vårdkedjan, är en förutsättning för att minska förekomsten av fall samt säkerställa en god och säker vård.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- samordnar erfarenhetsutbyte mellan utförarförvaltningarna.

Utförarförvaltningarna

- genomför systematiska riskbedömningar med validerade instrument vid vårdens start och upprepar dem kontinuerligt under vårdtiden
- initierar individuellt anpassade förebyggande åtgärder vid identifierad risk och upprätthåller dem så länge risken kvarstår
- följer upp åtgärder och utvärderar dem kontinuerligt för att säkerställa effekt och möjliggöra förbättring
- journalför riskbedömningar, åtgärder och uppföljning. När det är möjligt används Mätvärdesappen för dokumentation av riskbedömningar och åtgärder. Fallhändelser dokumenteras och fall som inträffar under vårdtid rapporteras i avvikelsehanteringssystemet

- säkerställer kompetens genom utbildning, kontinuerlig kunskapsutveckling och strukturerade arbetssätt.

Indikatorer för uppföljning

- Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård (patienter > 18 år) med fysisk fallskada
- Andel vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård (patienter > 18 år) med fysisk fallskada

Mål

- Andel vårdtillfällen i slutenvård med fysisk fallskada ska understiga 0,5 procent.

4.4 Beläggning

Behovet av disponibla vårdplatser överstiger tillgången vilket leder till överbeläggningar och utlokaliseringar. Nationella mätningar visar att risken för vårdskador ökar vid överbeläggningar (över 90 procent) och utlokaliseringar.

Antalet disponibla vårdplatser behöver anpassas utifrån det faktiska behovet, och för att skapa en anpassningsbar vård är det avgörande med god planering och tillgång till personal med rätt kompetens.

Tillgången på disponibla vårdplatser är beroende av hur alla aktörer i hälso- och sjukvården samarbetar, vilket innebär att arbetet med att optimera vårdtider och säkra utskrivningsprocessen behöver fortsätta i samverkan med kommunal och regional primärvård. För patienter inom primärvård behövs ett nära samarbete mellan olika aktörer för att förebygga och hantera försämring av patientens hälsotillstånd och därmed minska behovet av akuta slutenvårdsinsatser.

Beläggningsgrad påverkas av vårdskador som förlänger vårdtiderna, varför flera indikatorer som vi använder är relevanta för att följa situationen.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- stödjer utförarförvaltningarna genom erfarenhetsutbyte och goda exempel i förbättring av patientens hela vårdkedja
- medverkar i uppföljning av regionens beläggningsgrad, överbeläggningar, och utlokaliseringar samt påverkan på patientsäkerhet och beredskap
- bevakar patientsäkerhetsperspektivet i omställningen till Nära vård
- följer arbetet i "Regional handlingsplan för att säkerställa att Västra Götalandsregionen har tillräckligt många disponibla vårdplatser".

Utförarförvaltningarna

- planerar för rätt antal disponibla vårdplatser för att kunna upprätthålla hög kvalitet och patientsäkerhet
- har tydliga eskaleringsplaner vid vårdplatsbrist
- utökar samverkan mellan kommuner, primärvård och sjukhusförvaltningar
- fortsätter utveckla vårdformer för att kunna överföra slutenvård till öppna vårdformer
- rapporterar överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKR:s nationella databas.

Indikatorer för uppföljning

- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (65 år och äldre)
- Beläggning somatik
- Beläggning psykiatri

Mål

- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar ska minska till under 6 procent.
- Genomsnittlig beläggningsgrad per enhet ska vara mindre än 90 procent.

4.5 Läkemedelsrelaterade skador

I enlighet med WHO:s program ska antalet läkemedelsrelaterade skador i VGR minska. Väl underbyggda läkemedelsrekommendationer, en säker läkemedelshantering och säkra ändamålsenliga IT-stöd är väsentliga framgångsfaktorer.

För att undvika läkemedelsrelaterade skador är det viktigt att läkemedelsgenomgång genomförs strukturerat för äldre med flera läkemedel. Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål.

Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel medför risker för tolerans, beroende och biverkningar vid långvarig användning. Det bör därför ske med noggrannhet och tydliga rutiner. Förskrivning av opioider mot långvarig icke-malign smärta har minskat i VGR senaste åren vilket är positivt, men lokala variationer är stora.

