Nationell arbetsgrupp (NAG) Patientsäkerhetsberättelse

Bakgrund

- Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- Mallen har uppdaterats utifrån reviderad handlingsplan 2025-2030.
- Mallen ska vara ändamålsenlig och användarvänlig.
- Behov av att förvalta mallen, samt stödfunktion som kan hantera frågor.



Uppdrag-NAG patientsäkerhets-berättelse

- Ta in synpunkter på befintlig mall
- Revidera mallen utifrån inkomna synpunkter och den uppdaterade nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025-2030
- Föreslå förvaltningn av mallen för patientsäkerhetsberättelsen



Deltagare i Nationella arbetsgruppen patientsäkerhetsberättelse

Namn	Funktion	Sjukvårdsregion
Monica Eriksson	Patientsäkerhetssamordnare & kontaktperson NSG Patientsäkerhet	Norra sjukvårdsregionen
Kristina Flodfält	MAS Simrishamn & kontaktperson NSG Patientsäkerhet	Södra sjukvårdsregionen
Andreas Wiklund	Chefläkare	Capio
Karin Sunden	MAS Malmö	Södra sjukvårdsregionen
Cecilia Linde	MAS Täby	Region Stockholm-Gotland
Joanna Mellqvist	Strateg	Sydöstra sjukvårdsregionen
Jenny Holmqvist	Patientsäkerhetssamordnare	Sjukvårdsregion Mellansverige
Birgitta Wranne	Verksamhetsutvecklare	Region Stockholm-Gotland
Maud Ankardal	Chefläkare	Södra regionen
Emma Montén	MAS Säter	Sjukvårdsregion Mellansverige
Graciela Carlson	Strateg & ordförande i NAG patientsäkerhetsberättelse	Västra sjukvårdsregionen

Okt-Dec 2025	• Genomgång av nationell handlingsplan- skillnader som påverkar mallen för patientsäkerhetsberättelse (PSB) • Enkät för utvärdering av befintlig mall i regioner och kommuner
Jan 2026	• Sammanställning av enkätsvar (218 st) • Förslag på förvaltning av mallen för PSB • Kartläggning klar skillnader som påverkar mallen för PSB
Feb 2026	• Framtagande av förslag till reviderad mall för PSB
Mar 2026	• Rapportering till Nationell samverkans grupp patientsäkerhet (NSG PS)
Apr-Maj 2026	• Förslag på ny mall skickas ut för synpunktsinhämtning • Genomgång av laghänvisningar
Aug-Sep 2026	• Justeringar efter inkomna synpunkter
Okt 2026	• Ny mall klar

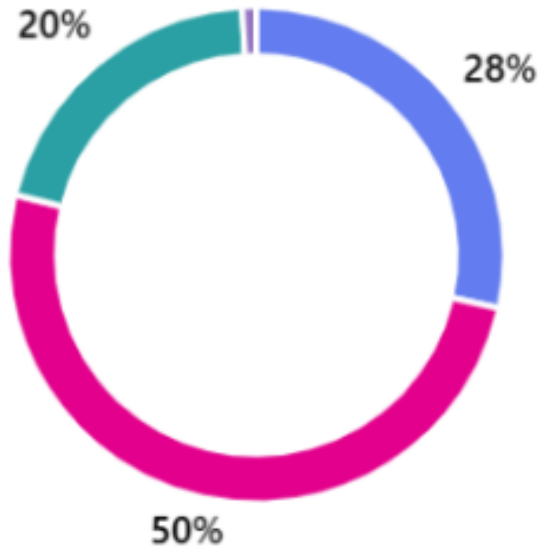
2. I vilken utsträckning har ni använt den nationella mallen för patientsäkerhetsberättelsen?

Helt och hållet	133
I stor utsträckning	78
I liten utsträckning	7
Inte alls	0



4. I vilken utsträckning har mallen bidragit till att underlätta arbetet med patientsäkerhetsberättelsen?

I mycket stor utsträckning	62
I stor utsträckning	110
I liten utsträckning	44
Inte alls	2



Sammanfattning fritextsvar i enkäten

- Nuvarande mallen har utgjort ett bra ramverk men behöver revideras.
- Önskemål om ökad tydlighet, mindre överlappning och starkare koppling mellan olika delar.
- Förslag om digitalisering, användarvänlighet, anpassning till olika vårdgivartyper.



Arbetsgruppens slutsatser

- En gemensam mall (samma lag Patientsäkerhetslag (2010:659) och handlingsplan Agera för säker vård) SOSFS 2011:9.
- Anpassningar kan göras utifrån vad som är relevant utifrån huvudman, eller vårdgivarens storlek.
- Hjälptexter kan tas bort utifrån tycke och smak.
- Hänvisningar har gjorts till respektive avsnitt i handlingsplanen.



Vad är nytt?

- Ny rubrik: **Prioriterade fokusområden** har ersatt rubriken AGERA FÖR SÄKER VÅRD och tillhörande text med PDSA-hjul.
- Numrerat fokusområdena 1-5.
- Ny rubrik: **Patientsäkerhetsindikatorer för uppföljning.**
- Omflyttningar av underrubriker.
- Tillägg av exempel under bilaga - som stöd till rubriken Mål, strategier och utmaningar för kommande år.

Sammanfattning 4

Grundläggande förutsättningar för säker vård 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 5
Samverkan 5
Informationssäkerhet 6
Strålskydd 6
En god säkerhetskultur 6
Adekvat kunskap och kompetens 7
Patienten som medskapare 7

Prioriterade fokusområden 8
Fokusområde 1. Öka kunskap om inträffade vårdskador 8
Avvikelser 9
Klagomål och synpunkter 9
Fokusområde 2. Tillförlitliga och säkra system och processer 9
Fokusområde 3. Säker vård här och nu 10
Fokusområde 4. Stärka analys, lärande och utveckling 10
Fokusområde 5 Öka riskmedvetenhet och beredskap 11

Patientsäkerhetsindikatorer för uppföljning 12

Mål, strategier och utmaningar för kommande år 13

Bilaga 1 Exempel på sammanställning av egenkontroll 14

Bilaga 2 Exempel på tabell för mål och aktiviteter 16

Vad är nytt?

- Genomgående uppdatering av mallen för att stämma med den nationella handlingsplanen 2025–2030.
- Under varje rubrik finns en beskrivning av området och några övergripande frågor eller ”Beskriv…”

Exempel på strukturen:

Rubrikerna följer handlingsplanen

Hänvisning till aktuell lag

Inledande text utifrån handlingsplanen

Patienten som medskapare

3 kap. 4 § samt 6 kap. 6 § (PSL 2010:659)



Uppdaterade symboler

Patientens och närståendes delaktighet är en grundläggande förutsättning för god och säker vård. Att se patienten som medskapare handlar om att involvera och göra patienter och närstående delaktiga i vård och behandling. Det handlar även om att involvera och göra dem delaktiga i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och i vårdens utformning på alla nivåer.

- Hur arbetar verksamheten för att göra patienten och närstående delaktiga i vård och behandling utifrån deras behov, önskemål och förväntningar?
- På vilka sätt kan patienten och närstående involveras i vårdens utformning samt i det systematiska förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet?

Exempel på frågor från underrubrikerna i handlingsplanen

I Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030.pdf finns förslag på konkreta aktiviteter på sid 49.

- Beskriv de aktiviteter som är relevanta för er.

Hänvisning till frågorna i *Hur når huvudmän och vårdgivare dit?*

Bilaga 1
Exempel på sammanställning av egenkontroll

Använd som inspiration!

Exempel 1. Sammanställning i tabellformat

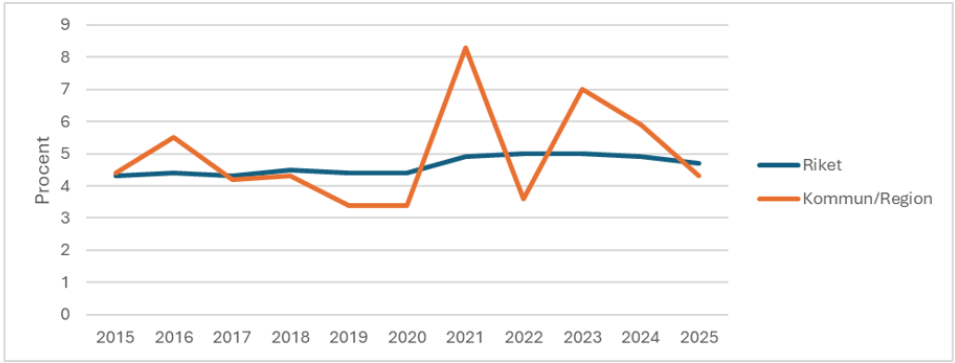
Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Ex trycksår	Före-komsten av trycksår ska minska varje år	2025 hade 4,3% av inneliggande patienter trycksår 2024 5,9% Riket 2025 4,7%	Målet uppfyllt på övergripan de nivå. Viss ökning på enstaka enheter	Enheter med högre förekomst genomfört utbildning och extra mätning	Dialoger har genomförts med de enheter som visat ökad förekomst. Åtgärderna hade effekt och förekomsten minskade	Samtliga vårdenheter PPM våren 2025 (1g/år). Enheter med ökad förekomst extra mätning varannan månad	PPM- trycksår Sveriges Kommuner och Regioner

Exempel 2. Sammanställning med beskrivande text och diagram

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska.

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år och följs dagligen online. På länets sjukhus hade 4,3 procent av patienter i slutenvård trycksår vid vårens nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 4,7 procent.



Analys av resultat: Målet att förekomsten av trycksår ska minska är uppfyllt på övergripande nivå, dock ses ökning av förekomsten på någon enstaka enhet. Ny personal kan vara en anledning, samt avsaknad av avlastande madrasser. Något fler män än kvinnor hade trycksår under året.

Använd som inspiration!

Bilaga 2
Exempel på tabell för mål och aktiviteter

Exempel 1. Utifrån grundläggande förutsättningar OCH fokusområdena

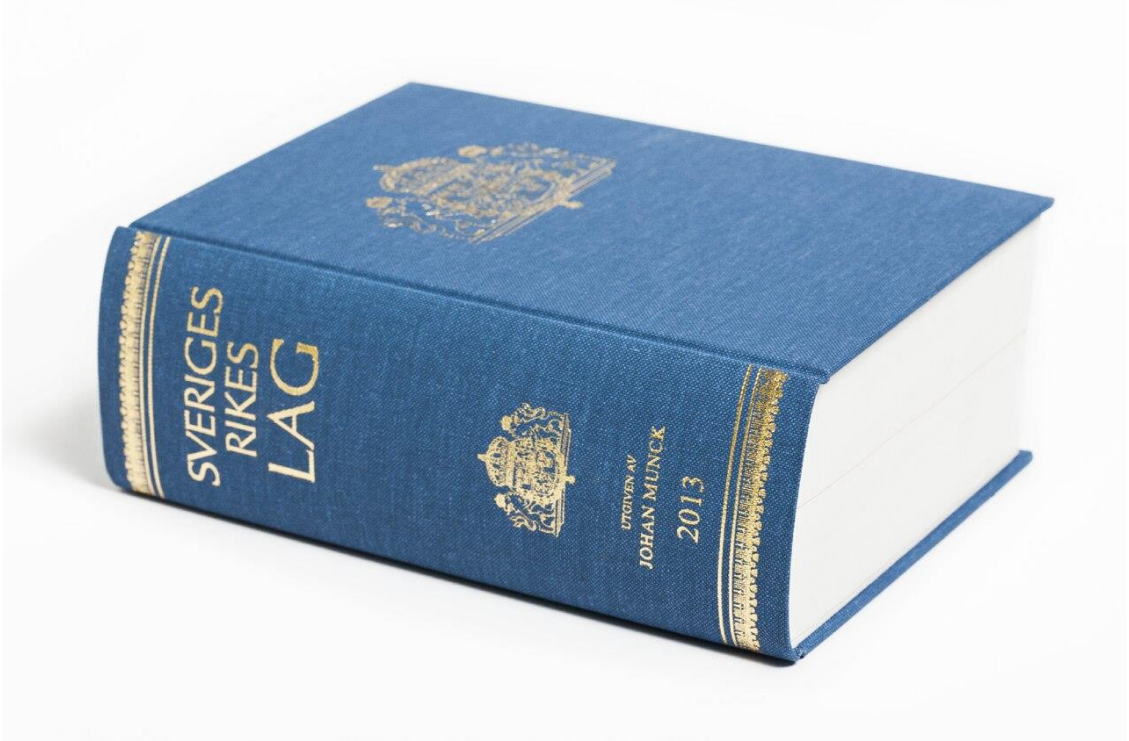
Grundläggande förutsättningar	Aktivitet	Mål	Uppföljning
Engagerad ledning och tydlig styrning	Analyser av vårdskador lyfts fram och får en egen rubrik i delårsrapporter och årsredovisning	Synliggöra patientsäkerhetsarbetet i rapporter	X följer upp och skickar sammanställning inför rapporter
En god säkerhetskultur	Mall för övergripande analys av vårdskador tas fram av kvalitetsavdelning	Stödja enheters arbetet med övergripande analys	X följer upp framtagande av mall kvartal 1
Adekvat kunskap och kompetens	Introduktionsprogram för nya medarbetare utökas med Socialstyrelsens webbutbildning i patientsäkerhet	Alla nya medarbetare genomför webbutbildning	Följs upp av respektive chef vid medarbetarsamtal
Patienten som medskapare	Bjuda in företrädare för patienter och närstående inför planering och riskinventering inför ombyggnationen	Patient och närstående perspektivet finns med under projektet	X följer upp inför start samt under pågående projekt

Exempel 2. Utifrån fokusområdena

Fokusområde	Aktivitet	Mål	Uppföljning
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Översyn i x verksamhet gällande intern hanteringen av inkomna avvikelser	Inkomna avvikelser hanteras utifrån fastställt flöde för hälso- och sjukvårdsavvikelser	X följer upp och genomför egenkontroller via avvikelsesystemet
Tillförlitliga och säkra system och processer	Utveckla årshjul för x verksamhet med egenkontroller som ska genomföras under året	Struktur finns för egenkontroller som ska genomföras under året	X följer upp arbetet i samband med arbetsplatsträffar
Tillförlitliga och säkra system och processer	I samverkan med verksamheterna följa upp kontroller av medicintekniska produkter	Att planerade kontroller av medicintekniska produkter genomförs enligt plan	X följer upp kontroller varje kvartal
Tillförlitliga och säkra system och processer	Bjuda in företrädare för patienter och närstående inför planering och riskinventering inför ombyggnationen	Patient och närstående perspektivet finns med under projektet	X följer upp inför start samt under pågående projekt
Säker vård här och nu	x teamet genomför Socialstyrelsens webbutbildning om patientsäkerhet	Alla i x teamet har genomfört utbildningen under året	X följer upp under medarbetarsamtal
Stärka analys, lärande och utveckling	Utifrån inkomna avvikelser gemensamt i arbetsgruppen analysera avvikelser på en övergripande nivå. Skapa struktur för interna möten kopplat till detta.	Mötesforum finns. Utifrån övergripande analyser justera rutiner och processer för att öka patientsäkerheten	X följer upp arbetet i samband med uppföljning av patientsäkerhetsberättelsen i maj och november
Stärka analys, lärande och utveckling	Mall för övergripande analys av vårdskador tas fram av X	Stödja enheters arbetet med övergripande analys	X följer upp framtagande av mall kvartal 1
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Arbeta med riskanalyser inför start av digital signering. Riskanalys skrivs in i projektplan	Säkra rutiner för digital signering samt signering vid digitalt stopp	X i samverkan med projektansvarig följer upp på projektmöten

Korsreferenslista till lagkrav

- Uppdatering av hänvisningar till lagtexter.
- Dokumentet är ett komplement kring lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse, där lagkraven presenteras i sin ursprungsform.



