

**Rapport**

Datum: 2026-02-20

Diarienummer: RS 2026-00845

**Västra Götalandsregionen****Koncernkontoret**

Handläggare: Jacob Wulfsberg, Regionchefläkare

E-post: [jacob.wulfsberg@vgregion.se](mailto:jacob.wulfsberg@vgregion.se)

# Rapport

## Patientsäkerhetsberättelse 2025

### Västra Götalandsregionen

# 1 Sammanfattning

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada, vilket är när en patient drabbas av en skada som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Inga vårdskador kan därför anses acceptabla och arbetet för en gemensam och stark patientsäkerhetskultur med målet att minska vårdskador behöver fortsatt prioriteras på alla nivåer. Målet är god och säker vård överallt, alltid.

Som grund för arbetet med patientsäkerhet ligger Regional Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 – 2026 med tillhörande indikatorer.

Alla förvaltningar arbetar för att ge god och säker vård. Under året har fokus bland annat legat på ökad kunskap och kompetens inom ledning och hos medarbetare, förbättrad säkerhetskultur, vårdhygieniskt arbete för att minska smittspridning, förbättrad samverkan mellan olika vårdnivåer, digitala verktyg i det dagliga patientsäkerhetsarbetet samt suicidprevention. Fortsatt fokus behövs på områden där resultaten är stabila men uppsatta mål inte nås, såsom VRI (vårdrelaterade infektioner), trycksår, undernäring och fall.

Sjukhusförvaltningarna beskriver risker för vårdskador på grund av hög beläggningsnivå, oftast över 100 procent inom somatiken, men ett aktivt arbete har på vissa håll förbättrat situationen något. Antalet disponibla vårdplatser inom somatisk vård har ökat något och beläggningsgraden har minskat något, även om den fortsatt är hög. Inom psykiatri har beläggningsgraden ökat trots fler vårdplatser. Periodvis är det ett fortsatt högt söktryck på akutmottagningarna, vilket kan ge bristande möjligheter till god omvårdnad och medicinsk övervakning.

Det är väl känt att risken för vårdskador ökar vid en beläggningsgrad över 90 procent. Svårigheter att såväl rekrytera som behålla medarbetare är den främsta anledningen till att antalet vårdplatser inte ökar efter behov. Det ger brister i både patientsäkerhet och arbetsmiljö. En god samverkan mellan region och kommun behövs för att patienter ska kunna vårdas på rätt vårdnivå vid varje tillfälle, med hög kvalitet och säkerhet. Flera förvaltningar beskriver att detta arbete har intensifierats och givit resultat.

Antalet anmälningar enligt lex Maria är i stort oförändrat och antalet registrerade avvikelser är ökande, vilket tolkas som en ökad riskmedvetenhet. Händelseanalyser bör utföras i än högre grad och en strävan är att utredningstiden inte ska överstiga 3 månader.

Från Närhälsan beskrivs att man aktivt arbetat med kvalitetssäkrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården samt rutiner för förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Genom publicering av "Månadens fall" stimuleras till dialoger i patientsäkerhetsfrågor.

Regionhälsan framhåller arbete med suicidprevention och hygienfrågor. Folktandvården fokuserar på antibiotikabehandling, vårdhygien och att genom förbättringar via avvikelssystemet införa nya och förbättrade rutiner. Habilitering & Hälsa uppmärksammar VEK (vårdhygienisk egenkontroll), liksom upprättande av suicidriskplan.

Strama VG (Strama Västra Götaland) är en del i det nationella stramanätverket. Strama verkar för ansvarsfull antibiotikaanvändning, förebyggande av infektioner samt minskad smittspridning. För att uppnå målen för adekvat antibiotikabehandling genomförs utbildningar och uppföljning för primärvård och sjukhusvård. På sjukhusen är antibiotikaronder av särskild vikt och inom primärvården det lokala självdeklarationsarbetet.

Under året har ett omfattande utvecklingsarbete genomförts för att etablera en regiongemensam databas med samlade patientsäkerhetsdata från de olika journalsystemen. Syftet har varit att skapa en kvalitetssäkrad och enhetlig datakälla för huvuddelen av de nyckeltal som används i uppföljningen av patientsäkerhet inom Västra Götalandsregionen. Databasen är driftsatt februari 2026 och de indikatorer som tidigare baserades på manuella eller delvis manuella datauttag uppdateras nu automatiskt från den kvalitetssäkrade källan. Övergången till automatiserad och direkt hämtning från journalsystemen har stärkt tillförlitligheten och jämförbarheten i resultaten.

I samband med införandet kan vissa utfall skilja sig från tidigare redovisade värden. Detta beror på förändrad metod för datainsamling. De nya värdena bedöms ge en mer korrekt och rättvisande bild av

verksamhetens resultat, då de baseras på direkt och kvalitetssäkrad information från källsystemen.

## **2 Grundläggande förutsättningar för säker vård**

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### **2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Ledningens intresse, ställningstagande, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att nå en hög patientsäkerhet. Ledare på alla nivåer i regionen kan påverka patientsäkerhetsarbetet positivt genom att ta ansvar för att de åtgärder som förslås i den Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet genomförs genom att aktivt efterfråga, utvärdera och följa upp åtgärder och indikatorer i handlingsplanen. För att nå detta behöver patientsäkerhet finnas på agendan i alla delar av ledningsstrukturen i regionen. Under 2025 togs beslut av den gemensamma hälso- och sjukvårdsstaben om att påbörja arbetet med att VGR (Västra Götalandsregionen) ska bli en Antibiotikasmart region.

Alla sjukhusförvaltningar rapporterar om att förvaltningsledning och styrelse är starkt engagerade i patientsäkerhetsarbetet och får återkommande rapportering om utvecklingen av patientsäkerheten. Patientsäkerhet återkommer som egen punkt på agendan och redovisas av chefläkare och chefsjuksköterska. Ledningen följer månadsvis följer upp patientsäkerhetsresultat på förvaltnings-, verksamhets- och enhetsnivå.

På Folktandvården genomgår nya klinikledning utbildning i sin introduktion där kunskaper om ansvar och styrning gällande patientsäkerhet inhämtas. Habilitering och hälsa har som stöd till cheferna en patientsäkerhetsgrupp där samtliga verksamhetschefer och chefläkare finns representerade. SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus) är organiserat med styrråd för viktiga sjukhusövergripande processer. Styrråd kvalitet och patientsäkerhet har representation från samtliga verksamhetsområdens ledningsgrupper. Styrrådets syfte är att förbättra kvalitet och patientsäkerhet och stärka patientsäkerhetskulturen på sjukhuset. Inom Närhälsan erbjuds utbildning i patientsäkerhet - ”Säker vård” (Socialstyrelsen) till alla enheter via ledningsgrupperna och primärvårdscheferna. Utbildning har genomförts som workshop på ledningsmöten, APT eller på utvecklingsdagar.

Det avbrutna Millenniuminförandet har hanterats inom Samordningsgrupp för vårdinformationsmiljö där många personer från olika delar av VGR, Koncernkontoret och Hälso- och sjukvårdsförvaltningar, har varit engagerade. Erfarenheter från alla nivåer, ledning och medarbetare, har inhämtats i detta arbete.

### **2.1.1 Övergripande mål och strategier**

VGR har för 2025–2026 en Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet med gemensamt långsiktigt mål att hälso- och sjukvård ska ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet samt alltid utgå från den enskilda personens behov och erfarenheter. Den utgör ett stöd i regionens och förvaltningarnas arbete för en god och säker vård.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker i respektive förvaltnings/vårdgivares patientsäkerhetsberättelse, vid regional uppföljning samt kontinuerligt på möten för Samordnande grupp chefläkare och Nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad.

Samtliga sjukhusförvaltningar har en chefsjuksköterska med fokus på patientsäkerhetsfrågor avseende omvårdnad.

Utvecklingen av digitala tjänster och verktyg för patienter och medarbetare, vars syfte är att öka tillgängligheten och patienternas delaktighet i sin vård, bidrar till att stärka patientsäkerheten. Ett exempel på detta är koncernkontorets framtagande av digitalt Gröna kors.

På förvaltningarna har chefläkare och chefsjuksköterska regelbundna möten med verksamheterna för patientsäkerhetsdiskussioner och för att skapa ett lärande mellan verksamheterna.

I VGR används till stor del Nitha (nationellt IT-stöd för händelseanalys) vilket, bland annat, bidrar till att sprida lärande av inträffade händelser.

### **2.1.2 Organisation och ansvar**

Regionstyrelsen utövar ägarskap för VGR:s utförare, och har ett övergripande samordningsansvar. Det innefattar att säkerställa att utförarverksamheten efterlever fattade beslut om tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet samt social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har övergripande ansvar för sjukvårdens långsiktiga inriktning och utveckling. Den följer upp hälso- och sjukvården ur ett hälsofrämjande invånar- och utvecklingsperspektiv.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ger uppdrag och resurstilldelning till den egna verksamheten och ingår avtal med privata utförare. Den följer upp uppdrag och avtal med avseende på genomförande, medicinsk kvalitet och resursutnyttjande.

Fem delregionala nämnder verkar för att realisera strategier och planer inom hälso- och sjukvård och folkhälsa i en lokal kontext. De följer upp utveckling av nära vård inom sitt geografiska område.

Nio utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård i egen regi har det operativa ansvaret för verksamheten och att händelser utreds, rapporteras och åtgärder vidtas i den verksamhet där händelsen sker och att riskbedömningar görs.

Privata utförare med avtal (flest inom primärvården enligt Lagen om valfrihet, LOV) har ansvar inom egen verksamhet att följa gällande lagstiftning och VGR:s riktlinjer.

För att samordna patientsäkerhetsarbetet i regionen finns team patientsäkerhet på koncernkontoret, som följer upp sjukvårdsförvaltningarnas arbete under året i Samordnande grupp chefläkare.

### **Team patientsäkerhet**

Teamet ingår i avdelningen för patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap och består av regionchefläkare, chefläkare, strateg och regionutvecklare. Teamet ansvarar för kontakter med tillsynsmyndigheten IVO (Inspektionen för vård och omsorg) inom ramen för VGR:s roll som vårdgivare. I teamet ingår också Strama VG som verkar för ändamålsenlig antibiotikaanvändning samt Strålsäkerhet.

Teamet är representerat i RSG (regional samverkansgrupp) där även Region Halland, Patientnämnden och kommuner finns med.

Regionchefläkare ingår i NSG (nationell samverkansgrupp) och teamet har en representant i NAG (nationell arbetsgrupp) Patientsäkerhetsberättelse samt en representant i NAG Verktyg för stärkt patientsäkerhet.

### **Samordnande grupp chefläkare och Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad**

Gruppen har regiondirektörens uppdrag att bidra till att VGR:s övergripande mål inom patientsäkerhet uppnås. Den består av regionens chefläkare från alla hälso- och sjukvårdsförvaltningar. Även de privata vårdgivare som regionen har vårdavtal med är representerade. Möten hålls en gång per månad. Under året har dessa hållits tillsammans med Nätverket för omvårdnad och patientsäkerhet, där bland andra chefsjuksköterskor från förvaltningarna ingår.

### **Strama Västra Götaland**

Strama VG har ett övergripande ansvar för strama-arbetet i regionen och har huvudansvaret för strama-arbetet inom primärvården. Kontaktläkare till Strama ska finnas på varje vårdcentral med uppdrag att befrämja strama-arbetet på enheten. Vårdcentralchefen med stöd av kontaktläkaren ansvarar för att det årliga arbetet inom ramen för ”Stramas självdeklaration” genomförs.

Huvudansvaret för arbetet inom sjukhusvården vilar på sjukhusens

sjukhusstramagrupper. Kontakt-/verktygsläkare till Strama ska finnas på varje verksamhet med uppdrag att medverka i strama-arbetet på enheten. Därtill ansvarar infektionsklinikerna för genomförande av antibiotikaronder på högförskrivande enheter i samarbete med sjukhusets stramagrupp. Inom tandvården bistår Strama tandvård.

## **Vårdhygien**

Det finns i VGR fyra vårdhygieniska enheter, knutet till varsin sjukhusförvaltning, som har i uppdrag att tillsammans med verksamheterna förebygga uppkomst av VRI och förhindra smittspridning. De utgör expertstöd för hälso- och sjukvårdsförvaltningarna inklusive primärvård (regional och kommunal) samt för koncernkontoret, där regelbundna avstämningar har initierats under året.

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

Det övergripande ansvaret för samordning av arbetet för att förebygga vårdskador ligger regionalt på koncernkontoret.

Samverkan sker på alla nivåer i hälso- och sjukvården såväl inom förvaltningar, mellan förvaltningar, privata vårdgivare och kommunerna. VGR och kommunerna samverkar för bästa möjliga vård och omsorg genom sex delregionala vårdssamverkansområden där regionen, privata vårdgivare och kommunerna deltar.

Arbetet med att stärka samverkan i vårdens övergångar, när patienten överlämnas för fortsatt vård i en vårdkedja eller till en vårdgranne, pågår ständigt så att kraven på kontinuitet i vården uppfylls. Av stor vikt är en fungerande in- och utskrivningsprocess. Det pågår arbeten att i samverkan mellan sjukhus, kommuner och regional primärvård göra patienten mer delaktig och processen mer effektiv. Att öka och förbättra samverkan vid vårdens övergångar uppmärksammas också inom Folktandvården, Rehabilitering och hälsa samt Regionhälsans verksamheter.