Enligt Socialstyrelsens lista ”Läkemedel som bör undvikas till äldre” finns ett antal läkemedel som generellt bedöms som olämpliga för personer som är 75 år och äldre. Det handlar till exempel om medel som har lugnande effekt och därmed ökad risk för fallolyckor, men även om läkemedel som, på grund av sina effekter på njurar och andra vitala organ, bedöms som olämpliga vid högre ålder. Eftersom många personer som är 75 år och äldre kan bedömas tolerera de aktuella läkemedlen är en nollvision inte realistisk, även om indikatorn bör ha en grundläggande riktning mot så låga värden som möjligt.

Farmaceuter som deltar i vårdteam kan bidra till en höjd kunskapsnivå. Ett välfungerande samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården är nödvändigt för att minska på de fel i läkemedelshanteringen som uppkommer i vårdens övergångar.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- stödjer läkemedelskommittén i arbetet med regionala medicinska riktlinjer
- stödjer arbetet med säkrare IT-stöd i läkemedelsprocessen.

Utförarförvaltningarna

- minskar förskrivningen av potentiellt olämpliga läkemedel till äldre
- fortsätter att vara restriktiva vid förskrivning av opioider
- arbetar för att patienter erbjuds kartläggning, säkerhetsvärdering och utvärdering av aktuell läkemedelsbehandling enligt ”Regional medicinsk riktlinje Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse”
- genomför tillsammans med Sjukvårdsapotek VGR kvalitetsrevisioner samordnat mellan sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan
- utvecklar och samordnar tillsammans med Sjukvårdsapotek VGR de regionala rutinerna för läkemedelshantering
- följer upp kvalitetsrevisioner av läkemedelshantering.

Indikatorer för uppföljning

- Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger

Mål

- Andel patienter över 75 år med potentiellt olämpliga läkemedel ska vara mindre än 10 procent.

4.6 Suicidprevention

Suicid och suicidförsök betraktas som allvarlig vårdskada i de fall där dessa hade kunnat förebyggas genom ändamålsenliga insatser från hälso- och sjukvården.

Många som gör ett suicidförsök har, före händelsen, haft kontakt med hälso- och sjukvården. Därför är det av stor vikt att hälso- och sjukvården kan uppmärksamma tecken på psykisk sjukdom och suicidalitet, oavsett besöksorsak, och erbjuda adekvata åtgärder.

Enligt Västra Götalandsregionens regionala medicinska riktlinjer ska en säkerhetsplan upprättas vid identifierat, ökat suicidalt beteende.

Säkerhetsplan är ett personcentrerat verktyg där patienten och behandlaren, och om så är lämpligt även närstående, tillsammans kommer överens om hur suicidala symptom och impulser kan hanteras. Säkerhetsplanen följs upp och uppdateras löpande i samråd mellan patient och behandlare vid uppföljande besök.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- tar fram riktlinjer och sprider kunskap om suicidprevention i hälso- och sjukvård i samverkan med ”Kunskapsstöd för psykisk hälsa” (KPH)
- samverkar genom KPH med ”Suicide Zero”, en ideell organisation som arbetar med suicidprevention för att minska självmorden i Sverige, för att öka kunskap samt verka för att säkerhetsplaner upprättas och används.

Utförarförvaltningarna

- utarbetar lokala rutiner och lokala suicidpreventiva handlingsplaner
- genomför lokala förbättringsarbeten utifrån händelseanalyser vid suicid.

Indikatorer för uppföljning

- Antal upprättade säkerhetsplaner
- Andel upprättade säkerhetsplaner efter heldygnsvård för suicidförsök

Mål

- Antal upprättade säkerhetsplaner ska öka jämfört med föregående år.
- Andel patienter med säkerhetsplan upprättad efter heldygnsvård för suicidförsök ska vara 100 procent.

4.7 Strålsäkerhet

Patientsäkerhet kopplad till joniserande strålning består av två delar. Den ena är att förhindra vävnadsskador (skada på vävnad eller organ som uppträder vid viss stråldos) där det inte är medicinskt motiverat. Den andra är att så långt det är rimligt hålla stråldoserna på gruppnivå låga, för att hålla risken för slumpmässiga skador (framför allt cancer) på en låg, acceptabel nivå. Båda delarna kräver ett kontinuerligt, strukturerat arbete för att patienternas strålsäkerhet ska upprätthållas.