Förslag till förvaltning

- Nationella arbetsgruppen (NAG) kan ta emot synpunkter fram till 1 mars 2027.
- Kontaktperson: graciela.carlsson@vgregion.se
- Därefter kontaktas Nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet.



Vad händer nu?

- Uppdatering av mallen genomförs i Plan och styr beräknas vara klar och aktiveras i plan och styr 11 november
- Förvaltningarna ska vara färdiga med sina patientsäkerhetsberättelser 8 februari

Var hittar vi mallen?

Patientsäkerhetsberättelse | Kunskapsstyrning vård | SKR

Tack

Hållbart Säkerhets Engagemang, HSE

Stödmaterial

Graciela Carlson

graciela.carlsson@vgregion.se

Carina Falk

carina.falk@vgregion.se



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Syftet med medarbetar-och patientsäkerhets undersökningen

- Medarbetarundersökningen är en del av det **systematiska arbetsmiljöarbetet.**
- Den syftar till att kartlägga medarbetarnas upplevelse av arbetsmiljön och **underlag för dialog om vilka åtgärder och förbättringar** som kan behöva genomföras på arbetsplatsen.
- Det handlar också om att få syn på det som **fungerar bra** för att bevara goda förutsättningar.

- De flesta frågorna är utarbetade utifrån Arbetsmiljöverkets föreskrift om **organisatorisk och social arbetsmiljö.**
- Frågorna om **patientsäkerhet** är en del av Västra Götalandsregionens systematiska förbättringsarbete av patientsäkerheten för ökad patientsäkerhet.



Enkäten fortgår mellan den 14 oktober till den 4 november!

Patientsäkerhet i medarbetarundersökningen
HSE- Hållbart Säkerhets engagemang LÖF



Frågor i HSE

1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser (negativ händelse = händelse som medför något oönskat).
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel
6. Jag vågar prata om mina misstag
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete

Använd vägledning för patientsäkerhet och arbetsmiljö (SKR)

SKR, Patientsäkerhet och arbetsmiljö – en vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö (2020).

Syfte med denna vägledning är en ökad integrering av patientsäkerhet och arbetsmiljö. I vägledningen beskrivs och illustreras de många likheterna i lagstiftningarna samt tips och goda exempel.

Exempel på andra frågor som berör patientsäkerhet i medarbetarundersökningen

- I mitt arbete ställs det ofta krav som går emot varandra
- Jag hinner med mina arbetsuppgifter inom min normala arbetstid
- På min arbetsplats finns tillräckligt med personal både vad gäller antal och kompetens
- Min närmaste chef hjälper mig att prioritera mina arbetsuppgifter vid behov
- Jag vågar uttala mig och ta upp eventuella problem på min arbetsplats
- Mitt arbete känns meningsfullt
- Hur nöjd är du med kvaliteten på det arbetet som utförs (den vård och behandling som ges till patienter)

Vad kan vi göra mer tillsammans

01

STÖD

Inför kamratstöd med psykologisk första hjälp efter en svår händelse.

Löf: Det andra offret

02

UPPTÄCK

Koppla Gröna A till HSE:s 11 frågor och dialog om säkerhetskultur.

Löf: HSE + Säkerhetskulturtrappan 2.0

03

ANALYSERA

Gör gemensamma riskanalyser i Plan & styr/SAM med färdiga mallar.

Löf: Handbok riskanalys + handlingsplan

04

LÄR

Träna chefer – och bygg in patientsäkerhet i introduktionen.

Löf: Ledarskapskurs + fem kortfilmer

Källa: Löf (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag)
Det andra offret
HSE; Säkerhetskulturtrappan 2.0
Risk och riskhantering
Ledarskap för patientsäkerhet; Filmer om patientsäkerhet och medarbetarskap.

Stödmaterial HSE – diskussionsfrågor vid/efter resultatredovisning

Är våra patienter delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete, om ja hur?

Om nej, hur ska vi öka deltagandet?

Vilka förutsättningar behöver vi för att bedriva en patientsäker vård?

Har vi ett klimat där vi känner oss trygga att prata om egna och kollegors misstag?

Om nej, hur kan vi skapa ett sådant klimat?

Hur kommuniceras/ diskuteras patientsäkerhet och Känner jag mig trygg i vårt patientsäkerhetsarbete?

Om nej vilka moment är riskfyllda?

Diskuterar vi avvikelser regelbundet på arbetsplatsen?

Om inte, när ska vi göra det?

Hur agerar vi när vi identifierat avvikelser och risker?

Hur självklart är det för oss att rapportera avvikelse och risker?

Hur kan rapporteringen öka?

När något oönskat händer, hur lär vi oss av det?

Hur lär vi oss av det som fungerar bra?

Logga in på Socialstyrelsens utbildningsportal: Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet

Utbildningen består av sju avsnitt. Förslag på aktuellt avsnitt utifrån HSE-frågor.

1. Patientsäkerhet vad handlar det om: HSE fråga 1,2,8,9
2. Ansvar, styrning och målsättning: HSE fråga 3,5
3. Riskområden och vårdskador: HSE fråga 3,5,9
4. Ledarskap och god säkerhetskultur: HSE fråga 6,7,8, 10,11
5. Systematiskt patientsäkerhetsarbete: HSE fråga 4,5,6
6. Om en patient drabbas: HSE fråga 6
7. Avslutning

Personcentrerat arbetssätt – stöd och informationsmaterial: HSE f
Personcentrerat arbetssätt på Vårdgivarwebben



Övrigt stödmaterial

- Säkerhetskulturtrappan Löf | Säkerhetskultur
- Avvikelser – Lärportalen Avvikelsehantering
- Gröna korset och solrosen för att stärka säkerhetskulturen – dagliga avstämningar/reflektionsstunder
  Gröna korset - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen
- Samtalsmetod ”Förstå mig rätt” för att minska missförstånd mellan patient och personal
  Förstå mig rätt - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen

Diskussionsfrågor

- Hur kan vi på vår förvaltning stödja cheferna att omsätta HSE-resultaten i konkreta förbättringar tillsammans med medarbetarna?
- Hur kan vi tillsammans med HR och arbetsmiljöfunktionerna skapa ett mer sammanhållet stöd till verksamheterna?
- Hur kan vi stödja en kultur där medarbetare vågar lyfta risker och misstag och där verksamheten lär av det som fungerar bra?

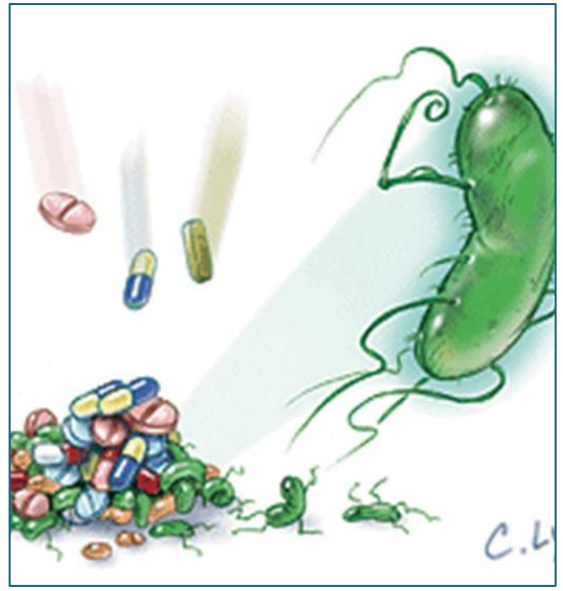
Avslutande gruppuppgift
Avsluta med ett konkret förslag på stöd som ni vill utveckla gemensamt.

Mera om patientsäkerhet

Patientsäkerhet i Västra Götalandsregionen - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen



Senaste nytt från Strama i VGR



Christina (Tinna) Åhren

Sara Andersson

Strama VG
Avd. patientsäkerhet, fördjupad uppföljning och medicinsk revision
Koncernkontoret

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Punkter idag

- Antibiotikasmart region
- Uppdaterade uppdragsbeskrivningar för Strama i VGR
- Ny regional strama-sjuksköterska
- Nässpraykampanj vid förkylningssymtom
- Sjukhusstrama
  - Dialogmöten som årlig revision
  - PBI för DOT-dagar (behandlingsdygn med antibiotika) för sjukhusen
  - Indikatorn andel antibiotikaprofylax i max 24 tim
- Webbinarier

Ansökan om att bli en diplomerad Antibiotikasmart region inskickad!

Antibiotikasmart® Sverige

- Nationellt projekt
- **Antibiotikasmart region**
- Antibiotikasmart sjukhus
- Antibiotikasmart vårdcentral, förskola, skola, SÄBO, kommun mm
- Antibiotikasmart Sverige

Uppdaterade uppdragsbeskrivningar
(förtydligar ansvar i patientsäkerhetsplanen)



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

1 (3)

Uppdragshandling
Datum 2026-06-18
Diarienummer RS 2026-03363

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret

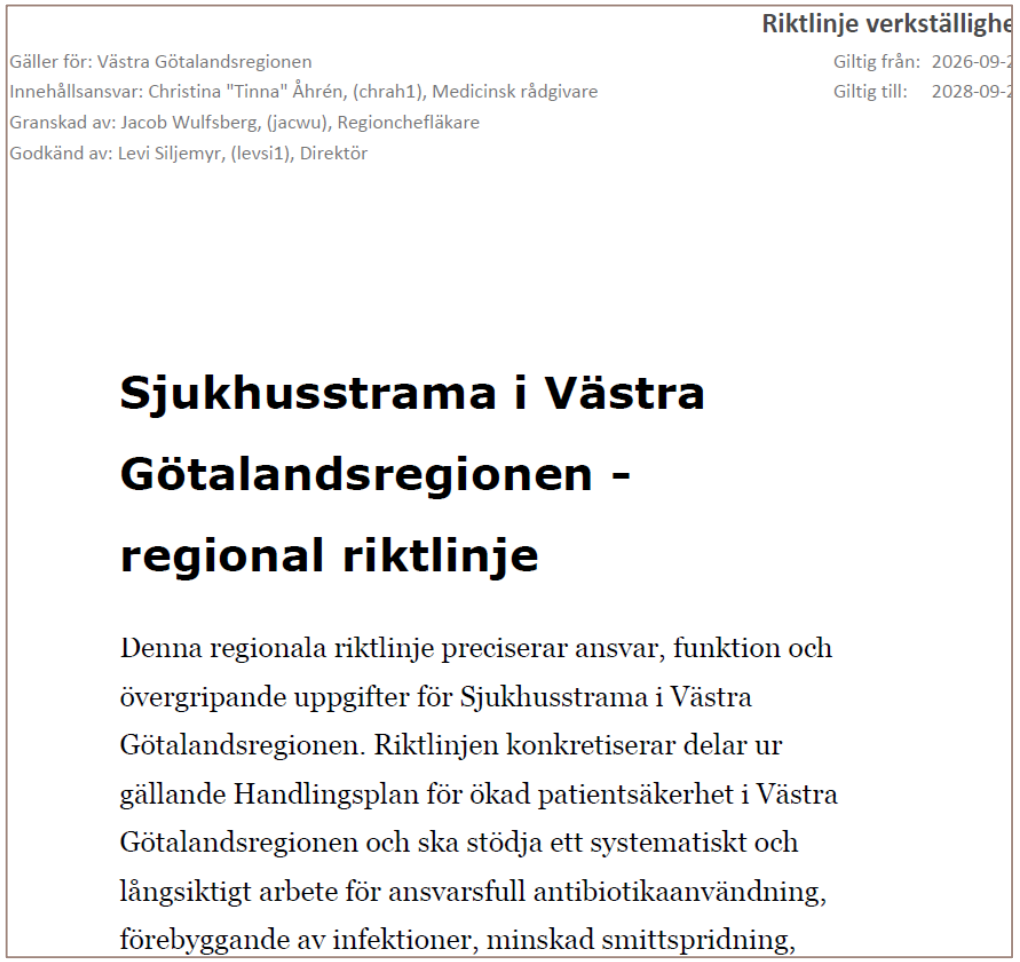
Uppdrag Regionala Strama

Uppdragsgivare: Marie Gustafsson, Avdelningschef patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap, koncernkontoret
Uppdragstagare: Maria Hess-Wargbaner, Regionala Strama i Västra Götaland

Uppdragsbeskrivning

Regionala Strama i Västra Götaland har ett samordnande och strategiskt ansvar för att främja en effektiv och ansvarsfull antibiotikaanvändning och motverka antibiotikaresistensutveckling, förebygga infektioner, minska smittspridning och därmed stärka patientsäkerheten vid regionens utförarförvaltningar. Uppdraget för Regionala

[Uppdragsbeskrivning Regionala Strama och Patientsäkerhetsplan - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen]



Riktlinje verkställighe

Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Christina "Tinna" Åhrén, (chrah1), Medicinsk rådgivare
Granskad av: Jacob Wulfsberg, (jacwu), Regionchefläkare
Godkänd av: Levi Siljemyr, (levsi1), Direktör

Giltig från: 2026-09-
Giltig till: 2028-09-

Sjukhusstrama i Västra Götalandsregionen - regional riktlinje

Denna regionala riktlinje preciserar ansvar, funktion och övergripande uppgifter för Sjukhusstrama i Västra Götalandsregionen. Riktlinjen konkretiserar delar ur gällande Handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Västra Götalandsregionen och ska stödja ett systematiskt och långsiktigt arbete för ansvarsfull antibiotikaanvändning, förebyggande av infektioner, minskad smittspridning,

[Sjukhus-Strama - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen]

Strama Västra Götaland
Samverkan mot antibiotikaresistens

Regional Strama-sjuksköterska i VGR

Sara Andersson distriktssköterska
sara.ma.andersson@vgregion.se
0701-810128

Ur Uppdrag Regionala Strama

- ❑ Samordna och stödja stramaarbetet i regionen.
- ❑ Bidra till regional samverkan i stramaarbetet mellan sjukhus, primärvård och andra vårdgivare
- ❑ Genomföra utbildningar för vårdpersonal samt utveckla och sprida metodik för utbildningsinsatser om antibiotikaresistens och ansvarsfull antibiotikaanvändning.
- ❑ Bidra till genomförandet av nationella och regionala strategier, såsom implementering av Stramas 10-punktsprogram.