I november arrangerades en regional patientsäkerhetsdag, som riktade sig till chefer och medarbetare inom hälso- och sjukvård. Föreläsningarna behandlade ämnen som Gör om gör rätt i vården, Diagnostisk säkerhet,

Händelseanalys och Beredskap i vården. Intresset var stort och ca 200 personer deltog.

### **Team patientsäkerhet**

Teamet stödjer förvaltningarna i deras patientsäkerhetsarbete framför allt via Samordnande grupp chefläkare och Nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad. Teamet samverkar med aktörer på nationell och regional nivå samt sprider information och ny kunskap inom patientsäkerhet. Teamets medarbetare deltar och samverkar i många av regionens övergripande processer där de bevakar och stöttar i patientsäkerhetsfrågor. Teamets medarbetare har som exempel under året deltagit i arbetet med:

- Samordningsgrupp för vårdinformationsmiljö
- Läkemedel och restsituationer
- Framtagande av Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland
- Regional handlingsplan för att säkerställa att VGR har tillräckligt många disponibla vårdplatser 2025–2027
- Utredningen Remisskrav till Akutmottagningen
- Uppdrag säkerhetsrelaterad information sjukvårdsprodukter
- Koncernkontorets samordnade kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård

### **Samordnande grupp Chefläkare**

Genom erfarenhetsutbyte och samverkan bidrar gruppen i arbetet för en säker vård. Möten hålls tillsammans med Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad.

Exempel på gruppens arbete:

- Riskbedömningar inför regionala förändringsförslag
- Sommarplanering för en säker och jämlik vård i regionen
- Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet i regionen
- Erfarenhetsutbyte i patientsäkerhetsfrågor

### **Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad**

I Nätverket ingår förvaltningarnas chefsjuksköterskor eller motsvarande

funktion. Nätverket har som uppdrag att arbeta säkerställa patientsäkerhet i omvårdnadsfrågor.

Exempel på nätverkets arbete:

- Utarbeta en regional utbildning gällande trycksår, undernäring och fall
- Riskbedömningar inför regionala förändringsförslag
- Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet i regionen
- Erfarenhetsutbyte i patientsäkerhetsfrågor

### **Patientnämnderna**

Såväl Team patientsäkerhet som förvaltningarna har ett samarbete och informationsutbyte med Patientnämnderna. En sammanställning av inkomna ärenden till Patientnämnderna redovisas en gång per år.

### **Strama Västra Götaland**

Inom primärvården bedriver Strama VG omfattande utbildningsinsatser såväl på plats, exempelvis på arbetsplatsträffar, som digitalt för alla personalkategorier. Strama VG bistår kontaktläkarna med omfattande och återkommande underlag och utbildningsmaterial så att de kan bedriva ett aktivt strama-arbete på lokal nivå.

Strama VG samverkar aktivt med sjukhusens sjukhusstramagrupper, bland annat med gemensamma möten och med återkommande jämförande förskrivarstatistik för benchmarking. Statistiken sprids även till förvaltningarnas ledningsgrupper via chefläkarnätverket.

Sjukhusstramagrupper koordinerar strama-arbetet på sjukhusen och bistår kontaktläkare (verktygsläkare) till Strama vid varje verksamhet.

Stramamedarbetare i regionen medverkar i flera styrgrupper på nationell nivå, däribland det nationella Stramanätverket, Nationell arbetsgrupp (NAG) Strama, Folkhälsomyndighetens samverkansgrupp för stramafrågor, Antibiotikasmart Sverige, den nationella Strama-appen och styrgruppen för Primärvårdskvalitet. Samverkan sker även mellan de regionala Stramagrupperna och det utbildningsmaterial som Strama VG tar fram varje år används av flera grupper och rekommenderas av SKR.

### **2.1.4 Informationssäkerhet**

Under 2025 har regionen växlat upp arbetet för att möta en skärpt hotbild och förbereda organisationen för den nya cybersäkerhetslagen.

Genomfört under året:

- Full täckning av avancerat skydd mot skadlig kod.
- Systematiska penetrationstester och nya identifieringsverktyg innebär att konkreta säkerhetshål är åtgärdade och den tekniska motståndskraften har stärkts.
- Arbetet med att införa ett dedikerat systemstöd för informationssäkerhet har fortsatt, samtidigt som ledningssystemet för informationssäkerhet har kompletterats, anpassats och kommunicerats för att öka tillämpning.
- Genom piloter (bland annat vid NU-sjukvården) har praktiska behov identifierats för att förenkla processer och säkerställa att säkerhetsåtgärder faktiskt går att implementera i vårdens vardag under 2026.

Trots tekniska framsteg har året präglats av betydande strukturella utmaningar. Informationssäkerhet betraktas ofta som en isolerad IT-fråga snarare än en integrerad del av regionens ordinarie styrning och ledning. Detta medför att säkerhetsrisker inte alltid vägs in i strategiska beslut eller verksamhetsplanering, vilket skapar en sårbarhet där verksamhetens behov och säkerhetskrav hamnar i otakt. Ytterligare behov finns för att anpassa vår ledning och styrning så att den blir lättare att ta till sig.

Ytterligare kritiska utmaningar inkluderar:

- Regionen saknar idag en enhetlig modell och samsyn kring risknivåer. Riskhanteringen är inte helhetstäckande, vilket gör det svårt att göra jämförbara bedömningar mellan olika förvaltningar och riskområden. Detta har genererat en genomlysning med fokus på riskhantering och kommer fortsatt hanteras med uppdrag för att förbättra regionens riskhantering.

- Roller som informations- och systemägare är ofta inte formellt utpekade eller saknar nödvändig resurssättning, vilket försvårar implementering av krav i den dagliga driften.

### **2.1.5 Strålskydd**

VGR bedriver både anmälningspliktig och tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning inom flera områden, med krav enligt strålskyddslagen och Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter. Strålskyddsbokslut VGR 2025, RS 2026-01251, är en bilaga till patientsäkerhetsberättelsen och visar hur förvaltningarna uppfyller lagkrav och regionens strålsäkerhetsmål. För perioden 2023–2025 har flera mål nåtts i olika förvaltningar och arbetet går framåt, även om tidplanen inte alltid hålls. Strålsäkerheten bedöms som god inom VGR och förbättringar har gjorts i kravuppfyllnaden. Fortsatt fokus behövs dock för att genomföra förbättringar vid brister och i övrigt för att vidmakthålla det goda arbetet. För detaljerad information hänvisas till Strålskyddsbokslut VGR 2025. Nedan finns information från några berörda förvaltningar:

Vid SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) bedrivs verksamhet med joniserande strålning inom samtliga sex områden, inklusive strålbehandling, röntgendiagnostik och nuklearmedicin. Den övergripande bedömningen är att strålsäkerheten är god. Under 2025 har flera åtgärder vidtagits för att stärka patientstrålsäkerheten. Inom strålbehandling har behandlingsprecisionen förbättrats genom avancerade positionerings- och övervakningssystem samt införande av automatisk dosplanering för vissa diagnoser. En ny fotonräknande datortomograf har installerats på barnsjukhuset, vilket möjliggör lägre stråldoser och förbättrad bildkvalitet. Strålsäkerhetsmyndighetens inspektion av verksamheten visade full efterlevnad. Totalt rapporterades 260 strålningsrelaterade avvikelser, varav två anmäldes till myndigheten. SU har även deltagit i regionalt samarbete kring utbildningar och gemensamma protokoll samt i en pilotstudie om lungcancerscreening.

SÄS har under året rapporterat strålsäkerhetsrelaterade avvikelser, främst kopplade till rutiner, utbildning och kommunikation. Uppföljning av åtgärder behöver stärkas. Internrevision har genomförts, och även om

ingen extern tillsyn skett under året kvarstår arbete kopplat till tidigare förelägganden. Kompetens inom strålsäkerhet är ett utvecklingsområde. Utbildningsgrad och dokumentation varierar mellan verksamheter, medan läget inom bild- och funktionsmedicin är mer stabilt. Under 2025 fattades flera beslut för att stärka strålsäkerhetsarbetet, bland annat om protokollförd egenkontroll, årliga möten mellan nyckelfunktioner, mätövningar vid saneringsövningar samt ökad involvering i beredskapsplanering. Optimeringsarbete och uppföljning av patientstråldoser pågår, men vissa brister kvarstår.

Strålsäkerheten inom NU-sjukvården bedöms som god och har under 2025 förbättrats jämfört med tidigare år. Arbetet är integrerat i patientsäkerhetsarbetet och bedrivs systematiskt genom bland annat egenkontroll. Cirka 70 procent av berörda medarbetare har genomgått strålsäkerhetsutbildning vilket innebär att målet om 90 procent ännu inte är uppnått. Utbildningsgraden behöver öka inom vissa yrkesgrupper. Arbetet med optimering av patientstråldoser har utvecklats positivt. Under året rapporterades cirka 30 strålningsrelaterade avvikelser, varav en anmäldes till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Strålningsrelaterade avvikelser inom Folk tandvården rapporteras i MCP (MedControl PRO). Vid allvarliga händelser finns etablerade rutiner för dokumentation, utredning och kontakt med strålskyddsexpert samt, vid behov, anmälan till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Strålsäkerhetsarbetet i VGR fungerar alltså väl inom flera centrala områden, såsom tillståndshantering, optimering av medicinska undersökningar samt funktionskontroller av utrustning, där kravefterlevnaden generellt bedöms som god. Samtidigt kvarstår brister inom bland annat strålsäkerhetskompetens, särskilt avseende teoretisk utbildning och systematisk uppföljning av utbildningskrav. Det finns även identifierade svagheter i bland annat uppföljning av åtgärder efter internrevisioner och tillsyn. RN-beredskap bedöms fungera på en grundläggande nivå men behöver fortsatt utvecklas för att bli mer robust och långsiktigt hållbar.

## **2.2 En god säkerhetskultur**

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

Ett starkt och hållbart regionalt arbete för god säkerhetskultur inom vården kännetecknas av öppen kommunikation, systematiskt lärande och ett tydligt fokus på både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Samtliga förvaltningar lyfter vikten av att säkerhetskulturen ska genomsyra hela organisationen och att risker, händelser och förbättringsområden diskuteras i det dagliga arbetet.

Patientsäkerhetsarbetet inom VGR präglas av en stark vilja att hela tiden utveckla och fördjupa säkerhetskulturen, vilket tydligt syns genom de olika initiativ och arbetsmodeller som beskrivs i förvaltningarnas patientsäkerhetsberättelser. SU har exempelvis etablerat en kultur där patientsäkerhet alltid står på agendan vid ledningsmöten, vilket bidrar till att frågorna hålls levande och att hela organisationen strävar mot gemensamma mål. Att använda strukturerade verktyg som Säkerhetskulturtrappan och Gröna korset har inte bara skapat förutsättningar för öppen dialog, utan även bidragit till ökad samsyn och stärkt psykologisk trygghet bland medarbetarna.

Vid SkaS (Skaraborgs Sjukhus) har de dagliga patientsäkerhetsavstämningarna blivit en självklar del av verksamheten, där avvikelser ses som värdefulla möjligheter till förbättring snarare än något negativt. Denna syn på avvikelser genomsyrar hela arbetet och uppmuntrar till ett öppet klimat där erfarenhetsutbyte och lärande är centralt. På liknande sätt arbetar SÄS med att skapa en trygg och tillitsfull arbetsmiljö, där verktyg som Säkerhetskulturtrappan och Empatigymmet används för att stimulera reflektion och dialog. Genom att synliggöra varje vårdskada som en möjlighet till lärande och genom att stärka patienters och närståendes delaktighet, skapas förutsättningar för ständiga förbättringar och ökad säkerhet.

SV (Sjukhusen i väster) har tagit fasta på vikten av kontinuerlig dialog kring patientsäkerhetsrisker, där metoder som Gröna Korset, Gröna A och Solrosen används för att identifiera och reflektera över risker i det dagliga

arbetet både för patient och personal. Södra Älvsborgs sjukhus sätter tydligt fokus på värdegrunden kring ett öppet och tryggt arbetsklimat, vilket genomsyrar hela verksamheten. I Regionhälsan är tvärprofessionella dialoger, systemanalys och aktiv avvikelshantering delar av ett helhetstänk kring patientsäkerhetskulturen. Medarbetarenkäter med Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)-frågorna och regelbundna dialoger bidrar till att ständigt följa upp och utveckla arbetssätten.

Folktandvården visar på ett effektivt sätt hur lärdomar från avvikelser kan spridas brett inom organisationen via intranätet och integreras i diskussioner på klinikmöten, vilket knyter samman teori och praktik kring säkerhetskultur. Deltagande i regionala medarbetarenkäten vartannat år där 11 frågor handlar om patientsäkerhet är ytterligare ett sätt att fånga upp medarbetarnas upplevelser och identifiera nya utvecklingsområden. För Habilitering & Hälsa har lärande och reflektion fått en framträdande roll vid arbetsplatsträffar, där återkoppling kring avvikelser och samverkan med Vårdhygien SU skapar en stark grund för kvalitet och säkerhet. Genom tvärprofessionella dialoger och deltagande i medarbetarenkäten samlas värdefulla insikter in som leder till konkreta förbättringar.