Verksamhet där patienter utsätts för joniserande strålning förekommer idag inom samtliga sjukhusförvaltningar samt inom Folktandvården. Remittering till undersökningar med joniserande strålning sker från i stort sett alla verksamheter inom Hälso- och sjukvård. Verksamheten är till stora delar tillståndspliktig där regionstyrelsen innehar tillståndet och andra delar anmälningspliktig. Verksamheten med joniserande strålning styrs av en omfattande lagstiftning med lag, förordning och ett flertal föreskrifter.

Regionala strålsäkerhetsmål beslutas av regionstyrelsen och publiceras separat. Arbete med och resultat av strålsäkerhetsmålen följs, tillsammans med utvald kravefterlevnad från lagstiftning, upp som en del i det årliga strålskyddsbokslutet som berörda utförarförvaltningar i VGR:s egen regi lämnar. Uppgifterna där hämtas i huvudsak via de egenkontroller av strålsäkerhetsarbetet som utförs i berörda verksamheter i utförarförvaltningarna. Det sammanställda regionala Strålskyddsbokslutet finns sedan som en bilaga till Patientsäkerhetsberättelsen.

Utveckling av strålsäkerheten i VGR, bland annat via de regionala strålsäkerhetsmålen, samt uppföljning är indelade under fem strålsäkerhetsområden varav tre är centrala för det direkta patientsäkerhetsarbetet.

Ledning och styrning av verksamhet med strålning

Centralt är att frågor som rör strålsäkerhet, precis som andra risker i vården, är integrerade i ordinarie ledning, styrning och samverkan i alla berörda verksamheter.

Kompetens för god strålsäkerhet

Området betonar att alla yrkeskategorier och personalgrupper som arbetar med joniserande strålning ska genomgå föreskriven utbildning och ha strålsäkerhet integrerat i sitt dagliga arbete.

Strålsäker vård

För att uppnå en god strålsäkerhet inom det direkta patientarbetet är berättigande och optimering helt centrala områden.

Berättigande betyder att nyttan med en medicinsk bestrålning måste vara större än risken den innebär. Detta är ett grundläggande krav i strålskyddslagstiftningen och gäller alla undersökningar och behandlingar där joniserande strålning används.

Berättigandet bedöms på tre nivåer:

- för att använda strålning i vården
- för en viss behandlings- eller undersökningsmetod vid en viss frågeställning
- för att bestråla en viss individ.

Berättigandebedömning för viss individ åligger både remittent och utförare.

Optimering är processen att planera, genomföra och följa upp medicinska bestrålningar, så att rätt bildkvalitet eller behandlingsresultat uppnås med för uppgiften lägsta möjliga stråldos. Detta är en ständig förbättringsprocess som omfattar val av teknik, utarbetande av undersökning- och behandlingsmetoder, praktiskt genomförande av undersökningarna och behandlingarna samt uppföljning av resultat och stråldos.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- bidrar och ger stöd till genomförandet av strålsäkerhetsmålen
- tar fram regiongemensamma styrdokument som ett stöd för berörda utförarförvaltningars arbete

- deltar i olika regionövergripande gruppers möten för information, kunskapsöverföring, dialog eller annat.

Utförarförvaltningarna

- arbetar aktivt med att integrera patientsäkerhet avseende joniserande strålning/strålsäkerhetsfrågor i ordinarie ledning, styrning och samverkan
- säkerställer att alla berörda yrkeskategorier genomgår föreskriven utbildning
- säkerställer att strålsäkerhetsarbetet integreras som en del i det dagliga arbetet
- arbetar aktivt med att uppfylla strålsäkerhetsmålen.