Exempel på sjuksköterskans roll i strama-arbetet lokalt



- Basala hygienrutiner



- Förmedla antibiotika-kunskap!
- Biverkan, interaktion, allergi
- Mikrobiotan
- ABU och sår



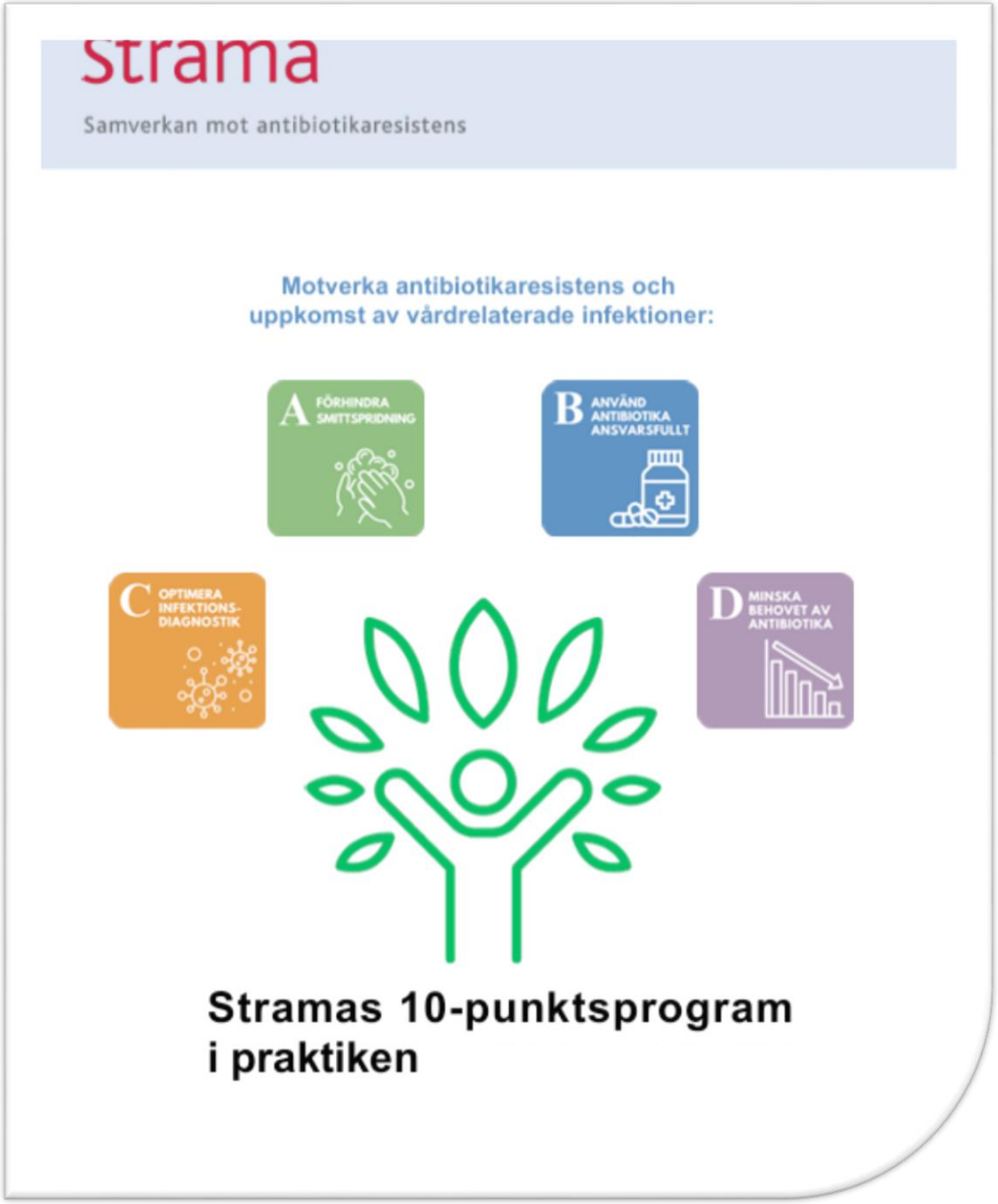
- Kunskap om odlingar
- Strep-A, CRP och u-stickor



- Vaccinera
- Förebygg VRI
- Minimera riskfaktorer såsom KAD
- Optimera sårvård

Exempel på uppgifter framåt

- Uppstartsmöte av regionalt nätverk för stramasköterskor i primärvård: **19 nov.**
- Utbildningar för sjuksköterskor i regional och kommunal primärvård: digitalt, fysiskt, genom material att använda lokalt såsom ssk-quizz
- Utbildningar för undersköterskor??
- Stramas 10-punktsprogram
- Efter identifierade behov!



Nässpray med koksalt – kampanj!

- Baseras på engelsk studie
  - två sprayningar i näsan upp till 6 ggr dagligen snarast vid förkylningssymtom.
  - lindrar besvär och minskar sjukdomsduration samt antibiotikaanvändningen (i England)
- Affischer till alla vårdcentraler
- Informationsfilm på 1177.se + vår webbsida
- Kampanj på sociala medier
  - Youtube >180 000 visningar tom 15/10
  - Media snappade upp kampanjen

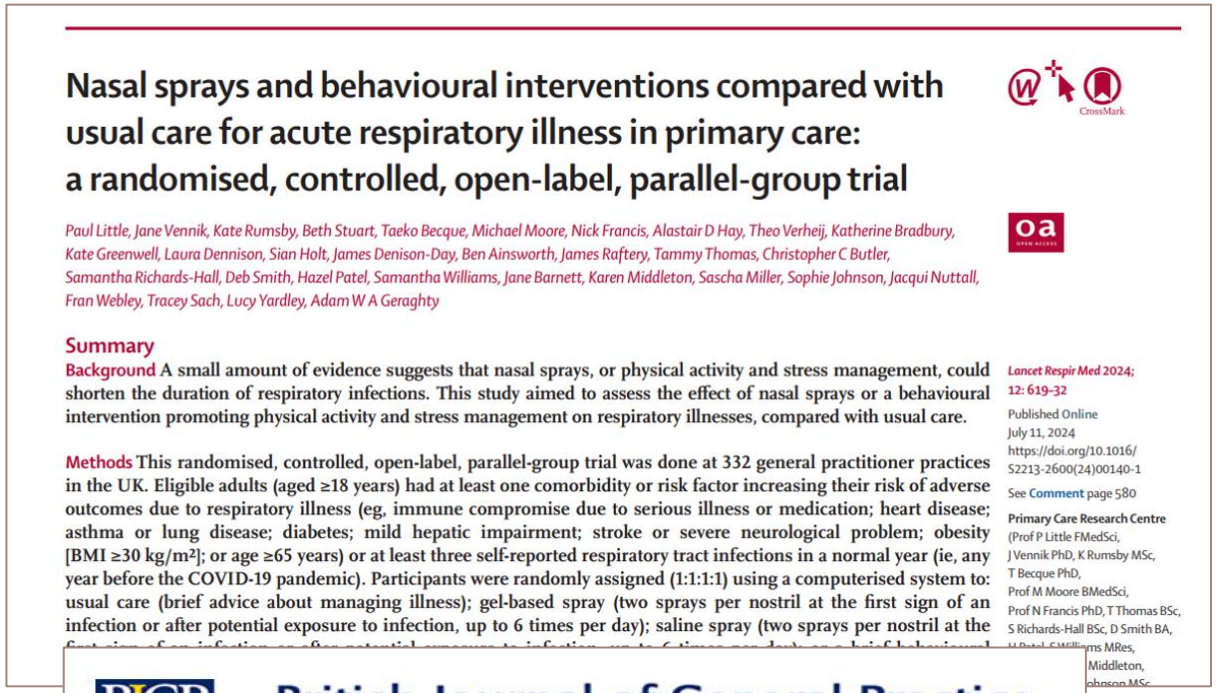
  → mkt aktivitet



Lätt att blanda till själv!

Engelska studien + 1-års uppföljning

(mer info – se inspelat webbinarium vår webb)



Nasal sprays and behavioural interventions compared with usual care for acute respiratory illness in primary care: a randomised, controlled, open-label, parallel-group trial

Paul Little, Jane Vennik, Kate Rumsby, Beth Stuart, Taeko Becque, Michael Moore, Nick Francis, Alastair D Hay, Theo Verheij, Katherine Bradbury, Kate Greenwell, Laura Dennison, Sian Holt, James Denison-Day, Ben Ainsworth, James Raftery, Tammy Thomas, Christopher C Butler, Samantha Richards-Hall, Deb Smith, Hazel Patel, Samantha Williams, Jane Barnett, Karen Middleton, Sascha Miller, Sophie Johnson, Jacqui Nuttall, Fran Webley, Tracey Sach, Lucy Yardley, Adam W A Geraghty

Summary

Background A small amount of evidence suggests that nasal sprays, or physical activity and stress management, could shorten the duration of respiratory infections. This study aimed to assess the effect of nasal sprays or a behavioural intervention promoting physical activity and stress management on respiratory illnesses, compared with usual care.

Methods This randomised, controlled, open-label, parallel-group trial was done at 332 general practitioner practices in the UK. Eligible adults (aged ≥18 years) had at least one comorbidity or risk factor increasing their risk of adverse outcomes due to respiratory illness (eg, immune compromise due to serious illness or medication; heart disease; asthma or lung disease; diabetes; mild hepatic impairment; stroke or severe neurological problem; obesity [BMI ≥30 kg/m²]; or age ≥65 years) or at least three self-reported respiratory tract infections in a normal year (ie, any year before the COVID-19 pandemic). Participants were randomly assigned (1:1:1:1) using a computerised system to: usual care (brief advice about managing illness); gel-based spray (two sprays per nostril at the first sign of an infection or after potential exposure to infection, up to 6 times per day); saline spray (two sprays per nostril at the

Lancet Respir Med 2024; 12: 619–32

Published Online July 11, 2024 https://doi.org/10.1016/S2213-2600(24)00140-1

See Comment page 580

Primary Care Research Centre (Prof P Little FMedSci, J Vennik PhD, K Rumsby MSc, T Becque PhD, Prof M Moore BMedSci, Prof N Francis PhD, T Thomas BSc, S Richards-Hall BSc, D Smith BA, Middleton,



BJGP British Journal of General Practice

bringing research to clinical practice

Nasal sprays and a behavioural intervention for respiratory tract infections in primary care: 12-month follow-up of a randomised open-label trial

Paul Little, Jane Vennik, Kate Rumsby, Beth Stuart, Taeko Becque, Michael Moore, Nick Francis, Alastair D Hay, Theo Verheij, Katherine Bradbury, Kate Greenwell, Laura Dennison, Sian Holt, James Denison-Day, Ben Ainsworth,

Lancet resp medicine, 2024

Nasal sprays and behavioural interventions compared with usual care for acute respiratory illness in primary care: a randomised, controlled, open-label, parallel-group trial - The Lancet Respiratory Medicine

Nasal sprays and a behavioural intervention for respiratory tract infections in primary care: 12-month follow-up of a randomised open-label trial

Politiskt beslut (2025) om åtgärdsplan, fr.a. sjukhusstrama

Protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, 2025-09-24

§ 209

Åtgärder för att nå målvärdena i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet gällande antibiotikaanvändning

Diarienummer SSN 2024-00322

- Framtagande av mer detaljerade riktlinjer för årliga revisioner på verksamhetsnivå, vid alla förvaltningar
- Att antibiotikaronder genomförs på samtliga förvaltningar utifrån fastställda måltal
- Förvaltningarna uppnår de nationella bemanningsmålen för
  - Sjukhusstrama
  - Antibiotikaronder
- Att tid även avsätts för kontaktläkarnas (verktygsläkarna) strama-arbete på verksamhetsnivå
- Ökad kunskap om antibiotikaresistens och behandlingsriktlinjer, inte bara hos läkare utan hos all vårdpersonal

Svensk strategi mot antibiotikaresistens 2026-2035

Innefattar hela samhället (inkl. allmänheten) inom human- och djurhälsa, miljö och livsmedelsproduktion

- Inriktningen överensstämmer med Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet i VGR
- Betydelsen av lokalt stramaarbete betonas

Politisk Motion till regionfullmäktige (2026)

- ”VGR snarast initierar arbetet för att uppnå de målsättningar som nämns i den svenska strategin”



Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens

Dialogmöten på verksamheterna om antibiotikaanvändning (sjukhusen i VGR)

1) Förberedande möte i mindre grupp
   - tar fram och analyserar data över användningen av antibiotika och följsamhet till riktlinjer (DOT-data samt infektionsverktygsdata) – med stöd av Strama
2) Dialogmöte på verksamheten
   I. Quiz
   II. Dialog över data (ovan)
   III. Identifiera förbättringsområde och aktiviteter kommande år
3) Sammanfattning med korta svar i webbenkät
4) Sjukhusstrama återkopplar samt stöttar där det behövs

Nationella rekommendationer för minimibemanning följs inte

Regionala Strama: 3,6 tjänster, rekom. 6,4 tjänster

Sjukhusstrama: rekom. 10%/100 vårdplatser

	sjukhusstrama		antibiotikaronder	
	2026	**rekom.**	**2026**	**rekom.**
SU	50+20 %	140%	15%	140%
SkaS	20%	45%	5%	45%
SÄS	25%	33%	15%	33%
NU	25%	58%	25%	58%
SV	20%	27%	ca 10 %	27%

foreslagna-minimiresurser-till-regionala-stramagrupper.pdf

Status ”nyare” indikatorer i patientsäkerhetsplanen

1. Behandlingsdygn med antibiotika (DOT)



[Antibiotikadagar per vårddygn - Power BI Report Server]

(VGR-anställda)

2. Andel antibiotikaprofylax vid ingrepp/operationer, < 24 tim

- Samverka med samverkansråd kirurgi/gynekologi/urologi/ortopedi
- Ges mycket profylax på indikationer som saknas riktlinjer för

Avslutningsvis – reklam!

Lunchwebbinarier 12.30-13.00

- Inbjuden specialist i ämnet + frågor
  - Gemensamma för primärvård och sjukhusvård
  - Nu senast oralt cortison vid luftvägsinfektioner
- Ingen anmälan, länk/knapp samt kort info på vår webbsida
- Spelas in o publiceras på vår webbsida

Nytt på forskningsfronten

- Nyhetsbrev med omvärldsbevakning från Strama VG
  - anmäl intresse: strama.vgr@vgregion.se
- Sprid gärna info, publiceras på vår webbsida

Tracheostomi och andningsvård i VGR

Länsgemensam riktlinje för trakeostomipatienter med eller utan andningsstöd

2026-10-23



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Bakgrund

- Särskilda svårighet vid utskrivning från slutenvården medför att barn vistas onödigt länge inom slutenvården. Önskemål om en länsgemensam arbetsgrupp för barn med trakeostomi lyftes till VVG våren 2025.
- Målgruppen barn och vuxna som behandlas med trakeostomi med eller utan andningsstöd tas ofta som exempel när problem vid vårdövergångar uppstår.
- Områden där oklarheter uppstår rör ofta frågan om medicinskt ansvar, fast vårdkontakt, kompetens samt hjälpmedel och materialförsörjning.

Ansvar och vårdorganisation

Vad behöver varje patient ha för att stärka patiensäkerheten?

- utsedd medicinskt ansvarig läkare
- fast vårdkontakt (specialistvård, regional primärvård)
- dokumenterad ansvarsfördelning avseende trakealkanyl, andningsstöd, förbrukningsmaterial, uppföljning och akuta insatser
- dokumenterad ansvarsfördelningen mellan specialistvård, regional primärvård, kommunal hälso- och sjukvård samt övriga aktörer.
- Tydlig beskrivning av patientens vårdplan

Målsättning

- Syfte
  Säkerställa en jämlik, patientsäker och sammanhållen vård för barn och vuxna med trakealkanyl, med eller utan invasivt andningsstöd, oavsett vårdnivå eller geografisk hemvist inom Västra Götaland.

- Vård och omhändertagande av patienter med trakeostomi ska utgå från Vårdhandboken samt en gemensam regional riktlinje/rutin. Lokala och delregionala rutiner ska harmoniseras med länsövergripande överenskommelser

Västra Götalands riktlinje för trakeostomivård

- **Gäller målgrupperna:** Barn och vuxna som behandlas med trakealkanyl, med eller utan invasivt andningsstöd, i hela Västra Götaland.

- **Gemensam grund:** Utgå från Vårdhandboken och en regional riktlinje. Lokala rutiner ska harmoniseras och fungera som verksamhetsspecifika tillägg.

- **Tydligt ansvar:** Varje patient ska ha utsedd huvudansvarig specialistfunktion och fast vårdkontakt. Ansvar för kanyl, andningsstöd, material och uppföljning dokumenteras i vårdplanen.

- **Säker vårdövergång:** SIP/vårdplan, ordinerat material, akutrutin, kontaktvägar och bekräftad mottagarkompetens ska vara klara före utskrivning till hem eller kommun.

- **Regional kompetensmodell:** Gemensam utbildning med teori, praktisk träning och simulation. Lågvolymenheter ska ha strukturerat stöd från regionala kunskapsbärare.

- **Sammanhållen uppföljning:** Transition barn–vuxen planeras tidigt. Avvikelser och ledtider följs upp regionalt för gemensamt förbättringsarbete.

Nuläge

- **Hjälpmedel och materialförskrivning** - fortsatt dialog internt och externt angående hjälpmedel och materialförsörjning.
- **Utbildning och kompetens** – förslag på utbildningsstege som ska tas i dialog med kommunerna.
- **Egenvårdsintyg** – skapar otydlighet på kommunsidan på grund av olika bedömningskriterier.
- **Planerad dialog** om övertag av medicinskt ansvar vid vårdövergång mellan universitetssjukhus och länssjukhus.