Närhälsan genomför kontinuerliga riskbedömningar och dialogmöten där medarbetare engageras i förbättringsarbetet, vilket ökar delaktigheten och skapar en naturlig lärandekultur.

De vårdhygieniska enheternas samarbete med regionens vårdgivare är avgörande för att upprätthålla god vårdhygien och förebygga VRI, vilket sker genom både utbildning och aktivt verksamhetsstöd. Inom NU-sjukvården har man utvecklat ett strukturerat arbetssätt med regelbundna säkerhetsronder där chefer och medarbetare tillsammans identifierar risker och diskuterar förbättringsområden. Avvikelser hanteras systematiskt och betraktas som viktiga tillfällen för lärande, där erfarenheter förs in i rutiner och arbetssätt för att öka patientsäkerheten. Användning av Gröna korset, HSE-enkäter och kontinuerliga utbildningsinsatser förstärker dialogen kring säkerhet och arbetsmiljö.

Genom informationsinsatser och samverkan med närstående lyfts patientens delaktighet och trygghet i vården ytterligare.

Förvaltningarna beskriver tydligt att patientsäkerhet och arbetsmiljö är tätt sammankopplade och analyseras gemensamt. Verktyg som Gröna A används för att identifiera arbetsmiljörisker i realtid och för att stärka kopplingen mellan dessa två områden. Ledningens engagemang lyfts som avgörande för att driva arbetet framåt, och utbildningsinsatser för både chefer och medarbetare syftar till att öka kompetensen inom kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Regionens förvaltningar visar genom sina beskrivningar att arbetet med säkerhetskulturen är långsiktigt, systematiskt och involverar hela organisationen. De har beskrivit konkreta exempel på dialog, lärande, reflektion och verktygs användning, samt lyfter den tydliga kopplingen mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Sammanfattningsvis är det tydligt att arbetet med säkerhetskultur inom regionen är brett, långsiktigt och präglad av en vilja att ständigt förbättra och utveckla verksamheten. Öppen kommunikation, lärande och systematiska metoder utgör grunden, och engagemanget från både ledning och medarbetare gör att säkerhetsarbetet hela tiden drivs framåt, med patientens bästa i fokus.

### **2.3 Adekvat kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella kompetensmål för patientsäkerhet. Kompetensmålen anger den kompetens inom patientsäkerhet, som Socialstyrelsen bedömer behövs för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till säker vård. Under året har team patientsäkerhet tillsammans med samordnande grupp chefläkare och nätverk patientsäkerhet och omvårdnad inventerat vilka utbildningar inom patientsäkerhet som erbjuds inom regionen. Ett arbete med att

avgöra vilka utbildningar som kan erbjudas till hela regionen pågår och en ny hemsida för dessa är under uppbyggnad.

Förvaltningarna har under året haft olika utbildningar och kompetensutveckling gällande patientsäkerhet. Syftet är att ge god kunskap om patientsäkerhet och kvalitetsutveckling för att alla medarbetare ska vara trygga i att ha rätt kompetens för sin befattning. Genom det kan de bidra till verksamhetsutveckling och en säkrare vård. Kompetensutveckling inom patientsäkerhet sker på alla nivåer och på flera olika sätt. Det ingår introduktion av nyanställda, APT-material och chefsutbildningar. Flertalet förvaltningar har ombud inom patientsäkerhet på varje enhet. De arbetar med att stärka ombudens kompetens som i sin tur höjer kompetensen på respektive enhet. Flertalet förvaltningar använder Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet, Säker vård.

Vårdhandboken är ett nationellt metod- och kunskapsstöd för verksamheter inom vård och omsorg i kommuner och regioner. Vårdhandboken beskriver metoder för god och säker vård på lika villkor. Medarbetare i team patientsäkerhet deltar i det nationella vårdhandboksrådet och samordnar regionens vårdhandboksråd. I det regionala vårdhandboksrådet ingår representanter från hälso- och sjukvårdsförvaltningar i VGR samt kommunala representanter. VGR bidrar aktivt med kunskap och kompetens till Vårdhandbokens innehåll.

## **2.4 Patienten som medskapare**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Patienter och deras närstående är viktiga resurser i vården där deras delaktighet är central för en god och säker vård. Detta innebär bland annat att patienten blir inbjuden till att vara delaktig på varje nivå i vårdsystemet. Exempelvis vid planering av hälso- och sjukvård, i utbildning av vårdpersonal, i forskningen och i utformning av policy och

reglering av hälso- och sjukvård. Formerna för och graden av patientens delaktighet bör utgå från patientens behov och önskemål.

Regionala aktiviteter som stödjer patientmedverkan i patientsäkerhetsarbete:

- Levande bibliotek är en regional stödfunktion för att rekrytera patientföreträdare till utvecklingsarbeten av olika slag. Levande bibliotek skapar struktur och arbetssätt för att hur sam/medskapande kan gå till.
- Dokumenterad överenskommelse (tidigare patientkontrakt) innebär att tillsammans med patienten göra en gemensam plan för vad som ska göras, vem som gör vad och vem patienten ska kontakta vid behov. Det inkluderar också fasta kontakter med vården och överenskomna tider. Det är ett sätt att stärka patientsäkerheten, även om det ordet inte är uttalat.
- Vid den regional kunskapsstyrningen finns patientföreträdare i de regionala processteamerna.
- Uppdatering och framtagande av informationsmaterial för patienter och närstående gällande skada i vården. Materialet publiceras och finns tillgänglig i början av 2026.

Förvaltningarna har olika arbetssätt för att göra patienterna delaktiga i vården.

Här beskrivs några exempel:

- Sjukhusgemensamma strukturer för patientinvolvering
- Patient- eller närståenderåd för att få del av patientperspektivet i strategiska förvaltningsövergripande frågor
- Patientrepresentant i ledningsgrupper på olika nivåer i förvaltningarna
- Samverkan med brukar- och patientföreningar
- Patienter och närstående erbjuds möjlighet att på ett flertal sätt medverka i patientsäkerhetsarbetet, till exempel i händelseanalyser, riskanalyser och förbättringsarbeten

- Informationsmaterial kring hur patienter kan medverka i sin vård för att förebygga vårdskador, ett exempel är Din säkerhet på sjukhus.

Patienter och närstående har möjlighet att framföra synpunkter och klagomål på olika vägar till utförarförvaltningarna - direkt till verksamheterna i första hand men även till Patientnämnden och IVO. Det är viktigt att genomföra förbättringsåtgärder utifrån synpunkter och klagomål samt att den som tagit kontakt får återkoppling. Förvaltningarna samlar även in information om patienter och närståendes upplevelse av vården genom olika patientenkäter. Det bidrar till vårdens utveckling.

## **3 Agera för säker vård/ prioriterade fokusområden**

### **3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador**

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Att mäta och lära av inträffade vårdskador är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Att inträffade vårdskador utreds är centralt för patienterna som drabbas och för hälso- och sjukvården som behöver ha kunskap för att förhindra att de inträffar igen. Hälso- och sjukvården behöver ha kännedom om var vårdskadorna inträffar och var riskerna finns. För att nå framgång i patientsäkerhetsarbetet är det samtidigt nödvändigt att stärka det skadeförebyggande arbetet genom att arbeta med riskmedvetenhet.

Avvikelse, synpunkter och klagomål kommer på olika vägar till förvaltningarna. Det kan vara direkt till verksamheterna via patienter och/eller närstående, via IVO, Patientnämnden och via vårdgrannar (sjukhus, primärvård, kommuner).

Alla avvikelser som rapporteras i avvikelshanteringssystemet MCP utreds med avseende om vårdskada inträffat eller om det förelåg risk för vårdskada. Utredningarna syftar till att få kunskap om återkommande systembrister i vården som bidrar till risker för patientsäkerheten.

Identifierade riskområden där arbete behöver intensifieras är framför allt VRI, diagnostiska fel samt omvårdnadsrelaterade vårdskador som trycksår och fall. Arbetet med att förebygga trycksår, undernäring och fall utgår från nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad.

Nedanstående tabeller redovisar antal rapporterade avvikelser (tabell 1) samt registrerade patientsäkerhetsärenden i MCP där vårdskada inträffat eller kunnat inträffa, per år i VGR (tabell 2).

Tabell 1

År	2023	2024	2025
Rapporterade avvikelser i MCP	99	112	115
rapporterade av Hälso- och Sjukvårdsförvaltningarna	075	538	366

**Källa: MCP (datauttag 26-01-28)**

Tabell 2

År	2023	2024	2025
Antal registrerade patientsäkerhetsärenden i MCP där vårdskada inträffat/kunnat inträffa	34	36	37
	569	678	791

**Källa: MCP (datauttag 26-01-28)**

Majoriteten av avvikelserna handlar om vård och behandling och rapporterade orsaker är brister i procedurer/rutiner/riktlinjer och kommunikation.

Trenden med ökande benägenhet att rapportera oönskade händelser bedöms vara kopplat till ökad riskmedvetenhet. Det är av vikt att avvikelserna hanteras skyndsamt, att åtgärder vidtas och att berörda medarbetare/enheter får snabb återkoppling avseende åtgärderna. Förkortade utredningstider av allvarliga händelser är positivt och underlättar möjligheten att utreda händelsen. Det underlättar även för patient och/eller närstående samt involverade medarbetare att minnas händelsen när de intervjuas i en utredning.

Nedanstående tabeller visar antal händelseanalyser samt ärenden anmälda enligt lex Maria, per år i VGR.

År	2023	2024	2025
Påbörjade händelseanalyser i Nitha	202	206	274

**Källa: Nitha analys (datauttag 26-01-28)**

Under 2025 publicerade VGR 68 händelseanalyser i Kunskapsbanken vilket är 33 procent färre än 2024. VGR står för 35 procent av det totala innehållet i Nitha kunskapsbank. Under 2025 har två nätverksmöten för förvaltningarnas lokala Nitha-administratörer hållits och förvaltningar har vid behov fått stöd i händelseanalysmetoden. Förvaltningarna har även fått support i Nitha och hjälp med kvalitetsgranskningar vid behov. Sahlgrenska Universitetssjukhuset anordnar en digital orienterande utbildning i händelseanalys som är öppen för alla förvaltningar och kommuner i VGR. Under 2025 har utbildningen hållits vid sex tillfällen.

År	2023	2024	2025
Ärenden anmälda	146	159	152

År	2023	2024	2025
enligt lex Maria i MCP			

**Källa: MCP (datauttag 26-01-28)**

### **Avvikelser inom Millennium**

Under de dagar i november 2024 som vårdinformationssystemet Millennium var i drift registrerades ett stort antal avvikelser, varav 400 avvikelser på SÄS. Tio av avvikelserna bedömdes av chefläkare innebära risk för vårdskada och utreddes via händelseanalyser samt anmäldes till IVO, enligt lex Maria. IVO beslutade att avsluta dessa ärenden med hänvisning till andra pågående tillsynsärenden.

2025-10-22 meddelade IVO beslut utifrån tillsynen att följande brister har identifierats:

Vårdgivaren har inte säkerställt att användarna av systemet erhållit tillräcklig utbildning.

Vårdgivaren har inte säkerställt att endast en säker och medicinskt ändamålsenlig medicinteknisk produkt använts på patienter.

IVO begärde att VGR redovisar vilka åtgärder som har vidtagits eller planeras för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen lämnades enligt anmodan 2025-11-13. Svar från IVO har ännu inte inkommit (2026-02-17).

### **3.2 Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

En del i att förbättra patientsäkerheten är att öka kunskap om inträffade vårdskador och risker. Genom att följa upp och använda erfarenheter av

avvikelser, händelseanalyser och riskanalyser ökar kunskapen och möjligheten till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå. Detta förbättrar möjligheterna att rikta åtgärder, aktiviteter och utbildningsinnehåll.

Samtliga förvaltningar genomför händelseanalyser i Nitha. Syftet med Nitha är att effektivisera händelseanalyserna, att öka kvaliteten och att bidra till lärande genom Nitha kunskapsbank. Kunskapsbankens syfte är att utgöra ett underlag för lärande på mikro-, meso- och makronivå. Det ökande antalet analyser i kunskapsbanken medför även att data kan aggregeras för händelser inom samma processer eller för händelser som berör samma orsaksområden. VGR har representation i den nationella expertgruppen för Nitha. VGR har även deltagit i ett samarbete med andra regioner och LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag), för att utveckla nationellt stödmaterial runt händelseanalysmetoden.

Genomförandet av händelseanalyserna och återföringen av resultaten bidrar till personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet och ökar kunskapen om riskerna i vården. Patientsäkerheten stärks därigenom på ett såväl reaktivt som proaktivt sätt.

### **3.2.1      Avvikelser**

Varje medarbetare informeras om sin skyldighet att rapportera händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada i MCP. Rapportören får via MCP en personlig återkoppling av ärendet under handläggningsprocessen.

Chefer uppmuntrar medarbetare att även göra avvikelserapporter i samband med att avvikelser identifieras vid dagliga avstämningar och reflektioner såsom Gröna korset, arbetsplatsträffar och vid patientsäkerhetsronder och -dialoger.

Genom att rapporterade avvikelser med åtföljande utredningar återkopplas vid möten på samtliga nivåer inom förvaltningarna får rapporterna en allt större betydelse i patientsäkerhetsarbetet. Utdata från avvikelserapporter följs på regional och lokal nivå utifrån antal händelser, om händelsen gäller patientklagomål eller vårdskada samt händelsetyp.