Indikatorer

Strålsäkerhetsmålen redovisas i ett separat dokument och följs upp genom ”Strålskyddsbokslut VGR”. Följande dokument är relevanta för strålsäkerhetsmålen och uppföljningen av dem:

- ”Västra Götalandsregionens strålsäkerhetsmål 2023–2025”
- Riktlinje “Strålsäkerhet joniserande strålning i Västra Götalandsregionen”
- Strålskyddsbokslut VGR

5. Referenser och relaterade dokument

- Antibiotikasmart Sverige
- Föreslagna minimiresurser till regionala Stramagrupper
- Kloka kliniska val
- Krav- och kvalitetsboken i Västra Götalandsregionen
- Kunskapsstöd för psykisk hälsa
- Länsgemensam riktlinje Patientsäkerhet
- Nationella kompetensmål för patientsäkerhet

- Regional handlingsplan för att säkerställa att Västra Götalandsregionen har tillräckligt många disponibla vårdplatser
- Regional medicinsk riktlinje Läkemedel
- Regionalt processteam pneumoni - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen
- Regional riktlinje Sjukhusstrama i Västra Götaland
- Riktlinje Strålsäkerhet joniserande strålning i Västra Götalandsregionen
- SKR:s prevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner
- Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Stramas 10-punktsprogram mot antibiotikaresistens inom vård och omsorg
- Strålskyddsbokslut Västra Götalandsregionen 2025
- Suicide Zero
- Suicidprevention vuxna – bedömning, handläggning, säkerhetsplanering.pdf
- Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035
- Säker vård - nationell utbildning i patientsäkerhet - Socialstyrelsen utbildning
- Uppdragsbeskrivning för Regionala Strama i Västra Götaland
- Vårdhandboken
- Vårdhygienisk egenkontroll, Svensk Förening för Vårdhygien
- Vägledning för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete
- Vägledning för vårdhygieniskt arbete | Kunskapsstyrning vård | SKR
- Vägledning för vårdhygieniskt arbete, nationell arbetsgrupp vårdhygien
- Västra Götalandsregionens strålsäkerhetsmål 2023–2025
- Äldre och läkemedel - Socialstyrelsen

Bilaga 1. Indikatorer regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2027–2029

Samlad översikt över fokusområden, indikatorer, beräkningsgrund och mål för 2027.

Fokusområde	Regional indikator	Beräkningsunderlag	Mål 2027
Antibiotikaresistens	Andel ciprofloxacin av urinvägsantibiotika vid afebril urinvägsinfektion (kvinnor, sjukhusvård)	Täljare: Antal ordinationsorsaker afebril UVI (urinvägsinfektion utan feber) för kvinnor inom sjukhusvård där ciprofloxacin (J01MA02) ordinerats. Nämnare: Antal ordinationsorsaker afebril UVI (urinvägsinfektion utan feber) för kvinnor inom sjukhusvård där pivmecillinam (J01CA08), nitrofurantoin (J01XE01) trimetoprim (J01EA01), sulfametoxazol och trimetoprim, (J01EE01) samt ciprofloxacin (J01MA02) ordinerats.	<5 %
	Andel ciprofloxacin av urinvägsantibiotika vid afebril urinvägsinfektion (män, sjukhusvård)	Täljare: Antal ordinationsorsaker afebril UVI (urinvägsinfektion utan feber) för män inom sjukhusvård där ciprofloxacin (J01MA02) ordinerats. Nämnare: Antal ordinationsorsaker afebril UVI (urinvägsinfektion utan feber) för män inom sjukhusvård där pivmecillinam (J01CA08), nitrofurantoin (J01XE01), trimetoprim (J01EA01), sulfametoxazol och trimetoprim (J01EE01) samt ciprofloxacin (J01MA02) ordinerats.	<20 %
	Andel ciprofloxacin vid akut cystit	Täljare: Antal episoder med antibiotikabehandlad akut cystit som behandlats	<5 %