Förslag på utbildningssteg

1. Gemensam grund
Regionen erbjuder basutbildning om trakeostomi, med eller utan andningsstöd. Utbildningen kan kompletteras med praktisk träning vid KTC eller simulatorcentrum. Digitalt stöd finns via utbildningsfilmer på Trakeotomi och Trakeostomi - Vårdhandboken.

↓

2. Förberedelse i mottagande verksamhet
Kommunen ansvarar för att berörd personal genomför grundutbildningen och är förberedd inför den patientspecifika utbildningen.

↓

3. Patientspecifik utbildning
Specialistvården utbildar mottagande vårdteam, cirka 6–8 personer, utifrån patientens behov inför utskrivning eller vid väsentligt förändrat vårdbehov.

↓

4. Säkrad kompetens över tid
Genomförd utbildning dokumenteras. Mottagande verksamhet ansvarar för att säkerställa, upprätthålla och föra kompetensen vidare inom den egna organisationen.

Gemensamt mål: En enhetlig utbildningsgrund och baskompetens i hela Västra Götaland för en fortsatt patientsäker vård.

Frågor

Kontaktuppgifter deltagare i arbetsgruppen.

Maria Söderberg <maria.katarina.soderberg@vgregion.se>; Malin Camper <malin.camper@vgregion.se>; Margareta Bjärnhall <margareta.bjarnhall@vgregion.se>; Åsa Lundgren Nilsson <asa.c.nilsson@vgregion.se>; Linnéa Augustsson <linnea.m.augustsson@vgregion.se>; Marie Hvit <marie.hvit@vgregion.se>; Tina Lekebo <tina.lekebo@vgregion.se>; Carina Karlsson-Brännehed <carina.e.karlsson@vgregion.se>; Roland Olofsson-Dolk <roland.olofsson-dolk@vgregion.se>; Maria Taranger <maria.taranger@vgregion.se>; Magnus Söderbergh <magnus.soderbergh@vgregion.se>; Philipp Meijering <philipp.meijering@vgregion.se>; Anna Eriksson <anna.el.eriksson@vgregion.se>; Charlotte Widell <charlotte.widell@vgregion.se>; Jacob Wulfsberg <jacob.wulfsberg@vgregion.se>; Malin Johansson <malin.he.johansson@vgregion.se>; Anneli Janson <anneli.janson@vgregion.se>; Linda Wahlström Andersson <linda.wahlstrom.andersson@vgregion.se>; Jonna Sandh <jonna.sandh@vgregion.se>; Carina Colliander Söder <carina.colliander_soder@vgregion.se>; Elinor Strandberg <elinor.strandberg@vgregion.se>; Matilda Rundberg <matilda.rundberg@vgregion.se>; Vivianne Dackestål <vivianne.dackestal@vgregion.se>; Lina Caesar Nilsson <lina.ln.nilsson@vgregion.se>; Matilda Floberg <matilda.floberg@vgregion.se>anette.forsberg@vgregion.se

Anette Forsberg

Anette.Forsberg@vgregion.se

Mob nr: 0702910441

Tack

anette.forsberg@vgregion.se

Mob nr: 0702910441

Samarbete händelseanalyser

Regiongemensam händelseanalysprocess



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Measure





- Intervjuer
- Erfarenheter från förvaltningarna
- Släktskapsdiagram
- Levande bibliotek
- Krav på processen, lagkrav







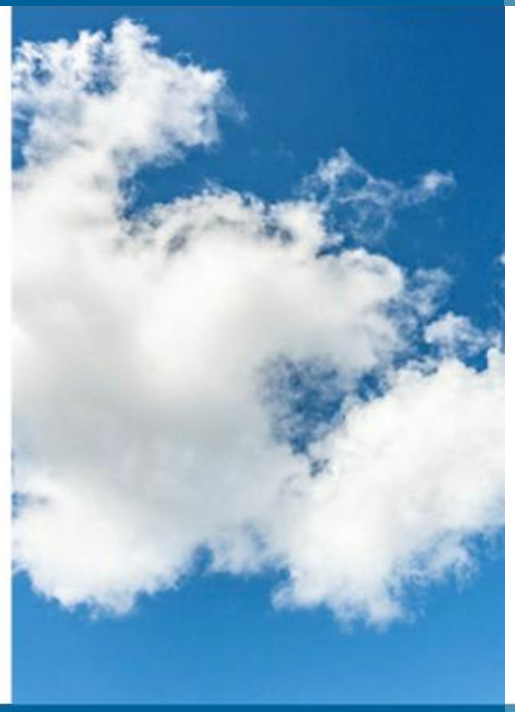
Analyze



- Släktskapsdiagram
  - Lärande mellan förvaltningar
  - Stöd i gemensamma händelseanalyser
- Intervjuer
  - Vem ska ansvara för gemensamma analyser?
  - Hur genomförs återföring gemensamma analyser?
  - Vem ansvarar för lex Mariaanmälan?
- Roller
  – Patient/invånare – Analysledare – Chefläkare – Verksamhetschef – Enhet patientsäkerhet

Control

- Första test och utveckling
  - Nätverk patientsäkerhet och omvårdnad
  - Analysledare
  - Chefläkare



Design

- Erfarenheter från förvaltningarna och andra regioner
- Tydliga roller och förväntningar
- Ansvar inför möten
- Uppstart, avstämning, avslut



Kort sammanfattning

- Gemensamma händelseanalyser behövs när flera verksamheter/förvaltningar är berörda
- Tydliga roller och ansvar krävs genom hela analysen
- Analysen ska leda till samordnade åtgärder, regionalt lärande och minskad risk för nya vårdskador

Huvudbudskap

Gemensamma händelseanalyser skapar en helhetsbild över verksamhetsgränserna och stärker det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Varför igen

- Nytt hälso- och sjukvårdsavtal från 1 januari 2027 och Länsgemensam riktlinje patientsäkerhet från 1 juli 2027
- Andra regioner försöker arbeta med samanalyser mellan vårdgivare, riktlinje på remiss
- Pågår en diskussion med Inera gällande att utreda om en funktion i Nitha för samanalyser bör utvecklas.



En metod, flera arbetssätt

Utredning vid allvarlig vårdskada

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella förändringar.

Bakgrund och syfte

Allvarlig vårdskada definieras som en undvikbar skada som föranlett död, bestående men eller kraftigt ökade vårdinsatser. Allvarlig vårdskada kan antingen utredas inom verksamheten eller i den förvaltningsgemensamma händelseanalysgruppen.

Händelseanalys i patientsäkerhetsarbetet

Syfte

Syftet med rutinen är att tydliggöra och säkerställa arbetsgången i att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig

Händelseanalyser

Syfte

Syftet med rutinen är att tydliggöra och säkerställa arbetsgången för ett gemensamt och effektivt händelseanalysarbete inom Sjukhusen i väster (SV). Händelseanalyser bidrar förutom till utredning av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till ett lärande för att förbättra patientsäkerheten. Händelseanalysens primära syfte är att identifiera orsaker på systemnivå och föreslå förbättringsåtgärder.

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivare skyldiga att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Händelseanalys

På SÄS strävar vi efter att ge säker och högkvalitativ vård. Genom att analysera risker och negativa händelser lär vi oss av misstag och vidtar åtgärder för att förhindra att de upprepas

Förebyggande arbete och nollvision

Vårt mål är att alla medarbetare ska ha rätt förutsättningar att göra rätt från början. Vi har en nollvision – ingen patient eller medarbetare ska skadas i onödan. Trots det kan misstag och negativa händelser ske, vilket kan leda till avvikelser eller klagomål.

Händelseanalys - handläggn

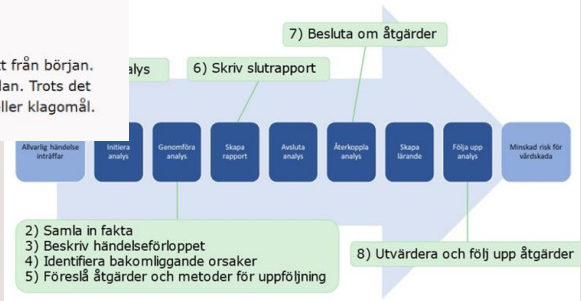
Förändringar sedan föregående version

Uppdatering av käll- och litteraturförteckning, mall, checklista, uppdragsgivare samt administrativ handläggning.

Patientsäkerhet 2026-09-
Kvalitetsstrategiska avdelningen

Arbetsgång i händelseanalysprocessen

Händelseanalys är en metod för utredning av allvarliga händelser i hälso- och sjukvård. Händelseanalyser syftar till att på ett strukturerat sätt identifiera och analysera vad som har hänt samt att föreslå effektiva åtgärder för att förhindra att händelsen upprepas.
Metoden händelseanalys används ofta som underlag för bedömning om en händelse är en allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller inte.



En metod, flera arbetssätt

Gemensam utgångspunkt

Metoden för händelseanalys ger en gemensam grund för analysarbetet.

Skillnader i praktiken

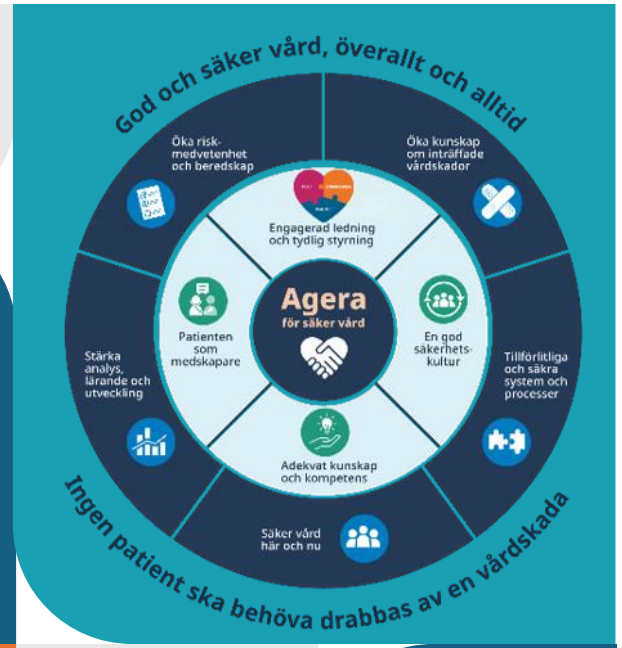
Vem tar initiativ och fattar beslut?
Vilka roller och kompetenser deltar?
Hur organiseras möten och samverkan?
Hur följs åtgärder och lärdomar upp?

Vad behöver vi komma överens om när vi gör en gemensam analys?

Gemensam händelseanalysprocess

Skaraborgs sjukhus
Sahlgrenska Universitetssjukhuset Regionhälsan

2026-10-23



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Inledning/bakgrund

Patient med ofrivillig barnlöshet. Genomgått IVF-utredning samt behandlingar drygt 10 år tidigare utan resultat. Reaktiverad igen efter några år, med embryotransfer, även denna utan graviditet.
Nu aktuell vid reproduktionsmedicinsk mottagning inom universitetsklinik då ett embryo fanns kvar i frysen.
Patienten har en komplex sjukhistoria inkluderande långvarig funktionell mag–tarmsjukdom med viktnedgång och smärtproblematik, vilket medfört TPN-behandling samt mer än 10 års smärtbehandling med morfin, både stående och vid behov. Upprepade försök till nedtrappning och utsättning har gjorts. Patienten följs via medicinklinik på hemortssjukhus, har hemsjukvård och har haft multipla vårdtillfällen p.g.a. sina gastrointestinala besvär.

Händelsens utfall

Barnet överflyttas till neonatalvårdsavdelning på grund av morfinabstinens. Vårdades på Neo i 39 dagar och fick behandling med Morfin och Klonidin. En relativ snabb sänkning av morfin vid 17-23 dagars ålder resulterade i extra doser Klonidin. Barnet besvärades av myoklona ryckningar varför observation med aEEG övervakning under 24 h samt ultraljud hjärna gjordes, utan anmärkning. Morfinet sattes ut vid 32 dagars ålder och Klonidin kunde efter nedtrappning sättas ut vid 38 dagars ålder.

Händelseanalysen omfattar en tidsperiod på cirka 3 år och 9 månader.

Sammanfattning och bedömning

Den aktuella patienten hade en **komplex medicinsk och social situation med långvarig opioidbehandling**. Efter IVF-behandling **följdes graviditeten inom flera vårdnivåer**.

Genom analysen har framkommit att **vårdförloppet präglades av återkommande brister i samordning, helhetsbedömning och informationsöverföring mellan involverade verksamheter**.

Flera **felhändelser** identifierades, däribland utebliven eller **otillräcklig samverkan mellan specialiteter, bristande uppföljning av remisser, otydlig ansvarsfördelning samt otillräcklig dokumentation och bedömning av patientens opioidbehandling och dess konsekvenser under graviditet.**

Sammanfattning och bedömning forts.

Händelsen bedöms ha varit undvikbar, då tidig samlad medicinsk bedömning, tydlig ansvarsfördelning och strukturerad samverkan sannolikt hade kunnat förebygga eller väsentligt begränsa utfallet.

Händelsen innebar en **risk för allvarlig vårdskada, då brister i samordning, helhetsbedömning och uppföljning av en patient med komplex sjukdomsbild och opioidbehandling medförde att risker för fostret inte tillräckligt identifierades och hanterades**. **Detta resulterade i neonatal morfinabstinens med behov av långvarig neonatalvård**, vilket utgör ett väsentligt ökat vårdbehov och därmed en allvarlig vårdskada.

Sammanfattning och bedömning forts.

De bakomliggande orsakerna bedöms huvudsakligen vara systemrelaterade och omfattar otydliga eller saknade rutiner, bristande följsamhet till gällande rutiner, otillräckliga strukturer för samordnad vård av patienter med komplexa behov samt brister i kommunikation och informationsöverföring inom och mellan vårdnivåer. Vidare identifierades brister i användning av etablerade arbetssätt såsom samordnad individuell plan (SIV/SIP) och multidisciplinär handläggning.

Föreslagna åtgärder innefattar att stärka samordningen i vårdkedjan genom tydligare rutiner för samverkan och remisshantering, säkerställa att strukturerade arbetssätt såsom SIV/SIP och multidisciplinära bedömningar används vid komplexa patientfall, samt förbättra dokumentation, kommunikation och ansvarsfördelning. Vidare föreslås utbildningsinsatser och organisatoriska åtgärder för att öka förutsättningarna för en säker och sammanhållen vård.

Vad fungerade väl i arbetet

- Den gemensamma analysen genererade insikter som sannolikt inte hade framkommit om verksamheterna hade analyserat händelsen var för sig.
- Det blev ett gott samarbete.
- Genom ett helhetsperspektiv beaktades hela vårdprocessen och samspelet mellan berörda verksamheter.
- Kommentar från chefläkare SU och SkaS: Processen med händelseanalysarbetet och beslut om Lex Maria var mycket smidig tack vare att Per Gyllén tog ansvar för hela processen och kontakter togs då behov fanns.
- Kommentar chefläkare SkaS: Utifrån de möten jag medverkade vid tycker jag att det är tydligt att det är berikande att skärskåda ett händelseförlopp utifrån olika perspektiv och över förvaltningsgränser.

Utmaningar som vi har stött på

- Inledningen av händelseanalysarbetet präglades av bristande struktur.
- Samsynen avseende analysteamens uppdrag och ansvar var otillräcklig.
- Nitha saknar stöd för att flera användare ska kunna arbeta i samma graf samtidigt.
- Hantering av dokument av betydelse för utredningen.
- Svårigheter om det saknas en lokal uppdragsgivare/beslutsfattare.
- Om uppdraget kommer en annan väg än vanligtvis kan leda till problem.