Fördelning av inrapporterade avvikelser där det föreligger vårdskada eller risk för vårdskada:

- Vård och behandling 59 procent
  - Fördröjd/uppskjuten behandling
  - Halka och fall där personal inte var närvarande
  - Övrigt
  - Fördröjd/uppskjuten diagnostik/utredning
- Organisation/regler/resurser 13 procent
- Informationsöverföring/kommunikation 13 procent
- Utrustning/produkt 5 procent

Förvaltningarna arbetar både med att förbättra processen för avvikelshantering för att underlätta arbetet med att aggregera data och analysera data om avvikelser. Arbetet görs i syfte att planera och vidta åtgärder och verksamhetsutveckling för att minska risken för vårdskador.

### **3.2.2 Klagomål och synpunkter**

Patienter och närstående har möjlighet att framföra synpunkter och klagomål på olika vägar till förvaltningarna. Det sker direkt till verksamheterna i första hand men även till Patientnämnden och IVO. Det är viktig information för att utveckla vården.

IVO utreder händelser som inneburit att patienten har fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller avlidit. IVO utreder också klagomål som gäller tvångsvård.

Patientnämnden hjälper patienter och närstående att framföra klagomål till ansvarig vårdgivare, eller att få information. Inkomna klagomål analyseras och iakttagelser presenteras i rapporter. Syftet med dessa är att bidra till förbättringar inom vården genom fokus på personcentrering. Det hjälper vårdgivarna att förstå de problemområden som patienter och närstående lyfter. Från 2025 finns rapporterna Att känna sitt värde (patienters röster om diskriminering, särbehandling och kränkning) och Upplevelser av att inte bli lyssnad på och att inte vara delaktig (analys av klagomål från patienter inom kvinnosjukvården).

Klagomål och synpunkter på vården från patienter och deras närstående tas emot muntligt eller skriftligt på alla nivåer inom hälso- och

sjukvårdsförvaltningarna. Den som tar emot ett klagomål har ansvaret för att det blir registrerat i MCP. Samtliga klagomål utreds och de flesta besvaras av den verksamhet som klagomålet berör, så snart som möjligt och helst inom fyra veckor. Om det behövs mer tid för att utreda vad som hänt ska den informationen ges. Genom att hantera klagomål i avvikelshanteringssystemet blir de underlag för lärande och utveckling av verksamheterna. Ett klagomål som innebär att en allvarlig vårdskada inträffat eller hade kunnat inträffa leder via verksamhetschef vidare till chefläkare inom respektive förvaltning, för beslut om eventuell anmälan enligt lex Maria.

I MCP anges om klagomålet kommit via patient, närstående, IVO, patientnämnden, LÖF eller annan.

För att informera patienter och närstående om deras möjligheter att klaga använder förvaltningarna broschyrer med upplysning om till vilka instanser man kan vända sig (vårdgivaren/verksamheten, IVO, Patientnämnden och LÖF) och kontaktuppgifter till dessa. För att underlätta för invånarna att framföra synpunkter och klagomål har vissa enheter öppnat för möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på vård och behandling via 1177 vårdguidens e-tjänster.

Regionalt stöd erbjuds förvaltningarna kring att skapa en ändamålsenlig klagomålshantering. Bland annat genom att regelbundet delta i regionala förvaltningsmöten avseende MCP.

Precis som tidigare år rör majoriteten av klagomålen synpunkter på brister avseende vård och behandling, tillgänglighet samt bemötande/kommunikation/information.

Nedanstående tabell visar antal registrerade patientklagomål i MCP per år i VGR.

År	2023	2024	2025
Registrerade patientklagomål i MCP	6379	6504	6874

Källa: MCP (datauttag 26-01-28)

Antalet klagomål och synpunkter som registrerats i MCP av hälso- och sjukvårdsförvaltningarna inom VGR har ökat. Det kan bero på att upplevda brister har ökat men även på att vården har blivit bättre på att ta emot klagomål genom möjlighet för patienter och närstående att lämna sitt klagomål på flera olika sätt. Det kan även bero på att medarbetare har ökat registreringen av mottagna klagomål i MCP.

### **3.3 Säker vård här och nu**

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

Sjukhusförvaltningarna beskriver risker till följd av hög belägningsgrad och utlokaliserade patienter till enheter som inte har rätt specialitet. Inläggningsklara patienter kvarvårdas ibland på akutmottagningen i väntan på vårdplats, med bristande möjligheter till god omvårdnad och medicinsk övervakning. Alla arbetar med åtgärder för att minska dessa risker. Överbeläggningar ökar risken för vårdskador och förlänger vårdtiden. Forskning visar att längre tids belägningsgrad över 90 procent ökar allvarliga vårdskador.

En bra samverkan mellan sjukhus, kommuner och primärvård krävs för att patienter ska vårdas på rätt vårdnivå så långt som möjligt, vilket kan bidra till fler tillgängliga vårdplatser.

En god tillgänglighet och kontinuitet i primärvården minskar patientsäkerhetsrisker, till exempel gällande diagnostisk säkerhet och läkemedelsbehandling. Genom teamarbete, som innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal samt patient och närstående kan risker minskas ytterligare.

Leveransproblem och framför allt restnoteringar av läkemedel är ett stort problem för verksamheterna. Genom regionala licensansökningar och samverkan kring kritiska restsituationer har en del av dessa problem kunnat minskas.

I enlighet med WHO:s (World Health Organization) program ska antalet läkemedelsrelaterade skador i VGR minska. Väl underbyggda

läkemedelsrekommendationer, en säker läkemedelshantering och säkra ändamålsenliga IT-stöd är väsentliga framgångsfaktorer.

Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål.

Sköra äldre är en patientgrupp med särskilt höga risker vid sjukhusvistelse. De riskerar både överbehandling och underbehandling och bör därför endast läggas in på sjukhusets slutenvård när det är medicinskt motiverat. I slutet av 2025 initierade SÄS ett arbete för att utveckla metoder som säkerställer mer ändamålsenlig och behovsanpassad vård för dessa patienter genom att göra ett omtag i skörhetsbedömning med verktyget Clinical Frailty Scale. Syftet är att optimera omhändertagandet av sköra äldre patienter och sätta in åtgärder för att minska risken för exempelvis komplikationer och ge bästa förutsättningar för patienten att bibehålla sin funktionsförmåga.

Samverkan med andra vårdaktörer utgör en central del av arbetet med att förebygga vårdskador och säkerställa en sammanhållen vårdkedja. På flera områden inom Rehabilitering & Hälsa har samverkan stärkts och utvecklats på ett positivt sätt. Arbetet kring små barn har fördjupats genom de gemensamma småbarnsteamerna, vilket skapat mer strukturerade och samordnade insatser. Samverkan med barn- och ungdomsmedicin har också förbättrats genom införandet av en gemensam läkarresurs, vilket har bidragit till ökad kontinuitet och tydligare ansvarsfördelning. Inom hörselområdet har samverkan fördjupats ytterligare, bland annat genom mer systematiska avstämningar och förbättrade gemensamma rutiner.

### **3.3.1 Riskhantering**

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

Regionens arbete med riskhantering har präglats av en tydlig systematik och ett kontinuerligt förbättringsfokus, där samtliga förvaltningar arbetar

proaktivt och reaktivt för att identifiera, analysera och hantera risker som kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön. Gemensamt för sjukhusen och verksamheterna är att riskanalyser initieras vid större förändringar, exempelvis vid organisationsförändringar, införande av nya IT-system, ombyggnationer och förändrade arbetssätt. Metodiken kring riskanalyser är likartad mellan flertalet förvaltningar, där tvärprofessionella team samverkar och handlingsplaner upprättas för att minimera identifierade risker.

Riskbedömningar är ett återkommande inslag, särskilt vad gäller fall, trycksår och undernäring, där samtliga sjukhus har rutiner för att tidigt identifiera och hantera risker hos patienter. Detta dokumenteras och följs upp i journaler och ledningssystem. Gröna Korset-metodiken, liksom Gröna A och Solrosen, används brett.

Gröna Korset har under året digitaliserats, vilket underlättar registrering, kategorisering och uppföljning av risker och avvikelser på enhets- och sjukhusnivå. Dessa verktyg bidrar till dagliga riskgenomgångar och tvärprofessionella möten där både negativa och positiva händelser synliggörs och diskuteras för att stimulera lärande och förbättringsarbete. Flera förvaltningar, såsom SU, SV och SÄS, har implementerat digitala lösningar för att effektivisera och kvalitetssäkra riskhanteringen.

Vid förändringar och nya projekt, exempelvis införandet av nytt tandvårdssystem inom Folktandvården, omorganisationer inom Habilitering & Hälsa och införandet av rörelsemonitorering inom sjukhusen, genomförs strukturerade risk- och konsekvensanalyser ur både patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv. Fackliga representanter och skyddsombud involveras ofta i analysarbetet för att bredda perspektiven och säkerställa att åtgärder blir hållbara. Barnkonsekvensanalyser har också fått ökat fokus, särskilt vid beslut som kan påverka barn indirekt, vilket visar på en förstärkt systematik kring barnrättsperspektivet i hela regionen.

Sammanfattningsvis visar regionens samlade arbete att riskhantering är väl integrerad och kontinuerligt utvecklas genom utbildningsinsatser, digitalisering och enhetliga rutiner. Det finns ett gemensamt mål att

identifiera risker tidigt, omsätta lärdomar i konkreta förbättringsåtgärder och att stärka patientsäkerheten och arbetsmiljön – en utveckling som sker parallellt inom flera förvaltningar och verksamheter.

### **3.4 Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Samtliga sjukhus och förvaltningar i VGR arbetar systematiskt med att stärka patientsäkerheten genom strukturerade processer, tydliga roller och kontinuerlig kompetensutveckling. Flera gemensamma drag kan identifieras mellan de olika verksamheterna. Samtliga förvaltningar har utarbetade kvalitetsorganisationer med tydliga roller, såsom kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare, verksamhetsutvecklare eller motsvarande funktioner som stödjer chefer och verksamheter i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Flertalet sjukhus arbetar med årshjul och temamånader kring riskområden, där regelbundna utbildningar och kampanjer genomförs för att öka följsamhet till riktlinjer och rutiner.

Flera förvaltningar, utvecklar och använder digitala dashboards, patientöversikter och rapporteringssystem för att stödja kvalitetsuppföljning och patientsäkerhetsarbete.

Förvaltningar genomför regelbundna hygienmätningar och egenkontroller för att säkerställa efterlevnad hygienrutiner och identifiera förbättringsområden. Verksamheterna har rutiner för återkoppling av resultat och utbildning inom området.

Samtliga sjukhus och Närhälsan arbetar aktivt med att förbättra läkemedelslistor, genomföra läkemedelsgenomgångar och utbilda personal för att minska läkemedelsrelaterade skador. Checklistor, digitala verktyg och farmaceutisk kompetens används som stöd.

Alla förvaltningar följer och arbetar aktivt med Strama och deltar i regionala och nationella projekt för att minska onödig antibiotikaförskrivning och motverka resistensutveckling.

Stramas kontaktläkare inom primärvården har starkt bidragit till framgångsrik utveckling av antibiotikaanvändning inom regionen under ett decennium.

För att nå liknande resultat inom sjukhusen behövs återkommande samverkan mellan Sjukhusstrama, verksamhetsledning och kontaktläkare på alla sjukhus. Det kräver avsatt tid i ökad omfattning för kontaktläkarna, på liknande sätt som den tid som erbjuds inom primärvården.

I krisplaner inom specialistpsykiatri kan suicidriskbedömning ingå för vissa patienter men kan upprättas även för andra patientgrupper. Indikatorn behöver utvecklas för att mera specifikt följa utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet. Svårigheter finns med dokumentation och statistik som behöver förenklas.

För en fortsatt omställning till nära vård behöver samverkan mellan region och kommun stärkas och vårdens övergångar bli mer patientsäkra.

### **3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Regionens arbete för att säkerställa patientsäker vård bygger på ökad riskmedvetenhet, kompetensutveckling och robust beredskap, där flera förvaltningar gemensamt bidrar med konkreta insatser. Dagliga avstämningar som Gröna korset, simuleringar och utbildningsmoment har införts på både SU och SÄS för att identifiera risker, stimulera förbättringsarbete och stärka personalens förmåga att hantera vårdskador, samtidigt som arbetsmiljön förbättras. Kliniska träningscentrum och återkommande HLR-utbildningar, som är en självklar del av verksamheten på SkaS, används även på andra sjukhus för att utveckla medarbetarnas kliniska färdigheter och minska vårdskador. SV och NU-

sjukvården har stärkt beredskapen och riskmedvetenheten med utbildningar inom krisberedskap, hantering av hot och våld samt genom digitala och fysiska säkerhetsåtgärder som kortläsare och kontroll av läkemedel. Patientöversiktstavlor och obligatoriska patientsäkerhetsutbildningar används brett för att visualisera och prioritera risker, medan områdesexperter och riktade utbildningar förebygger fall, trycksår och undernäring. Flexibilitet vid pandemier och cyberhot, årliga uppdateringar av beredskapsplaner samt samarbete med vårdgrannar är återkommande inslag hos Regionhälsan och flera andra förvaltningar. Närhälsan och Folk tandvården har särskilt fokus på säker läkemedelshantering med digitala verktyg, strukturerad kompetenskartläggning och prioriterad krisberedskap, medan Habilitering & Hälsa satsar på förebyggande åtgärder och stärkt samverkan utifrån analyser av vårdskador.