	(kvinnor, primärvård; inf29)	med kinoloner (kvinnor ≥15 år, primärvård): J01MA02 (ciprofloxacin), J01MA06 (norfloxacin). Nämnare: Antal episoder med antibiotikabehandlad akut cystit som behandlats med (kvinnor ≥15 år, primärvård): J01CA08 (pivmecillinam), J01EA (trimetoprim), J01EE (sulfametoxazol och trimeto prim), J01MA02 (ciprofloxacin), J01MA06 (norfloxacin) och J01XE01 (nitrofurantoin).	
	Andel ciprofloxacin vid akut cystit (män, primärvård; inf31)	Täljare: Antal episoder med antibiotikabehandlad akut cystit som behandlats med kinoloner (män ≥15 år, primärvård): J01MA02 (ciprofloxacin), J01MA06 (norfloxacin). Nämnare: Antal episoder med antibiotikabehandlad akut cystit som behandlats med (män ≥15 år, primärvård): J01CA08 (pivmecillinam), J01EA (trimetoprim), J01EE (sulfametoxazol, trimetoprim), J01MA02 (ciprofloxacin), J01MA06 (norfloxacin) och J01XE01 (nitrofurantoin).	<20 %
	Andel bensylpenicillin av utvalda intravenösa antibiotika som förstabehandling vid samhällsförvärvad pneumoni (sjukhusvård)	Täljare: Antal förstahandsordinationer med bensylpenicillin (J01CE01) vid ordinationsorsak samhällsförvärvad pneumoni, sjukhusvård. Nämnare: Antal förstahandsordinationer med bensylpenicillin (J01CE01), cefotaxim (J01DD0) piperacillin-tazobaktam (J01CR05) och karbapenemer (J01DH) vid ordinationsorsak samhällsförvärvad pneumoni, sjukhusvård.	>55 %
	Andel vårdtillfällen med pneumoni som huvuddiagnos där	Täljare: Antal vårdtillfällen där standardvårdplan pneumoni använts,	>60 %

	standardvårdplan pneumoni använts (sjukhusvård)	sjukhusvård. Nämnare: Antal vårdtillfällen med huvuddiagnos (slutanteckning) pneumoni, sjukhusvård.	
	Andel perioperativ antibiotikaprofylax som ges <24 timmar vid utvalda operationer (sjukhusvård)	Täljare: Antal patienter med perioperativ antibiotikaprofylax <24 timmar vid utvalda operationer (operationskoder). Nämnare: Antal patienter med perioperativ antibiotikaprofylax vid utvalda operationer (operationskoder).	Öka
	Antibiotika som förskrivs på recept från respektive förvaltning (all vård)	Täljare: Förvaltningens antal uthämtade antibiotikarecept (J01 exklusive J01XX05, metenamin) av det totala antalet/1 000 invånare och år i VGR. Nämnare: Ingen.	Minska för respektive förvaltning så att <250 recept/1 000 invånare och år uppnås i regionen som helhet
	Antal behandlingsdygn med antibiotika/100 vårddygn och år och förvaltning (sjukhusvård)	Täljare: DOT (days of therapy) /år. Nämnare: 100 vårddygn/år.	Minska
	Antal högförskrivande verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder.	Sjukhusförvaltningarna rapporterar antal verksamheter där antibiotikaronder införts, i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.	2–6 per förvaltning utifrån förvaltningens storlek
Vårdrelaterade infektioner	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	Täljare: Antal vårdtillfällen i somatisk slutenvård med minst en registrerad vårdrelaterad infektion. Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen i somatisk slutenvård.	<4,5 %
	Andel enheter/verksamheter som mäter följsamhet till basala	Uppföljning görs hos utförarförvaltningarna och rapporteras i den årliga patientsäkerhetsberättelsen	>80 %

	hygienrutiner och klädregler		
	Andel enheter med patientkontakt som årligen genomför VEK	Rapporteras i checklista som finns i Plan och styr och rapporteras i den årliga patientsäkerhetsberättelsen	>80 %
Trycksår	Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår (kategori 1–4) under vårdtid i somatisk slutenvård (patienter >18 år)	Täljare: Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård med trycksår av grad 1–4 inklusive ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada vid utskrivning minus antal vårdtillfällen med trycksår vid inskrivning. Nämnare: Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård där dokumentation om trycksår finns i både början och slutet av vårdtiden.	<1,5 %
	Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår (kategori 1–4) under vårdtid i psykiatrisk slutenvård (patienter >18 år)	Täljare: Antal vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård med trycksår av grad 1–4 inklusive ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada vid utskrivning minus antal vårdtillfällen med trycksår vid inskrivning. Nämnare: Antal vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård där dokumentation om trycksår finns i både början och slutet av vårdtiden.	<1,5 %
	Andel vårdtillfällen inom somatisk slutenvård (patienter >18 år) där trycksårsbedömning genomförts	Täljare: Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård där dokumentation av trycksår finns vid inskrivning och där svaret på frågan Trycksår = Nej/ja, och där dokumentation av trycksår finns vid utskrivning och där svaret på frågan Trycksår = Nej/ja. Nämnare: Alla avslutade vårdtillfällen inom somatisk slutenvård under perioden.	>70 %