Vilket stöd eller vilka förutsättningar som hade kunnat underlätta processen

- Inleda arbetet med ett gemensamt uppstartsmöte i syfte att etablera en samsyn kring uppdrag, roller och ansvar. Mall för ett sådant uppstartsmöte behöver finnas framtagen.
- En checklista över perspektiv att beakta.
- En extern part för rådgivning och dialog.
- Tidigt samla in de dokument som behövs för händelseanalysen och säkerställ att de finns tillgängliga, exempelvis journaler, styrdokument och manualer.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

2026-10-28

Gruppdiskussion

Vad behöver vi komma överens om när vi gör en gemensam analys?

När är en gemensam händelseanalys relevant?

Hur kan ansvar och mandat tydliggöras när flera verksamheter deltar?

Hur kan vi få med rätt kompetenser och perspektiv i analysen?

Hur kan vi skapa ett tryggt samtal där alla kan bidra öppet?

Vad behöver vi komma överens om när vi gör en gemensam analys?

När är en gemensam händelseanalys relevant?
Hur kan berörda verksamheter/förvaltningar och regionalt stöd tillsammans bedöma behovet, ta initiativ och skapa goda förutsättningar för analysen?

Hur kan ansvar och mandat tydliggöras när flera verksamheter deltar?
Hur kan deltagande verksamheter/förvaltningar och regionalt stöd bidra till en tydlig ansvarsfördelning, välgrundade beslut och hantering av olika bedömningar?

Hur kan vi få med rätt kompetenser och perspektiv i analysen?
Hur kan berörda verksamheter/förvaltningar och regionalt stöd gemensamt identifiera, involvera och vid behov komplettera relevanta kompetenser under arbetets gång?

Hur kan vi skapa ett tryggt samtal där alla kan bidra öppet?
Hur kan deltagarna, med stöd av lämpliga metoder och samtalsformer, hantera skilda uppfattningar och utforska bakomliggande orsaker utan att skuldbelägga medarbetare, verksamheter eller förvaltningar?

Gruppdiskussion

Sammanfatta gruppdiskussionern i Forms

Gruppdiskussion, gemensamma händelseanalyser – Fyll i formulär



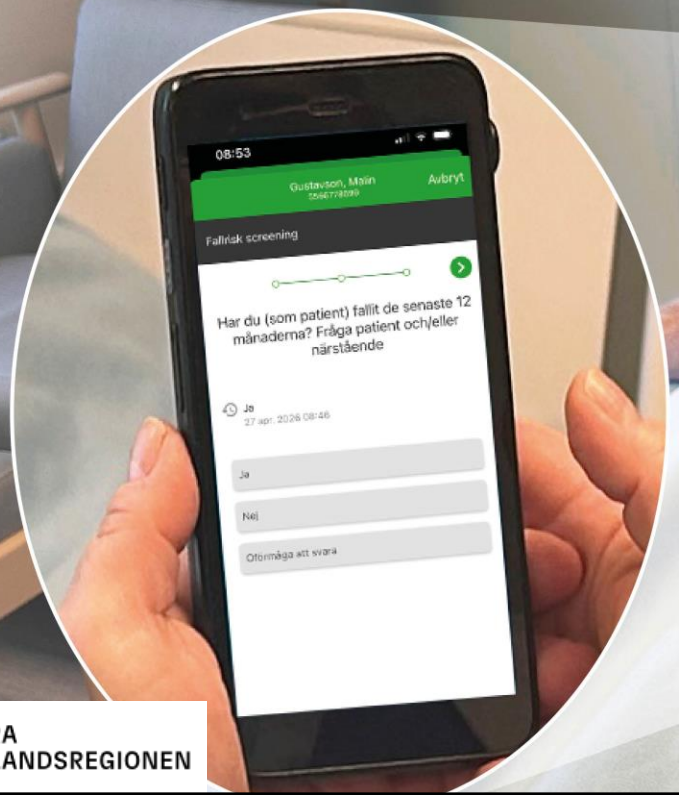
Funktionsgrupp chefläkare och Nätverk patientsäkerhet och omvårdnad

Riskbedömningar i mätvärdesappen
Lägesuppdatering

Rolf Jungnelius 2026-10-22

Riskbedömningar i Mätvärdesappen

2026-10-23



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Varför gör vi detta?

- Vårdskador utgör ett omfattande **patientsäkerhetsproblem** och behöver mötas genom ett gemensamt **förebyggande arbete.**
- För att nå nollvisionen om vårdskador behöver det **förebyggande arbetet förstärkas.**
- Riskbedömningar och åtgärdsplaner hanteras i dag på **skilda sätt**, vilket försvårar ett sammanhållet förbättringsarbete när resultaten inte kan jämföras.
- Mätvärdesappen används redan för digital registrering och möjliggör **ett standardiserat och digitalt arbetssätt**.
- TUFUM och kliniska formulär stärker **likvärdighet, tydlighet och stöd** i det förebyggande arbetet.

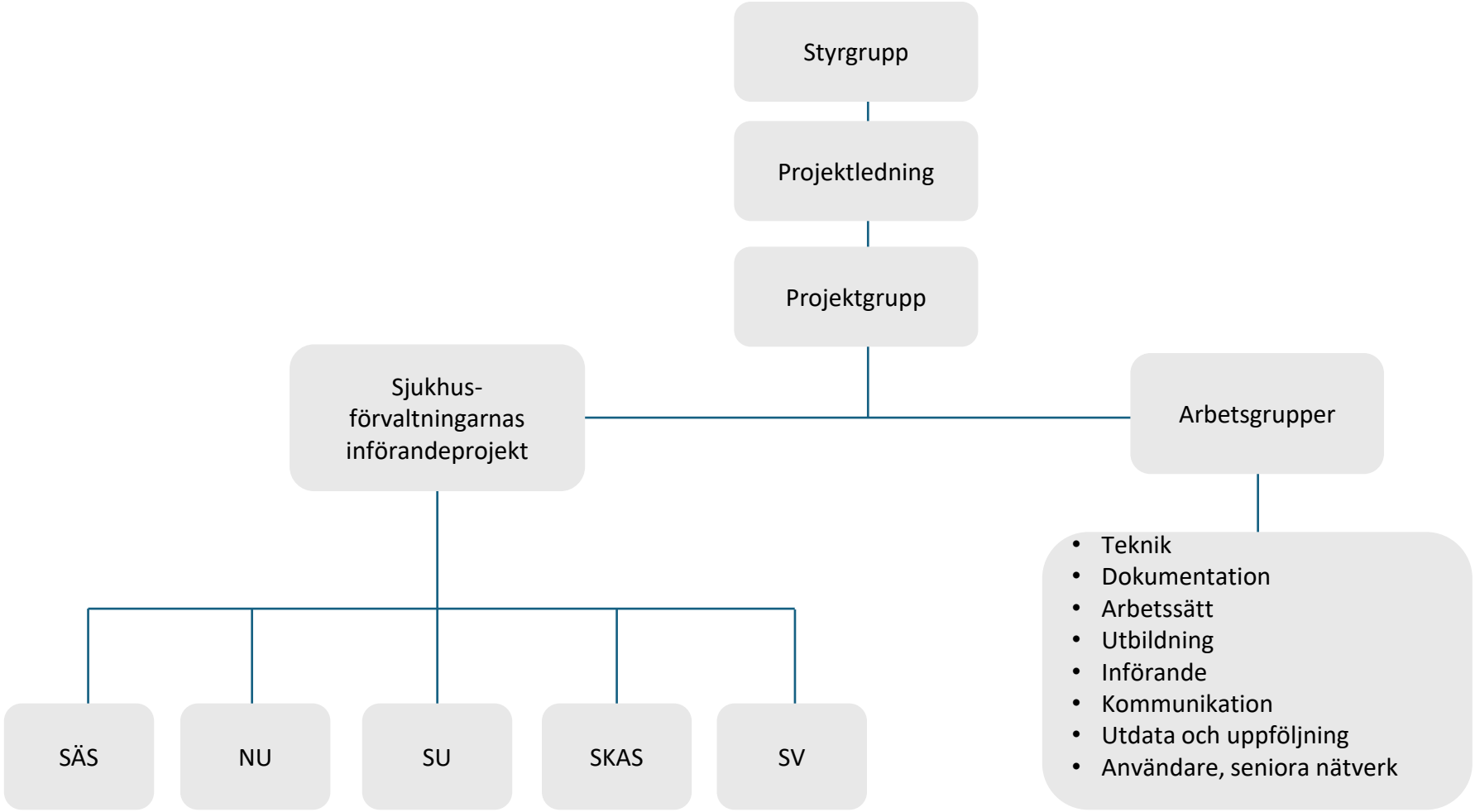


MÅLET? Öka patientsäkerheten Minska vårdskadorna
Minska administrationen
Mer tid för patientnära arbete

Vad gör vi i projektet ”Riskbedömningar i Mätvärdesappen”?

- Skapar en regiongemensam standard för arbetet med riskbedömningar och åtgärder i VGR.
- Inför riskbedömningar i Mätvärdesappen med en direkt överföring till Melior.
- Gör det möjligt att få strukturerade och enhetliga riskbedömningar nära ditt praktiska arbete.
- Ökar kvaliteten, spårbarheten och effektiviteten genom standardiserad dokumentation.

Regional projektorganisation



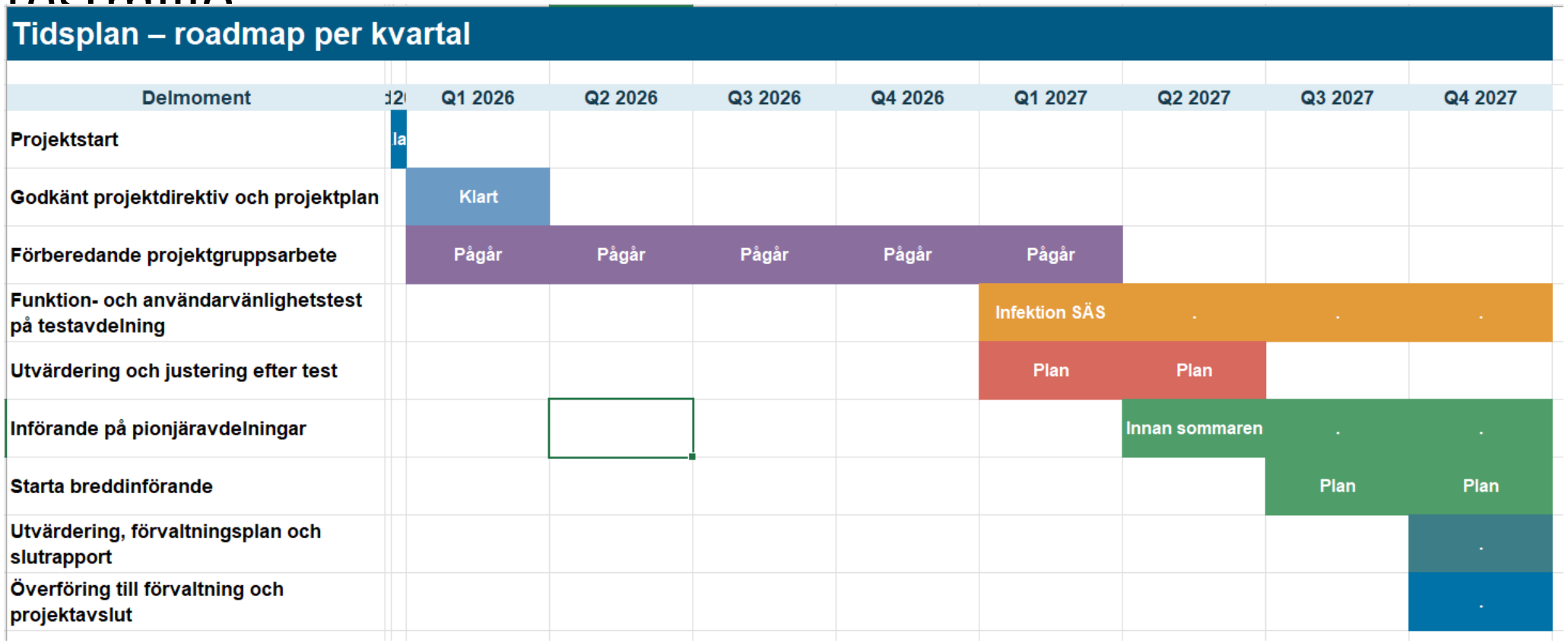
Vad ingår i det regionala projektet?

- **Standardisera** arbetssättet i VGR för bedömningsskalor och åtgärder samt ta fram regionala Melior-mallar för TUFUM.
- **Utveckla** Mätvärdesappens funktioner och integration till Melior.
- **Ta fram utbildningsmaterial** för regionala bedömningsskalor, åtgärder och funktionen ”Kliniska formulär”.
- **Genomföra en test/pilot** för att prova och utvärdera lösningen i begränsad omfattning.

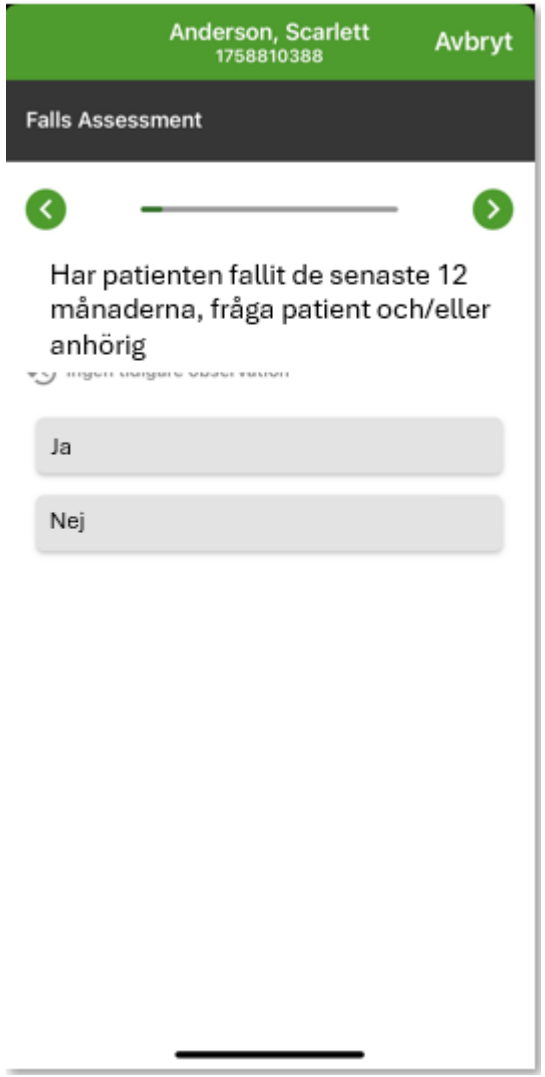
Härefter ska två avdelningar per sjukhusförvaltning bli pionjärer och använda lösningen.