Sammantaget visar regionens samlade insatser att träning, simulering, kontinuerlig kompetensutveckling och samarbete över förvaltningsgränser är avgörande för att möta framtidens utmaningar och skapa en trygg och säker vård.

## **4 Prioriterade områden och indikatorer för uppföljning**

### **4.1 Vårdrelaterade infektioner**

Undvikbara VRI utgör en betydande del av vårdskadorna, framför allt inom somatisk slutenvård. På sjukhusen använder både respektive sjukhusstrama, de vårdhygieniska enheterna och enskilda verksamheter data från Infektionsverket i sitt kontinuerliga arbete att återkoppla uppgifter om antibiotikaanvändning och VRI till chefer och medarbetare som stöd i förbättringsarbetet.

De fyra vårdhygieniska enheterna arbetar aktivt med att stödja enheter/verksamheter med kunskap och arbetssätt/rutiner för att minska VRI. Stort fokus är att vara tillgängliga för frågor och hjälpa till vid smittspårningar.

På SÄS har arbetet under 2025 fokuserat på att säkerställa vårdhygieniska grundprinciper för att framför allt hantera det utbrott av ESBL-producerande *Klebsiella oxytoca* som upptäcktes under sommaren 2023. Utbrottet har drabbat många patienter och krävt omfattande åtgärder, såsom förstärkt städning, byte av vattenlås och bottenventiler samt skärpta rutiner kring handfat och hygien. Tack vare dessa insatser och ett systematiskt arbete med förbättrade vårdhygieniska rutiner har andelen VRI totalt sett minskat inom SÄS.

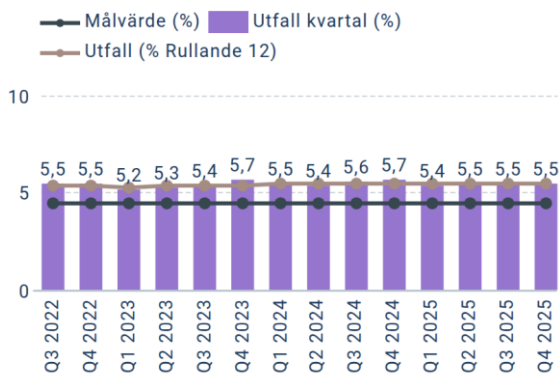
VRI-gruppen på SU har under året tagit fram en gemensam handlingsplan med grundläggande mål och aktiviteter för ett långsiktigt arbete med att förebygga VRI. Handlingsplanen ska vägleda verksamheter och enheter på sjukhuset i att minska förekomst av VRI genom att tydliggöra ansvarsfördelning, mål, aktiviteter och uppföljning på alla nivåer på sjukhuset. Framtagande av en regional handlingsplan för att minska VRI är initierad.

God följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har framför allt betydelse för att förhindra smittspridning inom vården. All smittspridning kan i princip förhindras. Om detta ska lyckas beror det inte enbart på god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utan också på vilka strukturella förutsättningar som finns såsom tillgång till enkelrum, isoleringsrum, tillräcklig bemanning, vårdplatstillgång.

Inom Folktandvården har det under året genomförts ett omfattande arbete med att revidera och förtydliga Folktandvårdens basala hygienrutiner. Rutinerna har omarbetats för att i högre grad beskriva tydliga arbetsprocesser och ansvar, med särskilt fokus på att förebygga händelser kopplade till hantering av ej desinfekterat gods, som vid flera tidigare tillfällen har återkommit.

Arbetet med följsamhetsmätningar utgör en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet och egenkontrollen på alla verksamheter i alla förvaltningar.

#### **4.1.1 Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.**



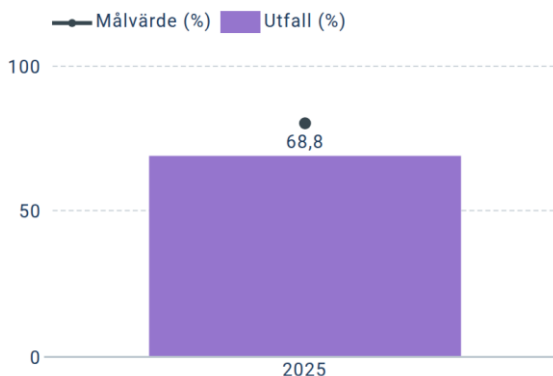
Mål: Lägre än 4,5 procent

Incidensen VRI, ligger runt 5,5 procent och har inte förändrats nämnvärt senaste året. Målvärdet på 4,5 procent har uppnåtts vid endast ett kvartal (Q2-2025) och på ett sjukhus, SV, under de senaste fem kvartalen.

Regionen har i enlighet med den Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025–2026 initierat ett arbete med att ta fram en regional handlingsplan för att minska VRI.

Vanligaste specifika VRI kvartal 4 var postoperativ infektion, 35 procent av alla VRI, varav djupa infektioner utgjorde 42 procent.

#### 4.1.2 Andel enheter med patientkontakt som årligen genomför vårdhygienisk egenkontroll

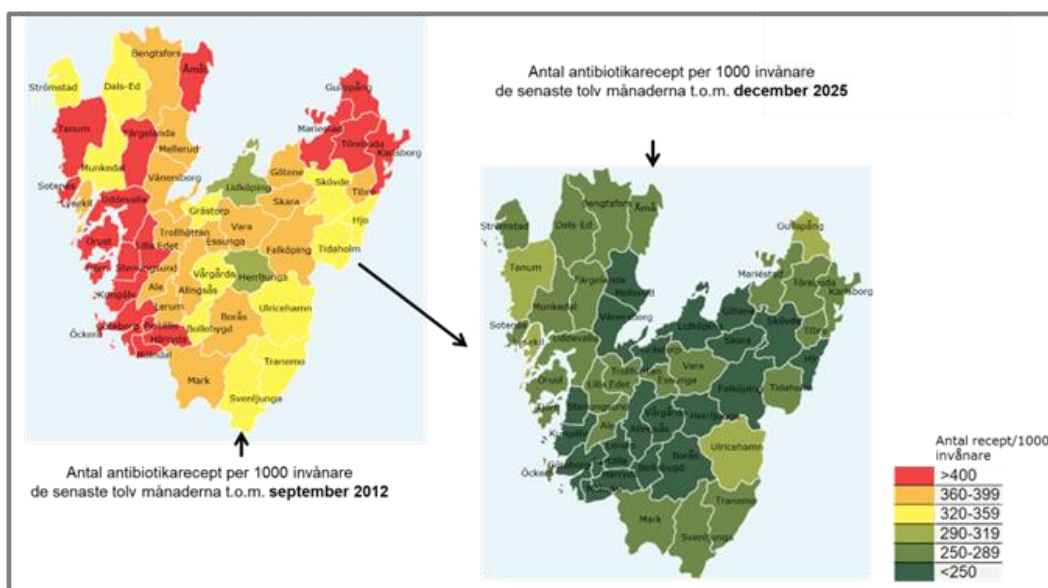


VEK är ett stödverktyg i det kontinuerliga förbättringsarbetet för att säkerställa en god hygienisk standard i verksamheterna. Enligt regionalt beslut ska alla enheter på förvaltningarna med patientkontakt genomföra denna egenkontroll årligen. Regionens mål för 2025 är att 80 procent av enheterna skall genomföra egenkontroll, resultatet blev ca 69 procent. Resultatet visar på goda förutsättningar för fortsatt implementering av VEK på fler enheter. Inom Regionhälsan har 93 procent av mottagningarna genomfört VEK.

## 4.2 Antibiotikaresistens

Resistensläget i Västra Götaland skiljer sig inte nämnvärt från Sverige som helhet. Högst andel resistens ses för bakterier som orsakar urinvägsinfektion och blodförgiftning.

Trots att målet om 250 recept/1000 invånare och år är så gott som uppnått finns det ett fortsatt behov av insatser för att bibehålla en god förskrivning eftersom stora skillnader kvarstår mellan regionens kommuner (219–318 recept/1000 invånare), se bild nedan. Därtill bör förskrivningen av antibiotika mot luftvägsinfektioner kunna minska utifrån en nationell jämförelse.



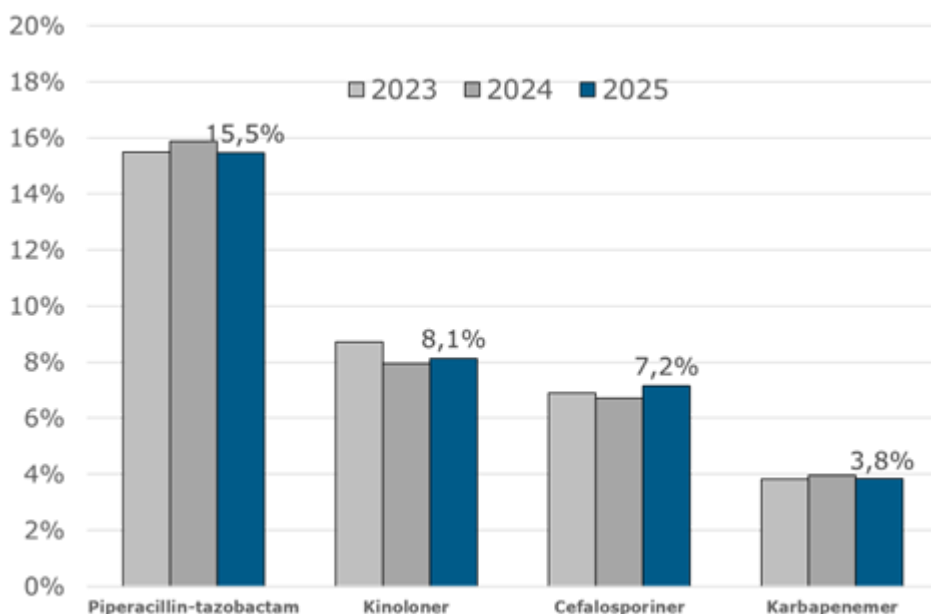
Antal antibiotikarecept/1000 invånare och år september 2012 jämfört december 2025 förskrivet till personer bosatta i respektive kommun i Västra Götaland.

Samtliga vårdgivarkategorier i VGR har en väsentligen oförändrad receptförskrivning under året, se tabell nedan. Antal recept per 1000 invånare och år anges endast för respektive förvaltning som helhet, det vill säga den andel av den totala receptförskrivningen till regionens invånare som respektive förvaltning bidrar med.

Förskrivet av:	2024	2025
Närhälsan	64,0	63,2
Privata VC	55,5	53,0
Övrigt Vårdval VGPV (jourcentraler)	25,0	22,9
Vårdval VGPV (vårdcentraler och jourcentraler)	144,5	139,0
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	24,5	23,2
Skaraborgs Sjukhus	8,9	8,6
NU-sjukvården	9,8	9,8
Södra Älvsborgs Sjukhus	7,6	7,2
Sjukhusen i Väster	5,02	4,82
Sjukhus VGR	55,8	53,6
Folktandvården	7,2	7,1
Övrig tandvård	8,1	7,4
Tandvård VGR	15,8	14,5
Övriga VGR	18,8	19,1
Övriga riket*	21,9	21,8

Antal antibiotikarecept/1000 invånare och år till personer bosatta i Västra Götaland, uppdelat på förskrivare utifrån arbetsplats inom respektive utanför Västra Götaland, 2024–2025.

Antibiotikaförbrukningen inom sjukhusvården, mätt som DDD/per 100 vårddygn, ökar om än i betydligt lägre takt. Ökningen för 2024 är 2,0 procent för regionen som helhet. Piperacillin-tazobaktam är fortsatt det i särklass vanligaste intravenösa antibiotika som rekvideras. Förbrukningen av intravenösa bredspektrumantibiotika samt kinoloner, vilka samtliga driver på antibiotikaresistens, har ökat något under året (se bild nedan). Sedan 2025 redovisas dagar med behandling (DOT) /100 vårddygn för respektive förvaltning (se punkt 4.2.2). Dessa data är mindre beroende av vilken typ av antibiotika som används jämfört med DDD/100 vårddygn.



Andel resistensdrivande antibiotika av totala mängden (DDD) antibiotika som används på sjukhusen.