	Andel vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård (patienter >18 år) där trycksårsbedömning genomförts	Täljare: Antal vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård där dokumentation av trycksår finns vid inskrivning och där svaret på frågan Trycksår = Nej/ja, och där dokumentation av trycksår finns vid utskrivning och där svaret på frågan Trycksår = Nej/ja. Nämnare: Alla avslutade vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård under perioden.	>70 %
Undernäring	Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen inom somatisk slutenvård (patienter >18 år) där riskbedömning för undernäring är genomförd	Täljare: Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård med dokumenterad riskbedömning undernäring (ankomstsamtal/besök inför inskrivning eller riskbedömning undernäring). Nämnare: Antal patienter över 18 år som haft ett vårdtillfälle inom somatisk slutenvård.	90 %
	Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård (patienter >18 år) där riskbedömning för undernäring är genomförd	Täljare: Antal vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård med dokumenterad riskbedömning undernäring (ankomstsamtal/besök inför inskrivning eller riskbedömning undernäring). Nämnare: Antal patienter över 18 år som haft ett vårdtillfälle inom psykiatrisk slutenvård.	90 %
	Andel individer 75 år och äldre där någon av diagnoserna undernäring eller viktförlust registrerats de senaste 18 månaderna (primär vård)	Täljare: Antal individer 75 år och äldre där någon av diagnoserna undernäring eller viktförlust registrerats de senaste 18 månaderna: E43 – Svår undernäring, ospecificerad E44.0 – Måttlig undernäring E44.1 – Lindrig undernäring E46 – Undernäring, ospecificerad R63.4 – Onormal viktförlust	Öka

		Nämnare: Kompletteras.	
Fallskador	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård (patienter >18 år) med fysisk fallskada	Täljare: Antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård med dokumenterad fallskada. Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen inom somatisk slutenvård.	<0,5 %
	Andel vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård (patienter >18 år) med fysisk fallskada	Täljare: Antal vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård med dokumenterad fallskada. Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård.	<0,5 %
Suicidprevention	Antal upprättade säkerhetsplaner inom specialistpsykiatrin	Täljare: Antal registrerade KVÅ-koder (AU123 – Upprättande av krisplan). Psykiatri avgränsas genom medicinskt verksamhetsområde (MVO).	Öka
	Andel upprättade säkerhetsplaner vid heldygnsvård för suicidförsök	Täljare: Antal patienter med slutenvårdstillfälle där diagnoskod X60–X84 registrerats som fått en säkerhetsplan (AU123) upprättad innan utskrivning. Nämnare: Antal patienter med slutenvårdstillfälle där diagnoskod X60–X84 registrerats.	100 %

Läkemedelsskador	Andel invånare 75 år och äldre med potentiellt olämpliga läkemedel	Täljare: Antal invånare 75 år och äldre som vid periodens slut lever och under föregående 12 månader hämtat ut ett läkemedel som är potentiellt olämpligt. Olämpliga läkemedel definieras av Socialstyrelsen. Nämnare: Antal invånare 75 år och äldre som vid periodens slut är folkbokförda i Västra Götaland.	<10 %
Beläggning	Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (65 år och äldre)	Täljare: Antal oplanerade återinskrivningar för totala antalet vårdtillfällen för valda sjukdomstillstånd (enligt Socialstyrelsens definition) för personer 65 år och äldre där tiden mellan utskrivning från indexvårdtillfället och återinläggningens vårdtillfälles start maximalt är 30 dagar. Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för valda sjukdomstillstånd (enligt Socialstyrelsens definition) där patienten är utskriven.	<6%
	Beläggning somatik	Täljare: Antalet inskrivna i slutenvård. Nämnare: Antalet disponibla vårdplatser kl. 06.00.	<90 %
	Beläggning psykiatri	Täljare: Antalet inskrivna i slutenvård. Nämnare: Antalet disponibla vårdplatser kl. 06.00.	<90 %