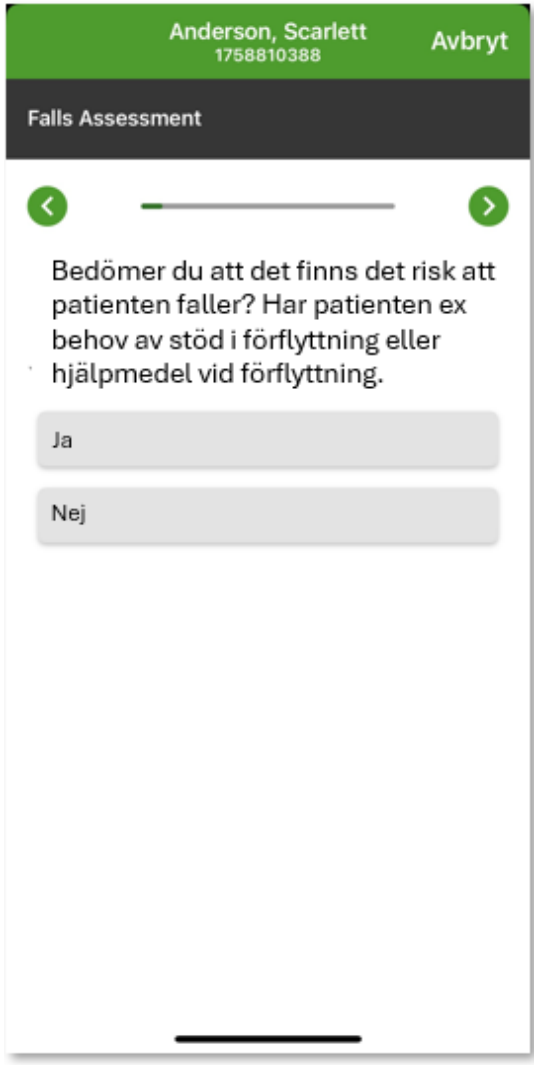
Tidsplan, ca 6 mån försening

pga avtal med Oracle och behov av uppgradering av testmiljö



Fall och till Melior

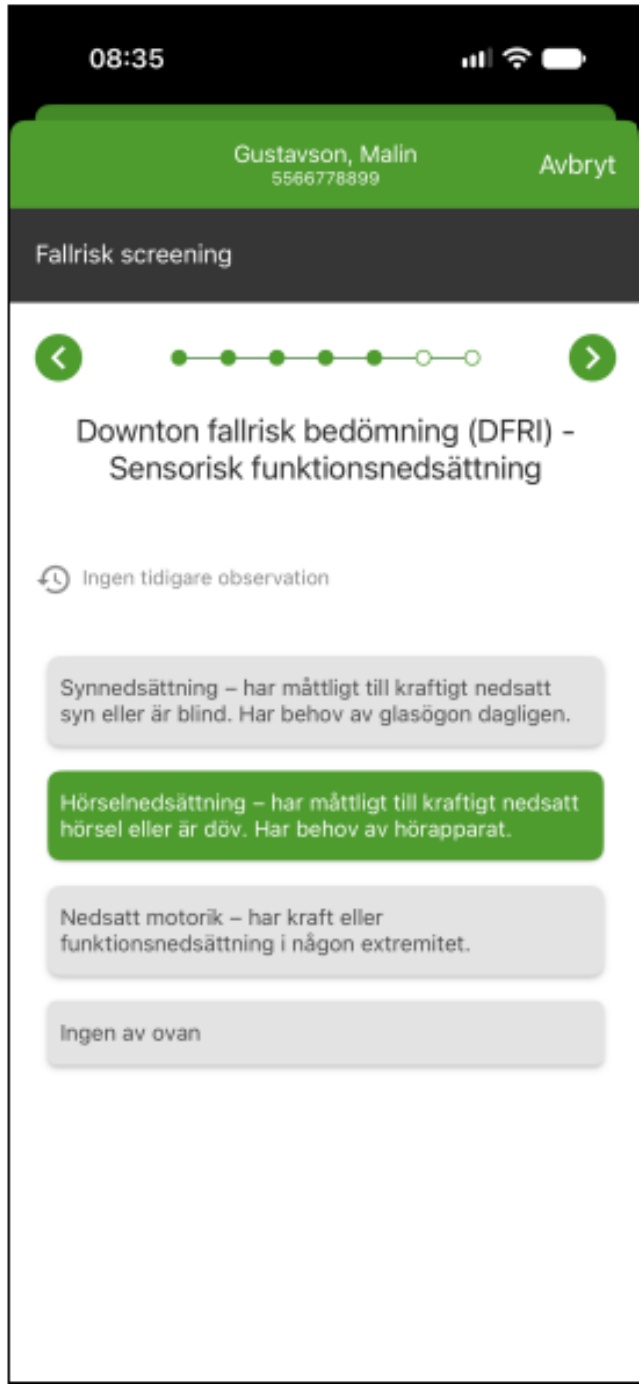




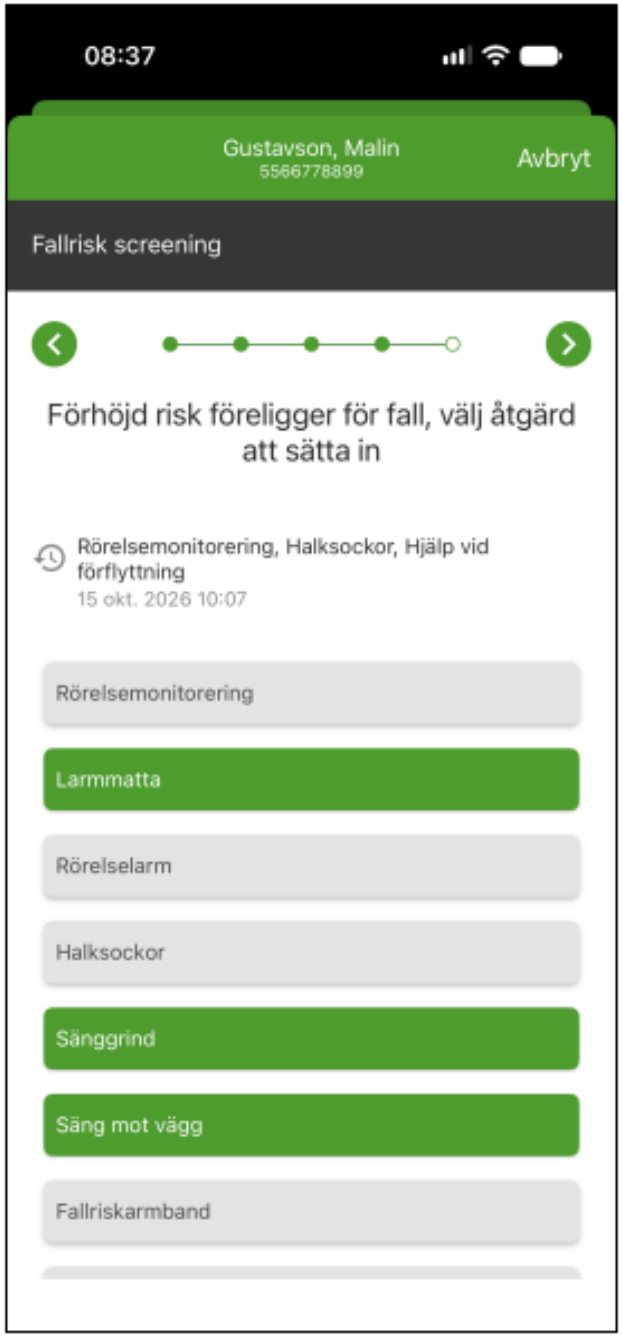
2026-10-20 14:49	**RISK FÖR FALL**	**E51 Ortopedisk vård (E51)**	
	2026-10-20 14:49 / ssk1	ssk Sjuksköterska	Ssk
	INITIAL FALLRISKBEDÖMNING		
	Patient fallit senaste 12 mån	Nej	
	Risk för fall om ej åtgärd	Nej	
	Fallriskbedömning visar	Ingen förhöjd fallrisk (båda frågor besvarade med nej)	
	Fallriskutredning	Nej	

Förhöjd risk och utvidgad bedömning, Dowton DFRI






08:36
Gustavson, Malin
5566778899
Avbryt
Fallrisk screening
Downton fallrisk bedömning (DFRI) - Övriga
Ingen tidigare observation
Kognitiv funktionsnedsättning - Ej orienterad till namn, plats och tid.
Gångförmåga - Patienten går osäkert med eller utan hjälpmedel
Tidigare kända fall - Har fallit det senaste året
Ingen av ovan


08:37
Gustavson, Malin
5566778899
Avbryt
Fallrisk screening
Förhöjd risk föreligger för fall, välj åtgärd att sätta in
Rörelsemonitorering, Halksockor, Hjälp vid förflyttning
15 okt. 2026 10:07
Rörelsemonitorering
Larmmatta
Rörelselarm
Halksockor
Sänggrind
Säng mot vägg
Fallriskarmband

Om risk för fall och utvidgad bedömning

2026-08-27 09:53 **RISK FÖR FALL E51 Ortopedisk vård (e51)**
2026-08-27 09:53 / ssk1 ssk Sjuksköterska Ssk (sign ssk1)

Pat fallit senaste 12 mån	Ja
Risk för fall om ej åtgärd	Nej
Åtgärd vid förhöjd fallrisk	Utvidgad bedömning
DOWNTON FALL RISK INDEX (DFRI)	
Tidigare kända fallolyckor	1 poäng = Ja
RISKOMRÅDE	
Medicinering	1 poäng = Lugnande/sömnmedel/ 1 poäng = Antihypertensiva 1 poäng = Antidepressiva
Sensorisk funktionsnedsättning	1 poäng = Hörselnedsättning
Kognitiv funktionsnedsättning	1 poäng = Inte orienterad
Gångförmåga	1 poäng = Osäker
Poäng riskfaktorer DFRI	7 >2 p = risk för fall Poäng riskfaktorer DFRI=7
Initial åtgärd	Larmmatta Sänggrind Säng mot vägg

Medicinteknik är patientsäkerhet

Joacim Stalfors, docent

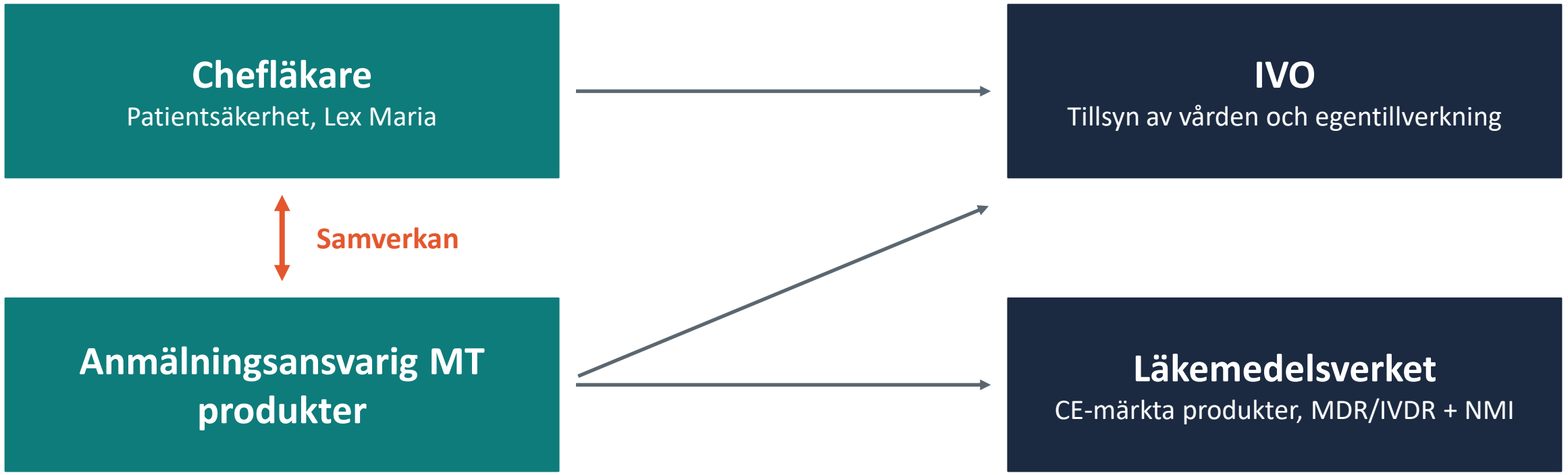
Chefläkare digitalisering och hälsodata

23 oktober 2026



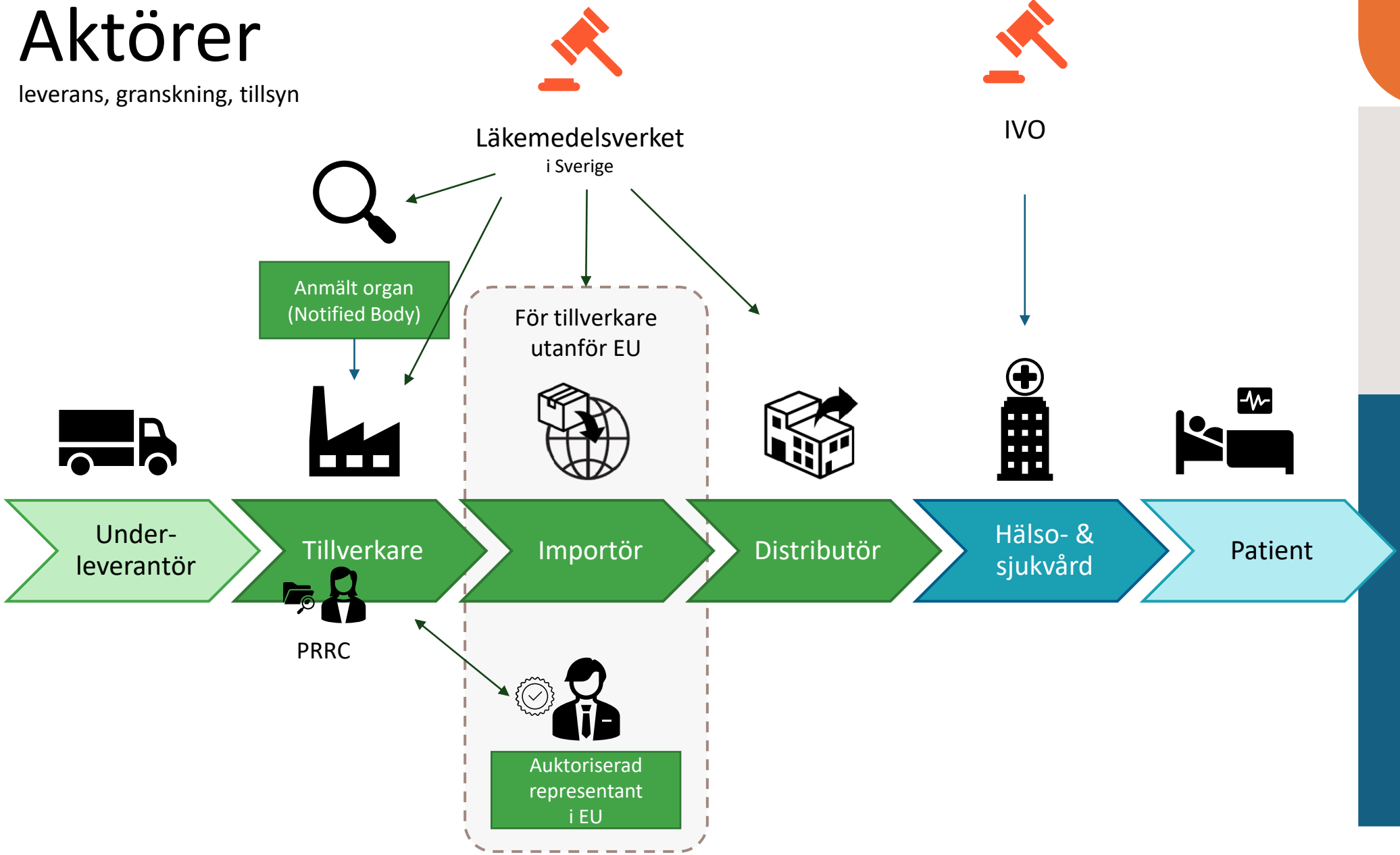
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

KSD - Patientsäkerhet och medicinteknik tillsammans



Aktörer

leverans, granskning, tillsyn



MDR och IVDR – EU-krav på medicintekniska produkter

Förordningarna ställer krav på tillverkaren. Vården ansvarar för säker användning och rapportering av negativa händelser och tillbud.

MDR

Medicintekniska produkter

Förordning (EU) 2017/745 · tillämpas sedan 2021

Omfattar

Produkter med medicinskt syfte: instrument, implantat, utrustning och programvara, t.ex. beslutsstöd.

Krav

Riskklassning, klinisk utvärdering och CE-märkning. Spårbarhet via UDI.