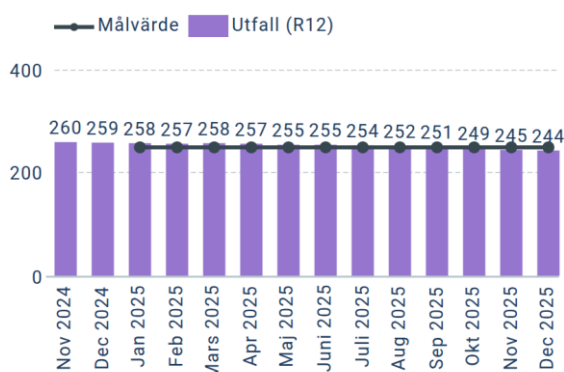
Det arbete som bedrivs lokalt på vårdcentralerna, med stöd av Strama VG, är en viktig faktor till att följsamheten till riktlinjerna ökar inom primärvården. Läkare har granskat sin förskrivning och diskuterat behandlingsriktlinjerna ihop med kollegor vid minst ett reflekterande möte med stöd av underlag från Strama VG för självdeklarationsarbetet. Merparten, 98 procent av vårdcentralerna, har genomfört detta arbete under 2025. Vårdcentralerna lyfter behovet av en gemensam syn på handläggning och att all personal måste vidareutbildas och inkluderas i Strama-arbetet. Dålig kontinuitet i bemanningen poängteras som en bidragande faktor till låg följsamhet till riktlinjerna. Självdeklarationerna och dess slutsatser utgör ett viktigt underlag för det fortsatta Strama-arbetet inom primärvården i Västra Götaland. Fördjupad information finns i rapporten ”Strama-insatser inom primärvården 2025”.

Förskrivardata kopplade till aktuell infektionsdiagnos finns tillgängliga via Primärvårdskvalitet. För flera indikatorer är det en stor andel vårdcentraler som inte uppnår de nationellt uppsatta målen. Spridningen mellan vårdcentralerna är påtagligt stor.

Förskrivningen av antibiotika inom Folk tandvården är väsentligen oförändrad. Utbildningsinsatser har genomförts sedan flera år. Ett AI-hjälpmiddel för egenkontroll av antibiotikaförskrivningar har införts i Folk tandvården vilket kommer att utvärderas under 2025–2026.

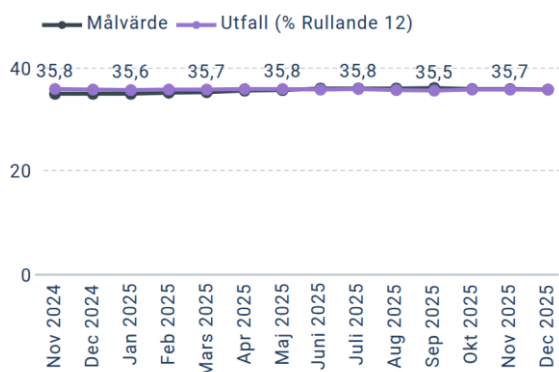
Strama-arbetet på sjukhusen behöver intensifieras med stärkta insatser på verksamhetsnivå. Insatser behövs inom primärvården för att bibehålla en god förskrivning. Resurser behöver tillföras enligt Stramas nationella mål för att intensifiera arbetet. Det finns ett ständigt behov av utbildningsinsatser för all vårdpersonal inklusive nya insatser för vårdpersonal på särskilda boenden. Regionen satsar på att bli diplomerad som Antibiotikasmart region inom ramen för Antibiotikasmart Sverige som leds av Folkhälsomyndigheten.

#### 4.2.1 Antibiotika som förskrivs på recept mätt som antal recept/1000 invånare och år inom all vård



Förskrivning av antibiotika på recept till personer i VGR ligger betydligt under riksgenomsnittet och under det nationella målet 250 recept/1000 invånare och år.

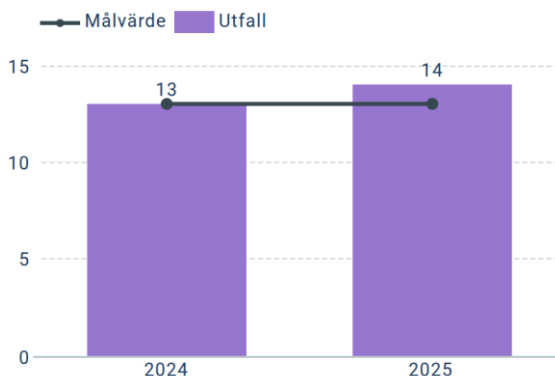
#### 4.2.2 Andel DOT (days of therapy) per 100 vårddygn



Mål: Minska jämfört med föregående år.

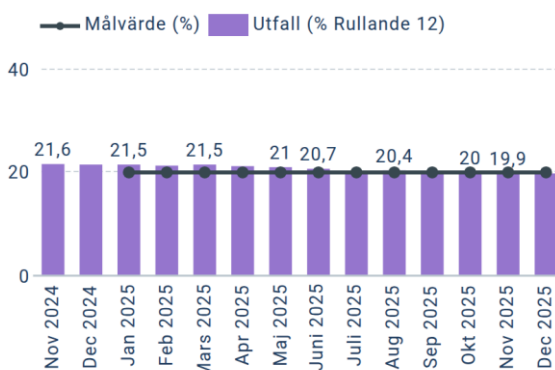
Antal behandlingsdagar (DOT)/100 vård dygn är väsentligen oförändrade på samtliga förvaltningar under 2025 jämfört 2024 i VGR.

### 4.2.3 Antal verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder



Antibiotikaronder som infektionsläkare genomför regelbundet på högförskrivande enheter är ett viktigt och uppskattat verktyg för att öka följsamhet till riktlinjerna på sjukhus. Antalet enheter där ronder utförts i regionen har ökat marginellt sedan 2024. Måltalet om 2–5 enheter/förvaltning (utifrån förvaltningens storlek) nås på NU-sjukvården (5 enheter), SkaS (2 enheter), SU (5 enheter) men inte på SÄS (1 enhet) och SV (1 enhet). Nationella rekommendationer för bemanning för att genomföra antibiotikaronder uppfylls till ca hälften i VGR undantaget vid SU som ligger betydligt lägre.

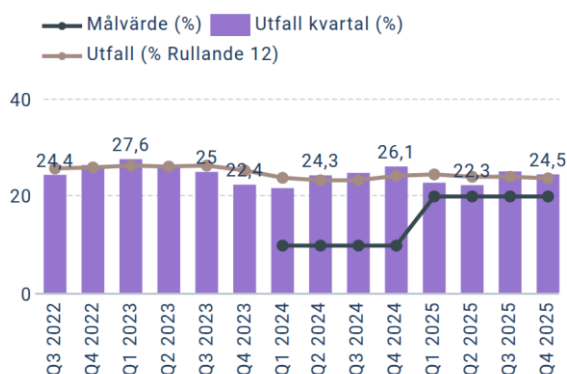
### 4.2.4 Andel kinoloner vid akut cystit (män)



Mål: Lägre än 20 procent

Primärvården har uppnått målet sedan november 2025.

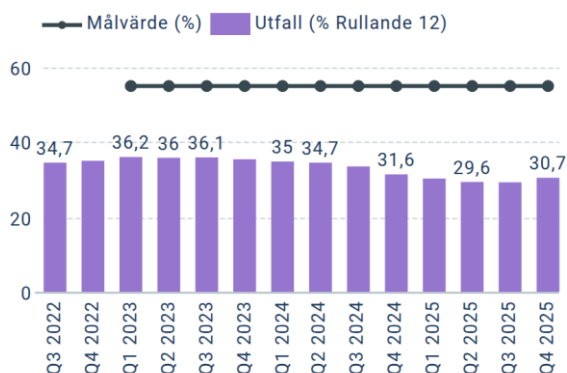
#### 4.2.5 Andel patienter inom sjukhusvård med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med ciprofloxacin (män)



Mål: Lägre än 20 procent.

Användning av kinoloner (ciprofloxacin) vid urinvägsinfektion utan feber hos män är högre än det nationella måtalet (20 procent) utan tecken på att minska. Följsamheten till behandlingsriktlinjer för afebril urinvägsinfektion behöver förbättras.

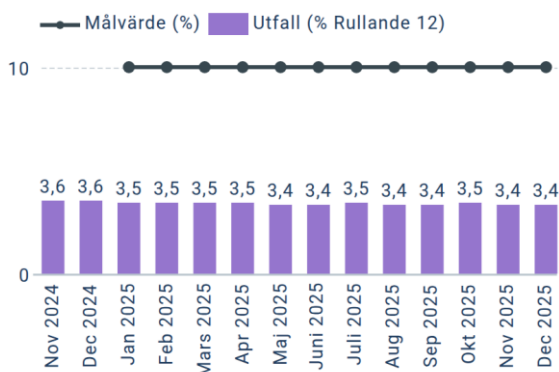
#### 4.2.6 Andel smalspektrumantibiotika (penicillin V eller G) vid samhällsförvärd lunginflammation



Mål: Högre än 55 procent.

Andel patienter som erhållit smalspektrumpenicillin vid samhällsförvärd lunginflammation är långt under målet om minst 55 procent smalspektrumpenicillin på alla regionens sjukhus. Följsamheten till behandlingsriktlinjer för samhällsförvärd lunginflammation behöver förbättras.

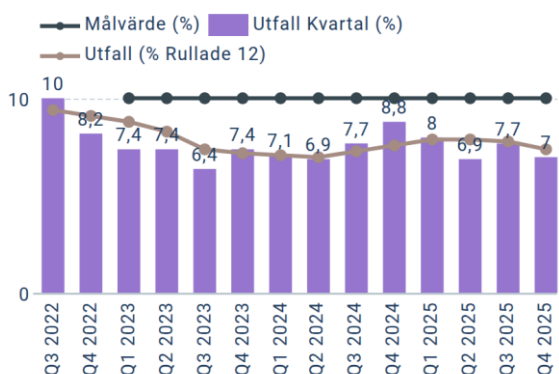
## 4.2.7 Andel kinoloner vid akut cystit (kvinnor)



Mål: Lägre än 10 procent.

Primärvården har uppnått målet under hela 2025.

## 4.2.8 Andel patienter inom sjukhusvård med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med ciprofloxacin (kvinnor)



Mål: Lägre än 10 procent.

Förskrivningen till kvinnor ligger under det nationella målet om 10 procent.

## 4.3 Trycksår

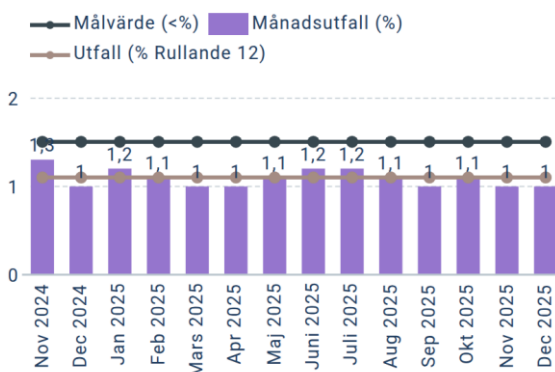
Trycksår är ett centralt fokusområde inom regionens patientsäkerhetsarbete, där tidig riskidentifiering och systematiska förebyggande insatser står i centrum. Samtliga sjukhusförvaltningar arbetar aktivt med att dokumentera och följa upp trycksår, även om dokumentationsbrister och utmaningar kring mätbara vårdtillfällen kvarstår. Exempelvis har sjukhusen tillsammans utvecklat en ”mätvärdesapp” för bedside-riskbedömning och genomfört pilotstudier där gemensam bedömning av trycksår, undernäring och fall sparar tid som

kan användas för patientnära arbete. Under året har även en regional utbildning utarbetas för omvårdnadspersonalen.

SkaS fortsätter med lokala punktprevalensmätningar och arbetar med att förbättra dokumentation av riskbedömningar i journalsystemet, samtidigt som särskilda insatser görs för att förbättra hudbedömning och tillgång till förebyggande hjälpmedel. Vid SV används realtidsdata på översiktstavlor för att säkerställa riskbedömning och utbildningsinsatser har genomförts för att förbättra rutiner och följsamhet. NU-sjukvården fokuserar på tidig riskidentifiering och standardiserade vårdplaner, där införandet av patientöversiktssystem har underlättat uppföljningen. SÅS har tillsatt en ämnesföreträdare för trycksår och genomfört utbildning för TUF-ombud (ombud för trycksår, undernäring, fall). Habilitering & Hälsa registrerar trycksår och initierar förebyggande insatser vid deras slutenvårdsenhet.

Sammantaget visar regionens arbete på ett brett engagemang och pågående utveckling för att minska förekomsten av trycksår och främja patientsäkerhet.

### 4.3.1 Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår (kategori 1–4)



Under 2025 har ett omfattande utvecklingsarbete genomförts för att etablera en regiongemensam databas med samlade patientsäkerhetsdata från de olika journalsystemen. Syftet har varit att skapa en kvalitetssäkrad och enhetlig datakälla för huvuddelen av de nyckeltal som används i uppföljningen av patientsäkerhet inom Västra Götalandsregionen.

Databasen är driftsatt februari 2026 och de indikatorer som tidigare baserades på manuella eller delvis manuella datauttag uppdateras nu automatiskt från den kvalitetssäkrade källan. Övergången till

automatiserad och direkt hämtning från journalsystemen har stärkt tillförlitligheten och jämförbarheten i resultaten.

I samband med införandet kan vissa utfall skilja sig från tidigare redovisade värden. Detta beror på förändrad metod för datainsamling. De nya värdena bedöms ge en mer korrekt och rättvisande bild av verksamhetens resultat, då de baseras på direkt och kvalitetssäkrad information från källsystemen.

Fyra av fem sjukhus når det regionala målet för trycksår, vilket är att andelen sjukhusförvärvade trycksår ska vara mindre än 1,5 procent av vårdtillfällena.

Sjukhusförvaltningarnas beskrivningar av denna indikator gjordes innan databasen driftsattes (februari 2026) och deras resultat var sämre än vad som nu redovisas.

Alla förvaltningar identifierar att ökad registreringsgrad och tillförlitlig dokumentation är avgörande för att kunna analysera och följa upp trycksårsförekomst på ett korrekt sätt.

Utbildningsinsatser är en gemensam strategi – samtliga förvaltningar har genomfört utbildningar för undersköterskor och sjuksköterskor.

Systematisk riskbedömning vid inskrivning och utskrivning lyfts fram som en viktig förebyggande åtgärd, och flera sjukhus har infört digitala lösningar för att underlätta detta arbete.

Förebyggande åtgärder som tillgång till trycksårsförebyggande hjälpmedel, dokumenterad lägesändring och översyn av nutritionsstatus är centrala inslag i det dagliga arbetet.

Flera förvaltningar påpekar vikten av att minska belägningsgraden för att ge personalen bättre förutsättningar att arbeta förebyggande.

SkaS har valt att fortsätta med lokala punktprevalensmätningar när nationella mätningar upphört, för att kunna jämföra resultat över tid och anpassa åtgärder efter lokala behov.

SU har genomfört pilotstudier med gemensam riskvärdering (trycksår, undernäring, fall) vid ankomstsamtal, vilket har effektiviserat

dokumentationsarbetet och frigjort tid till patientnära arbete. Dessutom utvecklas ett IT-verktyg "Mätvärdesappen" för bedside-bedömning.

SV arbetar aktivt med realtidsdata och patientöversiktstavlor, vilket har lett till ökad riskbedömning och bättre överblick. SEUPP-metoden har börjat införas som strukturerad tillsyn.

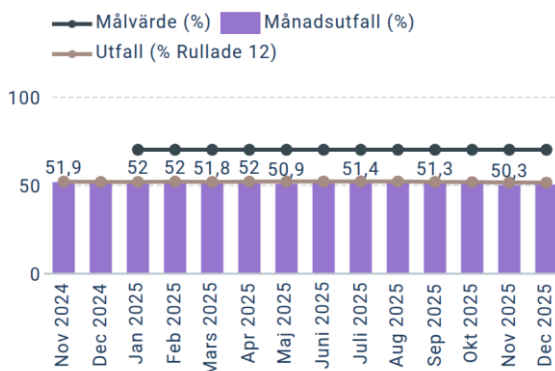
NU-sjukvården fokuserar på tidig riskidentifiering och har infört rörelsemonitorering som ett led i trycksårspreventionen.

SÄS har etablerat ett nätverk av ombud på vårdenheter som träffas regelbundet för att driva utbildning och förbättringsarbete, samt har tillsatt en ämnesföreträdare för trycksår.

Årets arbete visar att samtliga förvaltningar har tagit tydliga steg mot förbättrade rutiner, ökad utbildning och utvecklade arbetssätt.

Gemensamma insatser kring dokumentation, riskbedömning och förebyggande åtgärder kombineras med lokalt anpassade strategier och digitala lösningar. För att ytterligare minska andelen trycksår framöver krävs fortsatt fokus på utbildning, uppföljning och verksamhetsnära utvecklingsarbete, samt en förbättrad registreringsgrad och tillgång till relevanta hjälpmedel.

### 4.3.2 Andel mätbara vårdtillfällen med trycksår



Denna indikator är av betydelse för att värdera indikatorn andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår (kategori 1–4). Andel uppkomna trycksår under vårdtiden baserat på mätbara vårdtillfällen.

Indikator har justerats för att registrera fler dokumenterade vårdtillfällen med trycksår.

De flesta sjukhus i regionen har förbättrat dokumentation av trycksår i journalen och flera når målet för andel mätbara vårdtillfällen med trycksår som helst ska vara mer än 70 procent. Ett av sjukhusen har ändrat sina dokumentations rutiner vilket har lett till färre dokumenterade vårdtillfällen med trycksår.

## **4.4 Beläggning**

Beläggningsgraden inom VGR sjukhusförvaltningar kan följas via framtagen PowerBI rapport. Målvärdet i VGR är beläggning lägre än 90 procent. Kortare beläggningsperioder med toppar på över 90 procent beläggning har vetenskapligt ej kunnat belägga ökat antal vårdskador. Det finns stark vetenskap som styrker att medelbeläggning över 90 procent över tid kraftigt ökar antalet vårdskador och allvarliga vårdskador. Hög beläggningsgrad på över 100 procent över tid innebär en ökad risk för underrapportering av negativa händelser. I vissa fall har patienter, som bedömdes vara i behov av slutenvårdsresurser, erhållit sin vård inom en akutmottagnings lokaler i flera timmar och över dygnets gränser. En akutmottagning är varken i sina lokaler, sin logistik eller arbetsprocesser inriktad på en vårdepisod över tid. Utlokalisering av patienter på akutmottagning innebär en ökad risk för vårdskador med fördröjda eller uteblivna vårdåtgärder.

Exempel på arbeten som genomförs för att få ner beläggningsgraden:

Mobila team inom både somatik och psykiatri.

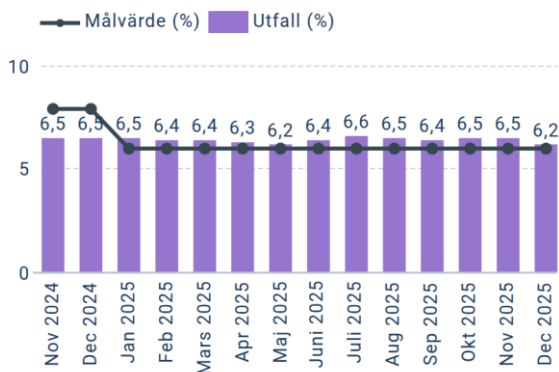
Utökade dagvårds- och öppenvårdsalternativ.

Vidareutveckling av hemmonitorering och digitala vårdmöten, särskilt inom obstetrik.

Intensifierat arbete med utskrivningsprocesser och trygg hemgång, i nära samverkan med kommuner och hemsjukhus.

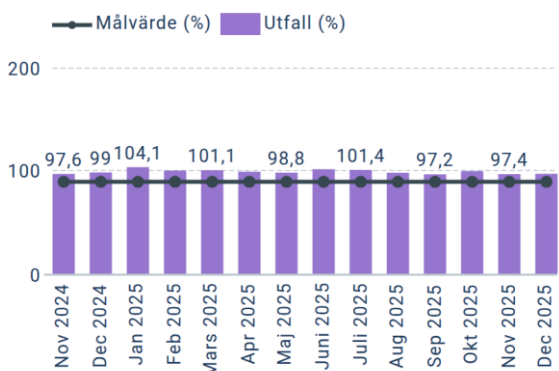
Optimering av akutsalar och operationsflöden samt fortsatt överföring från slutenvård till öppenvård när det är möjligt.

#### 4.4.1 Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (65 år och äldre)



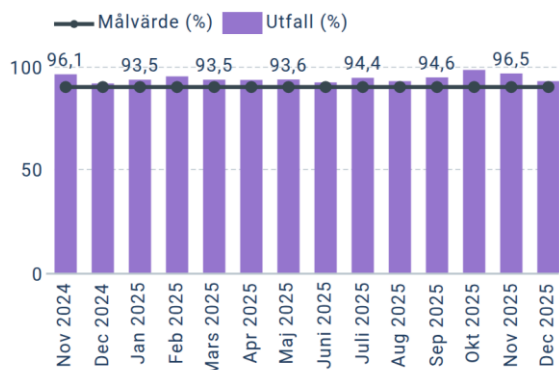
Målvärdet för andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre är sänkt från 7,9 till 6,0 procent för 2025. Under året har regionens utfallsmått legat strax över målvärdet med variation mellan förvaltningarna från 5,6 till 7,6 procent. Goda rutiner vid utskrivning som utskrivningsinformation till patienten och samverkan med andra vårdgivare är viktigt. SkaS har ett strukturerat arbete med NEWS2, viktiga parametrar som kontrolleras strax före patienten skrivs ut, och principerna inom "Gör om, gör rätt i vården på SkaS" som bör kunna påverka denna indikator åt rätt håll.

#### 4.4.2 Beläggningsgrad somatisk slutenvård



Beläggningsgraden som redovisas ovan är ett trubbigt mått då den varierar stort mellan förvaltningarna i VGR. Även inom respektive förvaltning varierar siffrorna. Att få ner beläggningsgraden är ett fortsatt viktigt arbete inom VGR.

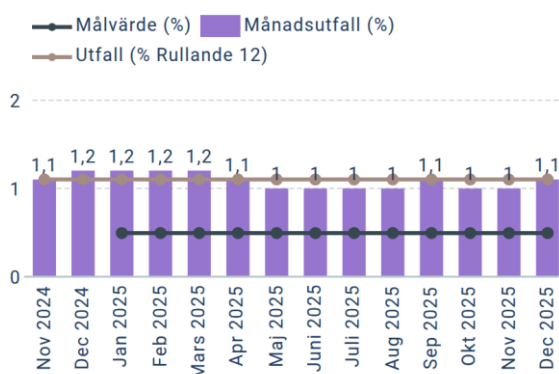
### 4.4.3 Beläggningsgrad psykiatrisk slutenvård



Inom den psykiatriska slutenvården varierar beläggningsgraden mellan olika förvaltningar. Att få ner beläggningen till under 90 procent på samtliga enheter har fortsatt hög prioritet.

## 4.5 Fallskador

### 4.5.1 Andel vårdtillfällena av alla vårdtillfällena inom slutenvård där fysisk fallskada inträffar



Regionens sjukhus har fortsatt sitt arbete med att förebygga och minska antalet fysiska fallskador inom slutenvården. Andelen fallskador har generellt varit stabil eller visat tecken på minskning, delvis tack vare förbättrad dokumentation och införande av rörelsemonitorering på flera vårdavdelningar. Rörelsemonitoreringen, där sensorer utan bild- och ljudupptagning övervakar patientens rörelsemönster och larmar personalen vid risk för fall, har implementerats på utvalda avdelningar och ytterligare införanden är planerade under 2026. Det är för tidigt att fullt ut utvärdera effekten av denna åtgärd på fallskadefrekvensen.

Regionen har identifierat att en mer korrekt och enhetlig registrering av fallskador har bidragit till att ge en bättre bild av det faktiska antalet fall. Obligatorisk rapportering av fysiska fallskador har införts, vilket har förbättrat uppföljningen. Samtidigt kvarstår utmaningar med att dokumentation om fallrisk ibland sker i löpande journaltext istället för under avsedda sökord, vilket försvårar analys och uppföljning. Det behövs ett fortsatt arbete med att upprätta planer för patienter med förhöjd fallrisk.

Utbildningsinsatser och kompetensutveckling har genomförts för både undersköterskor och sjuksköterskor inom ramen för arbetet med trycksår, undernäring och fall. En regiongemensam webbutbildning och rutin för det tre områdena är under utveckling och beräknas vara klar i början av 2026. Budskap om fallprevention har spridits via sociala medier och informationsträffar till patientsäkerhetsombud inom sjukhusen. Samordning och dialog mellan förvaltningarna har skett kontinuerligt, bland annat genom månatliga genomgångar av utfall och gemensamma informationsinsatser.

För att ytterligare stärka det fallpreventiva arbetet har tillsynsrundor enligt "SEUPP" införts på flera avdelningar, vilket innebär att personal regelbundet säkerställer att patienternas behov är tillgodosedda. Satsningen "Gör om, gör rätt i vården" har också påbörjats på fler avdelningar, med fokus på att förbättra arbetsrutiner och patientsäkerhet.

Inför 2026 planeras en fortsatt utbyggnad av rörelsemonitorering och fortsatt utveckling av utbildningsinsatser samt informations- och samordningsarbete. Dessa åtgärder är avgörande för att minska fysiska fallskador, höja patientsäkerheten, minska lidande och frigöra resurser inom vården.

## **4.6 Undernäring**

Undernäring är ett prioriterat område inom regionens sjukhusförvaltningar, där både screening och riskbedömningar har ökat under året. Ett regionalt arbete med indikatorer har pågått, vilket bidragit till en tydlig utvecklingspotential och stort engagemang bland samordnare. SU har exempelvis en sjukhusövergripande rutin för prevention och

behandling av undernäring, där samarbetet mellan vårdpersonal och dietister har förbättrat kvaliteten på nutritionsarbetet och bidragit till ökad patientsäkerhet.

På SkaS har riskbedömningarna inom slutenvården nått 93 procent under 2025, vilket överträffar målet. Av dessa patienter har 28 procent identifierats med risk för undernäring och andelen med upprättad vårdplan har stadigt ökat. Rutiner och visuella verktyg används för att följa indikatorer och processmått. Arbetet fokuserar på att förbättra kvaliteten på riskbedömningarna, förenkla dokumentationen och utbilda personalen för att säkerställa att rätt patienter får diagnos och behandling.

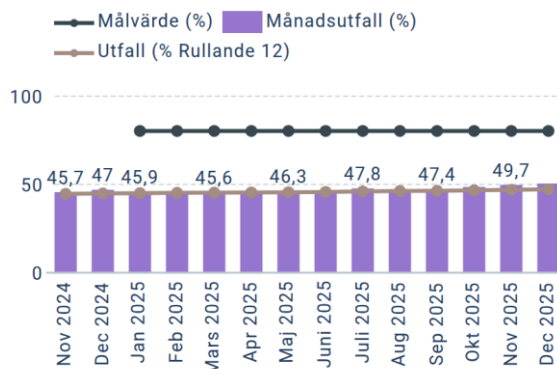
För SV ligger riskbedömningarna fortsatt över målvärdet och följs i realtid på vårdavdelningarna. Insatser görs för att förbättra nutritionsåtgärder, såsom att erbjuda flexibla måltidsalternativ och mellanmål för att tillgodose patienternas individuella behov. Utbildningstillfällen har genomförts för att förebygga undernäring.