Patientsäkerhet

Allvarliga tillbud rapporteras till tillverkaren och Läkemedelsverket. “Avsedd användning”.

IVDR

Produkter för in vitro-diagnostik

Förordning (EU) 2017/746 · tillämpas sedan 2022

Omfattar

Produkter som undersöker prov från kroppen: reagenser, analysinstrument, snabbtester och programvara som tolkar labbresultat.

Krav

Riskklasser A–D. De flesta produkter granskas av ett anmält organ före CE-märkning.

Patientsäkerhet

Felaktiga provsvar leder till felaktig diagnos och behandling.

Referenser: Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR). Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/746 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (IVDR). Lag (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

NMI och egentillverkning

Båda gäller system och produkter utan CE-märkning. Vid egentillverkning är vården själv tillverkare och bär tillverkaransvaret.

NMI

Nationella medicinska informationssystem

Svensk reglering · HSLF-FS 2022:42

Omfattar

Hantering av patientrelaterad vårdinformation på nationell, regional eller kommunal nivå. Gemensam användning av vårdinformation.

Krav

Ingen CE-märkning. Tillverkaren uppfyller motsvarande krav på säkerhet teknisk dokumentation, riskhantering och registering hos Läkemedelsverket.

Exempel

NPÖ, E-recept, NLL, screening tjänster på INCA plattformen etc

EGEN

Egentillverkade produkter

MDR och IVDR artikel 5.5 · HSLF-FS 2021:32

Omfattar

Medicintekniska produkter som vården tillverkar och använder i egen verksamhet, t.ex. en kalkyl som beräknar en kvot från labbvärden.

Krav

Kvalitetsledningssystem, teknisk dokumentation och offentlig förklaring. Motivering att ingen CE-märkt produkt täcker behovet. Används bara i egen organisation.

Patientsäkerhet

Programvara som beräknar, flaggar eller prioriterar kräver en dokumenterad kvalificeringsbedömning.

Referenser: Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2022:42) om nationella medicinska informationssystem. Förordning (EU) 2017/745 (MDR) art. 5.5 och förordning (EU) 2017/746 (IVDR) art. 5.5. Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:32) om kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter. MDCG 2019-11 Guidance on qualification and classification of software in MDR and IVDR.

AI i vården –ansvar hos tillverkare och användare

MDR-EU

AI med medicinskt syfte är en medicinteknisk produkt. Krav på riskhantering, klinisk utvärdering och CE-märkning.

Läkemedelsverket

Vägledning för AI i vården: systematiskt, riskbaserat och dokumenterat arbetssätt. Validitet och reliabilitet.

AI-förordningen EU

Kompletterar MDR med krav på data, transparens och mänsklig tillsyn för AI med hög risk, från 2 augusti 2028.

Tillverkaren

Produkten möter förväntningarna i avsedd användning

- Definierar avsett ändamål och patientgrupp
- Validerar modellen på representativa data
- Övervakar prestanda efter marknad
- Rapporterar allvarliga tillbud

Vårdgivaren som användare

Monitorerar AI:ns funktion i den egna verksamheten

- Använder produkten enligt avsett ändamål
- Säkerställer mänsklig tillsyn i vårdbeslut
- Följer upp kvalitet och försämring över tid
- Rapporterar avvikelser och tillbud

Referenser: Förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR). Förordning (EU) 2024/1689 om artificiell intelligens (AI-förordningen), ändrad genom förordning (EU) 2026/1744. Läkemedelsverkets vägledning för användning av AI i hälso- och sjukvården (uppdaterad 2026). Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Chefläkare KSD



Lex Maria

Ansvara för lex Maria-bedömningar och anmälningar till IVO. Följer upp åtgärder.



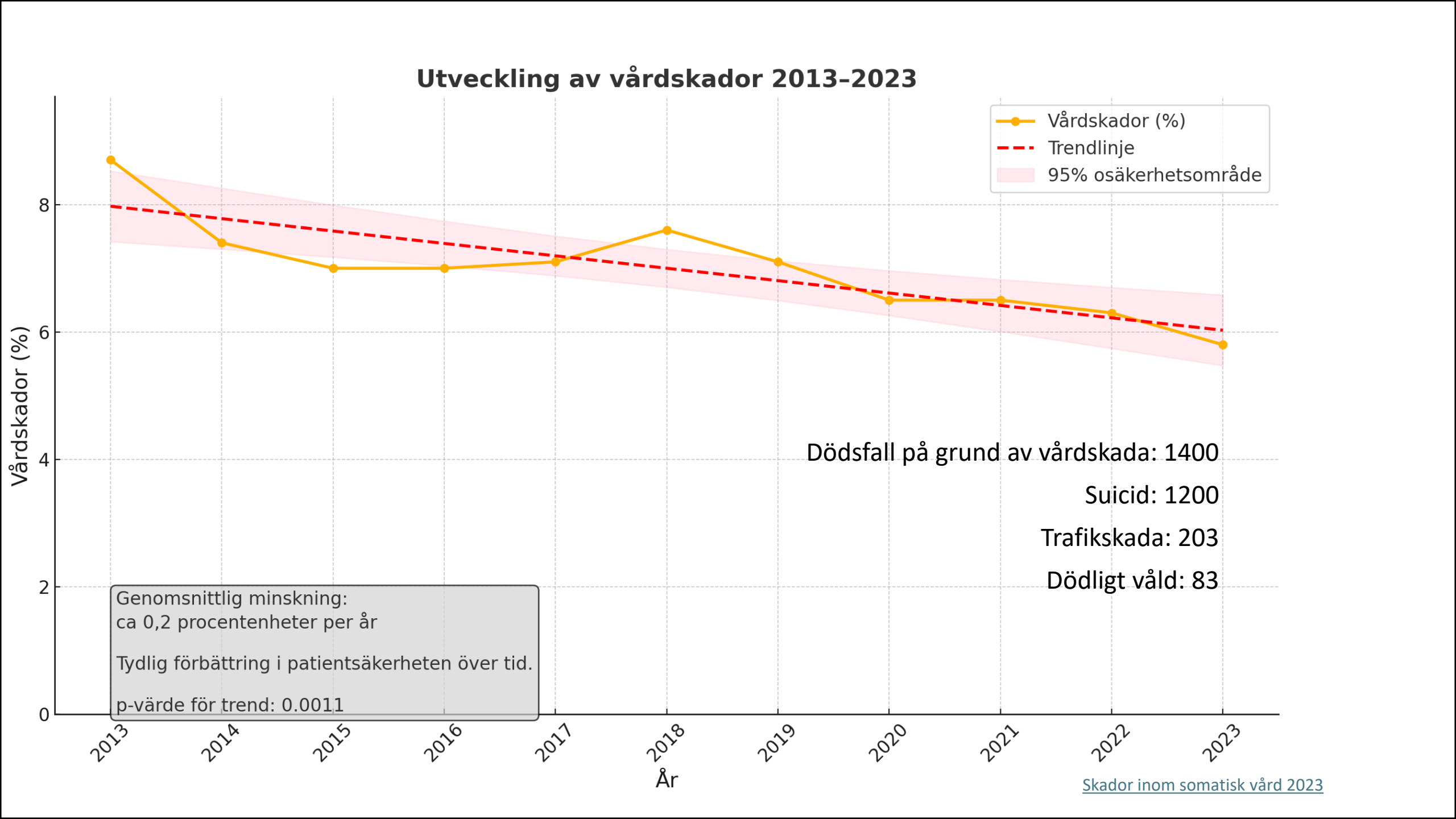
Riskhantering

Delta i riskhantering när digitala system/medicinteknik införs eller förändras.



Klinik och teknik

Vara länken mellan klinik och teknik.

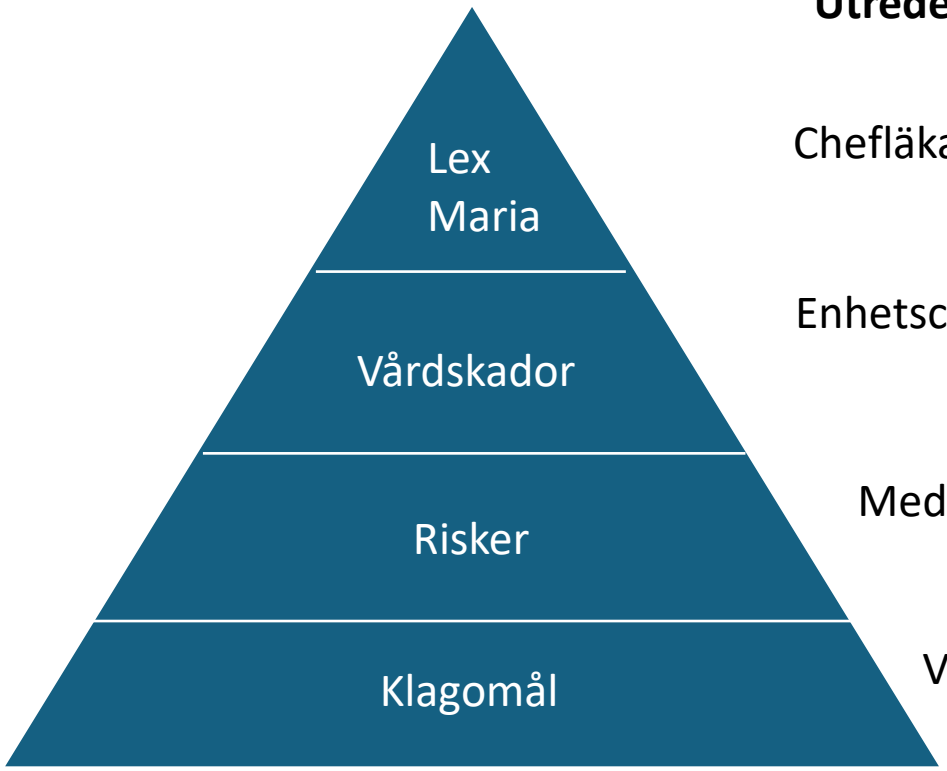

Utveckling av vårdskador 2013–2023
Vårdskador (%)
Trendlinje
95% osäkerhetsområde
Vårdskador (%)
0
2
4
6
8
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
År
Dödsfall på grund av vårdskada: 1400
Suicid: 1200
Trafikskada: 203
Dödligt våld: 83
Genomsnittlig minskning:
ca 0,2 procentenheter per år
Tydlig förbättring i patientsäkerheten över tid.
p-värde för trend: 0.0011
Skador inom somatisk vård 2023

PATIENTSÄKERHET – FEM STEG I MOGNADSGRAD



Inspirerad av Diane Parkers säkerhetskulturtrappa i Manchester Patient Safety Framework

Avvikelsehantering VGR



	SJUKVÅRDEN	
	Utreder	**Rapporterings-system**
Chefläkare		MedControlPro
Enhetschef		MedControl Pro
Medarbetare		MCP, Gröna korset
Verksamhetschef		Patientnämnd, enskilda klagomål

MEDICINTEKNIK

Plexus

Medusa

MedControlPro

Kundtjänst
Felanmälan

Exempel idag



Ambulans	Akuten	Röntgen	Operation	IVA	Postop-avdelning	Vårdavdelning
Defibrillator Transport-ventilator	EKG-apparat Patientmonitor	Datortomograf Ultraljudsapparat	Anestesiapparat Diatermiapparat	Respirator Infusionspump	Patientmonitor Smärtpump	Blodtrycks-mätare Infusionspump

I Sverige mäts inte medicinteknik i MJG

Vårdtillfällen med vårdskada: cirka 6%

Skadetyper i Markörbaserad journalgranskning

- Vårdrelaterad infektion
- Kirurgisk skada
- Läkemedelsrelaterad skada
- Trycksår
- Fallskada
- Blåsöverfyllnad
- Svikt i vitala funktioner
- Neurologisk skada
- Andra typer av skador

Medicinteknik saknas som egen skadetyp i de nationella mätningar som genomförts.

Lite över 6000 ärenden/år till Läkemedelsverket om medicinteknik.

SKR. Skador i somatisk vård 2013–2023. SKR.

Involverad utrustning

Händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank

Hela Kunskapsbanken

- **1004 (27 %)** av händelseanalyser var utrustning involverad

I VGR

- **369 (27 %)** av händelseanalyser var utrustning involverad

Tack Lisa för att du tog fram uppgifterna!

Medicinteknik i felhändelser och patientskada

FEL VID OPERATION

23,5 %

av registrerade fel gällde utrustning eller teknik.

Weerakkody m.fl., 2013

Systematisk översikt
28 studier

RAPPORTERADE HÄNDELSER

8,4 %

av rapporterade IVA-händelser berörde utrustning.
En del medförde patientskada.

Thomas & Galvin, 2008

1 021 av 12 084
rapporterade händelser

Anmälda till Läkemedelsverket 2024–2026 - VGR

År	Anmält fel	Typ	Möjlig patientsäkerhetsrisk
2026	EKG förändras vid flytt mellan databaser	**Programvara**	EKG visar inte verkligheten
2026	Fel dos av blodförtunnande i brev till patient (Journalia)	**Programvara**	Blödning eller blodpropp vid fel dosering
2026	Felaktig uträkning av vätskebalans i CHA	**Programvara**	Över- eller undervätskning, fel behandlingsbeslut
2025	Alla bilder skickas inte för extern granskning (radiologi)	**Programvara**	Missad eller fördröjd diagnos
2025	Venprovtagningsset läcker blod	**Förbrukning**	Blodsmitta hos personal eller patient
2025	Trevägskran kan släppa in luft (återkallelse)	**Förbrukning**	Luftemboli
2025	Skalpellens säkerhetsmekanism lossnade under kejsarsnitt	**Förbrukning**	Skärskada hos patient, barn eller personal
2024	Risk att vätefluorid bildas i sevofluranförgasare	**Utrustning**	Exponering för frätande gas, skada på luftvägar
2024	Fel i CADD-infusionspumpar ger för låg dos	**Utrustning**	Otillräcklig smärtlindring eller behandling
2024	SpO2-sensorer visar felaktiga värden	**Utrustning**	Missad syrebrist eller felaktig behandling

Medicinteknikdagarna

Införande och uppkoppling

An/IVA-system i VGR · PDMS-införande på SÖS · Journalsystem och CE-märkning

Larm och vardagsanvändning

Rätt larm till rätt person
MT på opavdelningen

Egentillverkning

Medicinsk gasanläggning · Fallprevention som egentillverkad MTP

Regelverk och AI

AI-förordningen · Läkemedelsverket

Säkerhetsarbete och avvikelser

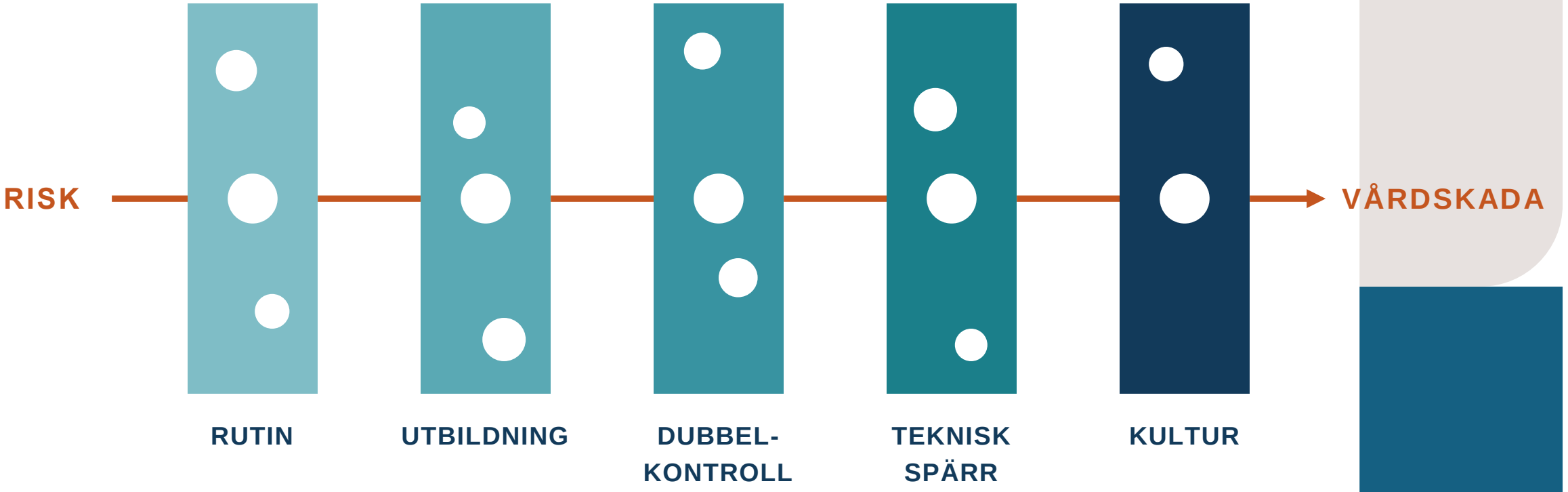
Automatiserad flaggning av avvikelser (Region Skåne) · Chatbot för regelverk

Vård i hemmet

Barn med trakeostomi i hemmet · Egenmonitorering · MT-apparatur i hemmet

Abstraktböcker Medicinteknikdagarna 2023 och 2025.