NU-sjukvården satsar på riskbedömningar och tidiga insatser, där en nutritionskommitté är under uppbyggnad för att stärka det organisatoriska arbetet kring nutrition.

SÄS har under ledning av chefsjuksköterska och styrråd för patientsäkerhet och kvalitet riskbedömt 77 procent av patienterna under 2024 för undernäring, med syfte att tidigt identifiera de patienter som behöver särskilda nutritionsåtgärder.

Sammantaget visar regionens arbete att det finns en positiv utveckling inom bedömning och åtgärder mot undernäring, med flera goda exempel från de olika sjukhusförvaltningarna, men att fortsatt arbete krävs för att nå uppsatta mål och stärka patientsäkerheten.

## 4.6.1 Andel genomförda riskbedömningar enligt rutin för undernäring (>18 år, slutenvård)



Regionala utdata för denna indikator har utarbetats under året och sjukhusförvaltningarna har rapporterat utdata från egna uppföljningar då den regionala datakällan inte varit kvalitetssäkrad vid årets slut.

Tre av fem sjukhus har lyckats nå mål för andel genomförda riskbedömningar för undernäring mer än 80 procent.

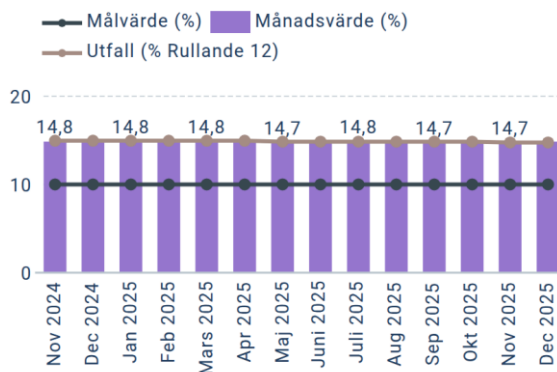
## 4.7 Läkemedelsrelaterade skador

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.

Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål. För att undvika läkemedelsrelaterade skador ska läkemedelsgenomgång erbjudas för personer 75 år eller äldre med fem läkemedel. Det sker vid besök hos läkare i öppen vård, vid inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i särskild boendeform och därefter minst årligen. Rapportering av läkemedelsfel i MCP utgör underlag för analys av aktuella och vanligen förekommande brister i läkemedelsanvändningen. Ett välfungerande samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården är nödvändigt för att minska på de fel i läkemedelshanteringen som uppkommer i vårdens övergångar.

Farmaceuter som deltar i vårdteam bidrar till en höjd kunskapsnivå.

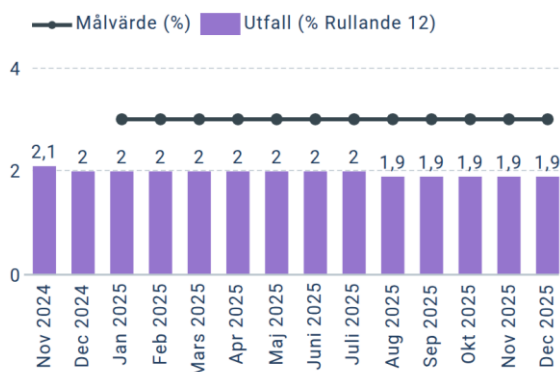
## 4.7.1 Andel invånare 75 år och äldre med potentiellt olämpliga läkemedel



Socialstyrelsen publicerar en förteckning över läkemedel som bör undvikas till äldre. Den omfattar läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Preparaten bör endast användas om det finns särskilda skäl, en välgrundad och aktuell orsak för att använda läkemedlet. Läkaren ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör också följas upp och omprövas regelbundet med täta intervaller.

Det är osäkert var målvärdet bör ligga, men nivån som satts i VGR uppnås inte. Det väsentliga är att det hela tiden bedrivs ett arbete för att öka kvaliteten på läkemedelsbehandlingar till äldre.

## 4.7.2 Andel patienter som behandlas med opioider förskrivet av primärvården



Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel medför risker för tolerans, beroende och biverkningar vid långvarig användning. Det bör därför ske med noggrannhet och tydliga rutiner. Speciellt förskrivning av opioider mot långvarig icke-malign smärta behöver minska då det har begränsat värde och medför risker. Inom VGR som helhet sker en

minskning över tid, men lokala variationer är stora. Målvärdet 3 procent (andel patienter som från vårdcentraler får förskrivning av opioider) har uppnåtts under året.

## **4.8 Primärvård**

Närhälsan har sedan några år en fastställd handlingsplan för kvalitetssäkrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, med syfte att förbättra och kvalitetssäkra denna.

Journalgranskning är en delmängd i handlingsplanen, vilket majoriteten av vårdcentralerna har genomfört. I flertalet av fallen som granskades finns en dokumenterad medicinsk vårdplan. Dokumentation gällande vårdbegränsningar - i de fall detta är aktuellt - har förbättrats men det finns fortsatt en viss förbättringspotential.

I handlingsplanen beskrivs också upprättande och minst årlig uppföljning av medicinsk vårdplan, där det ingår genomgång av läkemedelsbehandling och riskbedömningar gällande trycksår, fall, undernäring och skattningsskalor som bedöms relevanta.

Gällande målet att minska förskrivning av olämpliga läkemedel har andel personer, 75 år och äldre, som får olämpliga läkemedel (förskrivet i Närhälsan) minskat från 9,8 procent 2024 till 9,3 procent 2025. Tabell i 4.7.1 med högre siffror anger andel i hela VGR (både sjukhus, Närhälsan och privata vårdgivare). Målet mindre än 10 procent uppfylls för Närhälsan. Även förskrivning av opioider i primärvården har minskat till 1,9 procent och målet mindre än 3 procent har uppnåtts med marginal.

För att undvika läkemedelsrelaterade skador ska läkemedelsgenomgång erbjudas för personer 75 år eller äldre. Utfallet för andel av denna population där fördjupad läkemedelsgenomgång registrerats har minskat från 24 procent 2024 till 20 procent 2025. Bedömningen är att det sannolikt genomförs fler läkemedelsgenomgångar men dessa registreras inte med aktuell KVÅ-kod. Det är viktigt att verksamheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen. Kontinuitet och medicinsk kompetens i

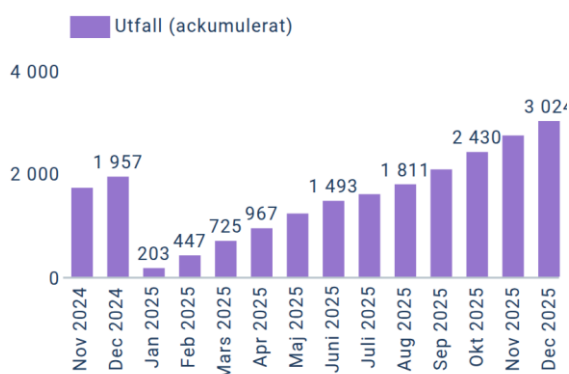
kommunal hälso- och sjukvård är av stor vikt för hög kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Andel fördjupade läkemedelsgenomgångar bör vara hög, men en optimal nivå är svår att fastslå.

## 4.9 Suicidprevention

En övergripande metod för att stärka patientsäkerheten relaterat till psykiatrisk sjuklighet är arbete med krisplaner/säkerhetsplaner. Generellt gäller också att det är av vikt att hålla fokus på personcentrering, sammanhållna vårdkedjor och samarbete med ”trygga personer” som patienten vill involvera.

Krisplaner/säkerhetsplaner inom psykiatrin används för att förebygga risker som kan uppstå i samband med försämring av hälsotillstånd hos enskild patient. Säkerhetsplaner kan inkluderas i vårdplanen eller tas fram separat. De ska utarbetas tillsammans med patienten och det är viktigt att varje steg beskrivs konkret. Om inget hindrar bör närstående involveras. I säkerhetsplanen ska finnas angivet vilka saker som patienten själv kan göra och vad vården förväntas göra vid larm om ökad risk. Planen kan hantera risk för självmord eller självskada, risk för aggressivitet mot andra, risk för allvarlig försämring i samband med avbrott i medicinering eller varningssymtom som indikerar tidiga tecken till akutisering av sjukdomstillstånd.

### 4.9.1 Antal upprättade krisplaner inom specialistpsykiatrin



Samtliga förvaltningar arbetar aktivt med att stärka sitt lokala suicidpreventiva arbete. Förvaltningarna har under 2025 implementerat de uppdaterade regionala medicinska riktlinjerna utifrån verksamheternas uppdrag, samt arbetat fram lokala handlingsplaner och rutiner och

utbildat medarbetare. Flera förvaltningar arbetar aktivt med rutiner för att upprätta säkerhetsplaner. Särskilt på SU har antalet säkerhetsplaner mer än fördubblats sen föregående år.

I kvalitetssäkringsarbetet har vissa förvaltningar upptäckt att dokumentation inte speglar antalet upprättade säkerhetsplaner och att underrapportering föreligger. Stöd för korrekt dokumentation av upprättade säkerhetsplaner är ett identifierat regionalt förbättringsområde.

Indikatorn för antal krisplaner har hittills avgränsats till medicinskt verksamhetsområde psykiatri. Parallellt inom förvaltningarna pågår utvecklingsarbeten med att sprida det suicidpreventiva arbetet till andra verksamheter. Indikatorn informerar inte om hur många patienter som borde ha en säkerhetsplan varför ytterligare en indikator utarbetas och kommer införas 2027. Den nya indikatorn kommer att mäta andel individer som inom psykiatrisk heldygnsvård vårdats för självskada/självmodsförsök där en upprättad säkerhetsplan registrerats inom en 12 månaders period efter inskrivning.

## **5 Mål och strategier för kommande år**

Under 2026 fortsätter VGR sitt målmedvetna arbete för att stärka patientsäkerheten inom samtliga förvaltningar. Trots variationer i verksamheternas inriktning finns tydliga gemensamma nämnare som utgör ryggraden i det regionala patientsäkerhetsarbetet.

Under året kommer regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet omarbetas och den nya versionen kommer att gälla för åren 2027–2029.

Samtliga förvaltningar betonar vikten av ett systematiskt, långsiktigt och lärande arbetssätt där analys av avvikelser, riskbedömningar och erfarenhetsåterföring är integrerade delar. Målet är att minska risken för vårdskador och säkerställa att lärdomar sprids över verksamhetsgränser.

En god säkerhetskultur, präglad av öppenhet, delaktighet och professionellt ansvar, lyfts fram som avgörande för att lyckas med

patientsäkerhetsarbetet. Kompetensutveckling och stödjande strukturer för chefer och medarbetare prioriteras.

Patientdelaktighet och systematisk integrering av patientens perspektiv är ett genomgående tema. Flera förvaltningar utvecklar metoder för att patienten och närstående aktivt ska kunna bidra i såväl den egna vården som i utformning av vårdens processer och i förbättringsarbeten.

Utveckling och implementering av digitala verktyg, realtidsuppföljning och datadrivna arbetssätt är prioriterat för att stärka uppföljning, identifiera risker och ge bättre beslutsstöd till både personal och patienter. Kontinuerliga riskbedömningar ur flera olika perspektiv när nya system och arbetssätt införs behöver ingå i allt förändringsarbete.

Särskilt fokus läggs på att öka säkerheten i vårdens övergångar, genom samordning mellan sjukhus, primärvård och kommuner samt genom standardiserade processer och tydligare ansvarsfördelning.

Utmaningar och utvecklingsområden:

Säkerställa genomförandekraft och uthållighet i förbättringsarbetet, samt minska variationen mellan olika verksamheter.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö, särskilt inom områden med hög personalomsättning.

Vidareutveckla stödstrukturer och avvikelshanteringssystem för att möta ett allt mer komplext vårdssystem.

Optimera vården för särskilt utsatta grupper, exempelvis sköra äldre, genom behovsanpassade insatser och samverkan över huvudmannagränser.

En stärkt primärvård med kontinuitet och vård av god kvalitet på rätt vårdnivå.

Strama-arbetet på sjukhusen behöver intensifieras med stärkta insatser på verksamhetsnivå. Regionen satsar på att bli diplomerad som Antibiotikasmart region.

Det regionala perspektivet för patientsäkerhetsarbetet 2026 präglas av ett gemensamt fokus på systematiskt lärande, stark säkerhetskultur, ökad

patientdelaktighet och effektiv användning av digitala verktyg. Genom att samordna mål och strategier över förvaltningsgränser och dra nytta av gemensamma erfarenheter och resurser skapar regionen en robust grund för att möta framtidens patientsäkerhetsutmaningar och leverera en jämlik, säker och patientcentrerad vård.

Förflyttning från ett reaktivt till ett proaktivt perspektiv syns i flera förvaltningar, där förebyggande riskbedömning, egenkontroller och strukturerad tillsyn lyfts fram.