Riskreducering med barriärer, Schweizerostmodellen av James Reason



Vårdskada uppstår när olycklig konstellation av omständigheter råkar sammanfalla.

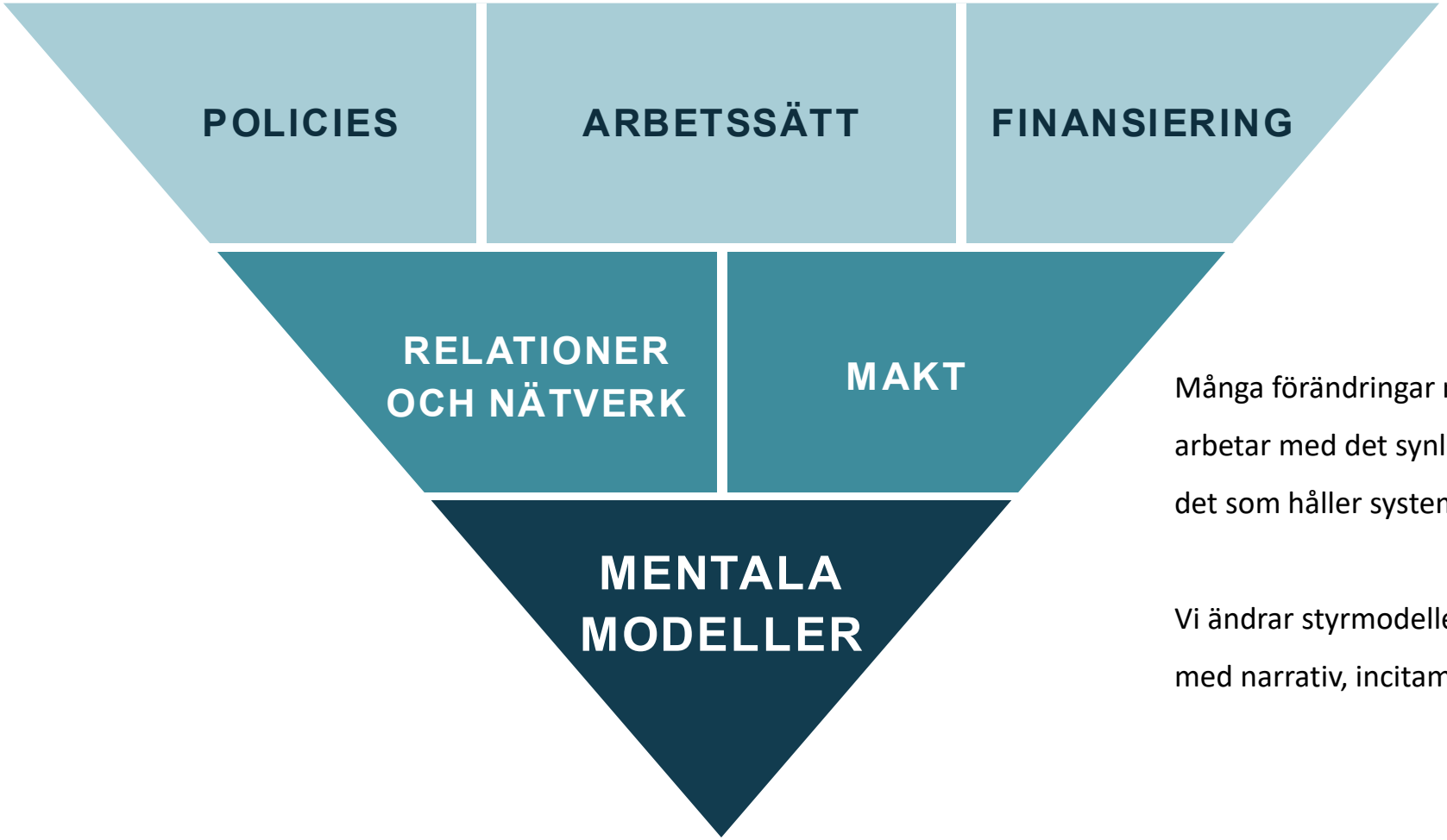
Avvikelser lär oss hur “arbetet görs” och vilka risker vi förbisett.

Strukturer räcker inte för förändring

SYNLIGT
lätt att ändra

DELVIS SYNLIGT
svårare att ändra

OSYNLIGT
störst påverkan



Många förändringar misslyckas när vi arbetar med det synliga men inte det som håller systemet på plats.

Vi ändrar styrmodeller men arbetar mindre med narrativ, incitament eller tillit.

The Water of Systems Change - FSG

Exempel, hur blev felet möjligt?

Exempel: en infusionspump får fel inställning

Fokus på skuld	Fokus på förutsättningar
Vem ställde in pumpen?	Vad gjorde felinställningen möjlig?
Varför följde inte personen rutinen?	Hur fungerar gränssnitt och rutin i arbetssituationen?
Vi påminner om att vara noggrann	Vilka skydd saknades eller fungerade inte?

Kan nästa kollega göra samma fel under samma förutsättningar?

Vad orsakar ett handhavandefel?

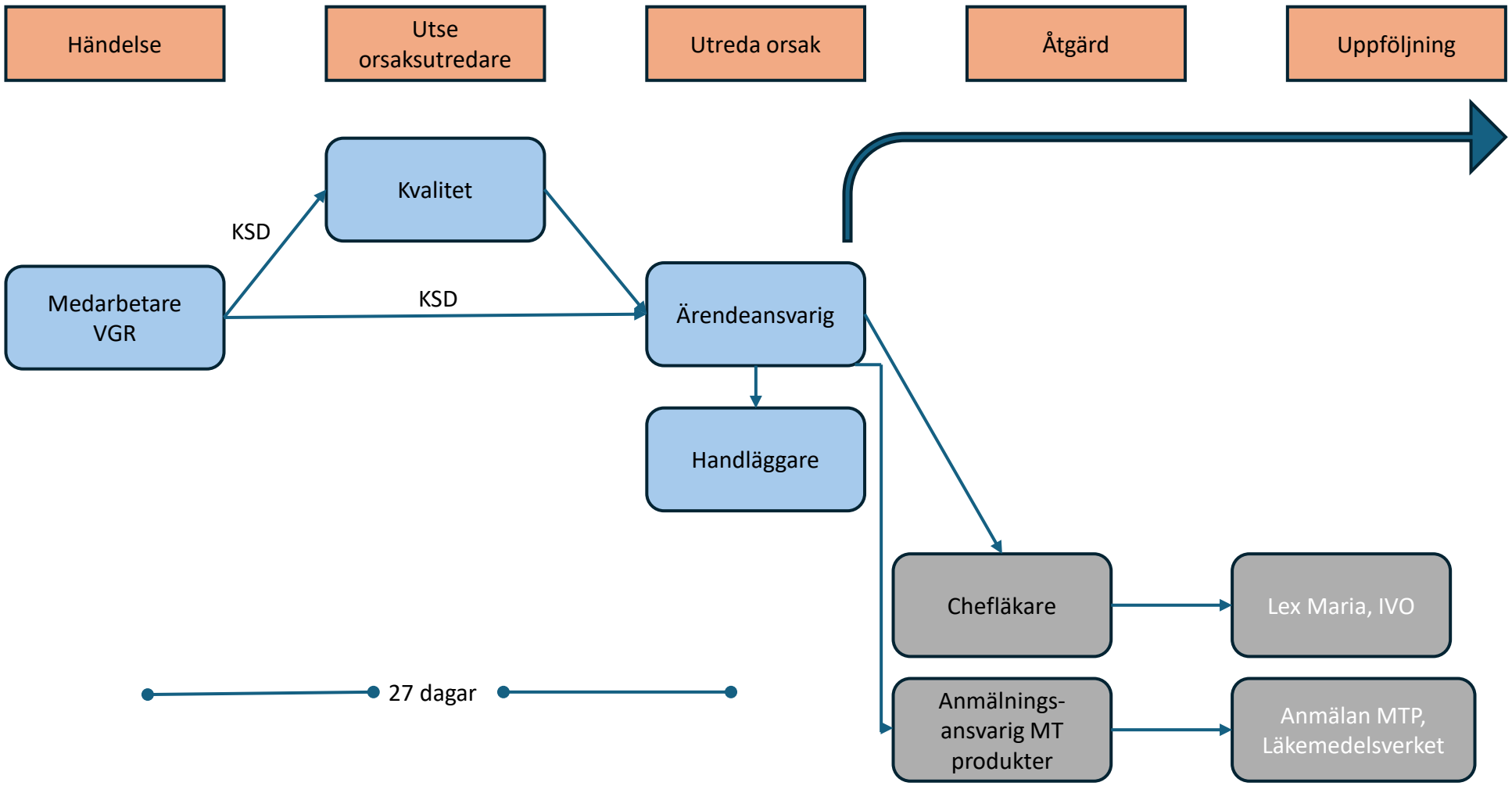
Exempel

”Fel knapptryckning”

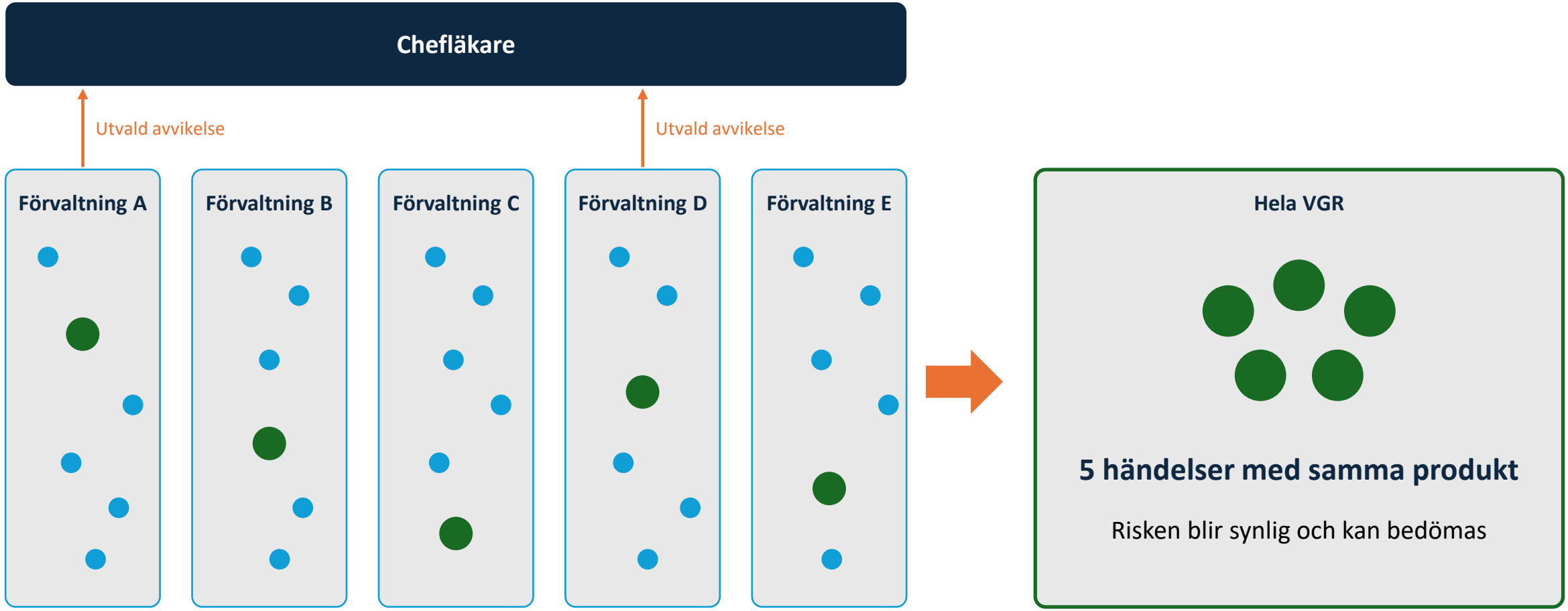
Område	Frågor
Teknik	Var alternativen tydliga?
Arbetssituation	Förekom det avbrott och samtidiga uppgifter?
Utbildning	Har utbildning skett? Är den adekvat?
Organisation	Fungerar rutiner och processer i den faktiska miljön?
Barriärer	Finns barriärer och fungerar de?

Vilka förutsättningar behöver vi ändra för att förhindra upprepning?

Hantering av MedcontrolPro KSD



Sällsynta avvikelser kan vara ett mönster i hela systemet



Idag: varje förvaltning ser en enstaka händelse

Med systemvy: mönstret syns

Avvikelse med samma medicintekniska produkt

Övriga avvikelser

Regional hantering av avvikelser - MT

- Rörelsemonitorering i slutenvården
- Tik
- Digital assistent för journalföring
- CHA?

Samtliga avvikelser ses av KSD

Patientsäkerhet och medicinteknik hos er?

På varje förvaltning

Chefläkare
Patientsäkerhet, Lex Maria

Anmälningsansvarig MT produkter

Vem är det hos er?

Samverkar ni?

Vad tycker ni?

- Delar ni uppfattningen att MT är inblandat i händelser?
- Hur ska vi identifiera avvikelser där MT är inblandat?
- Behöver vi ha ett avsnitt i Patientsäkerhetsberättelsen om MT?



Tack för att ni lyssnat

Joacim.stalfors@vgregion.se

NYHETER

Ivo förbjuder VGR:s TIVA-set – felaktig bedömning, menar regionen

Inspektionen för vård och omsorg hotar med 300 000 kronor i vite om regionen fortsätter att använda sitt egenmodifierade infusionsset. VGR har överklagat beslutet.



Per Werner Möller. Foto: Caroline Fredriksson

Ivo förbjuder VGR:s TIVA-set – felaktig bedömning, menar regionen – Läkartidningen

Tillverkarens ansvar för medicintekniska produkter

1 Före marknaden

- Riskhantering och klinisk utvärdering
- Teknisk dokumentation
- CE-märkning, UDI och registrering i Eudamed

2 Organisation

- Kvalitetsledningssystem
- Regelefterlevnadsansvarig person (PRRC)
- Försäkring för skadeståndsansvar

3 Efter marknaden

- Systematisk övervakning av användningen
- Rapportering av allvarliga tillbud till Läkemedelsverket
- Korrigerande åtgärder och säkerhetsmeddelanden

4 När vården blir tillverkare

- Egentillverkning (art. 5.5)
- Ändrat ändamål eller väsentlig ändring (art. 16)
- Egna system av flera produkter (art. 22)

Referenser: Förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR) art. 5.5, 10, 15, 16, 22 och 83–87. Förordning (EU) 2017/746 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (IVDR) art. 5.5 och 10. Lag (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.