

Patientsäkerhetsberättelse

2025

Hälso- och sjukvårdsnämnden

HSN DNr 1642-2025



Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
2 Sammanfattning.....	3
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	3
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	3
3.2 En god säkerhetskultur.....	5
3.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	6
3.4 Patienten som medskapare.....	6
4 Agera för säker vård.....	9
4.1 Indikatorer.....	9
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
4.4 Säker vård här och nu.....	14
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling.....	15
4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	16
5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år.....	16
6 Bilagor.....	17

1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen, *PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*, ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultatet av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet följs upp genom ett antal egenkontroller och indikatorer kopplade till patientsäkerhet.

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

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

2 Sammanfattning

Övergången till journalsystemet Cosmic under 2025 har påverkat patientsäkerhetsarbetet då den har inneburit uppehåll, fördröjningar och genererat patientsäkerhetsrisker genom initiala handhavandeproblem, exempelvis gällande läkemedelslistor samt koordination med andra system. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom Region Västerbotten varierar mellan verksamheterna och behöver förbättras och utvecklas ytterligare. Antalet centrala analysledare har successivt minskat då de som har slutat inte har ersatts av besparingsskäl. Utredningstiderna för händelseanalyser har samtidigt ökat och underlaget som tas fram är i vissa fall inte komplett för anmälan enligt lex Maria.

Antalet avvikelser ökade under 2025 med cirka 6 procent till 15538. De innehöll flera mer komplexa utredningsärenden och resulterande i 57 anmälningar enligt lex Maria, jämfört med 80 under 2024. Ett stort antal anmälningar har dock ännu inte skickats till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) då händelseanalyserna inte har kunnat färdigställas under 2025.

Vårdplatssituationen var fortfarande ansträngd under 2025 men varierade dynamiskt, och har i viss mån förbättrats genom ökning av antalet vårdplatser bland annat genom etablering av en intermediärvårdsavdelning och kirurgisk akutsjukvårdsavdelning. En barnakutavdelning har öppnats vilket har förbättrat tillgängligheten och avlastat andra enheter. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har kortare köer med hjälp av ett kontaktcentrum, men fortfarande tillgänglighetsproblem på grund av ökande behov. Ett antal åtgärder är således vidtagna men ett fortsatt intensivt arbete bland annat förbättrat samarbete med kommunal vård krävs för att förbättra situationen ytterligare.

IVO har under 2025 följt upp nationella tillsyner av akutsjukvården, psykiatri, förlossningsvården och mödrahälsovården samt primärvården i Region Västerbotten.

Inom primärvården finns problem med kompetensförsörjning och tillgänglighet samt otydlighet gällande implementering av beslut, samarbeten och kommunikation med slutenvården och kommunal vård genom flera parallella samsamarbetsstrukturer.

Med hänsyn till rådande omvärldsläge pågår ett aktivt arbete i området Kris och beredskap gällande ökad riskmedvetenhet och för att göra regionen bättre rustad för kris och krig, vilket har ett starkt samband med patientsäkerhet även i fredstid, till exempel gällande lagerhållning.

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Hälso- och sjukvården styrs av lagar, bland annat Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientsäkerhetslagen (2010:659), Patientlagen (2014:821) och Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) samt ett antal föreskrifter, vilka är styrande för all verksamhet inom hälso- och sjukvården

I Region Västerbotten är hälso- och sjukvårdsdirektören övergripande ansvarig för det systematiska patientsäkerhetsarbetet medan respektive verksamhetschef är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom sin

enhet.

Övergripande mål och strategier

Regionplanen som beslutas av regionfullmäktige är regionens centrala styrande dokument och anger den övergripande inriktningen för regionens verksamhet.

Regionplanen beskriver regionens vision tillsammans med sju regionmål som inriktning för arbetet i de olika nämnderna och förvaltningarna. Som komplement till regionens grunduppdrag, regional utveckling och hälso- och sjukvård finns den regionala utvecklingsstrategin och hälso- och sjukvårdens målbild 2030. God ekonomisk hushållning och de fyra perspektiven jämställdhet, hela länet, social hållbarhet och jämlikhet ska genomsyra regionens verksamhet. Samtliga nämnder ska utifrån regionplanen beskriva sin verksamhet i respektive nämndplaner. Delmål som formuleras i nämndernas planer utgör basen för verksamheternas planering.

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården anger inriktningen för regionens arbete med patientsäkerhet och ger ett stöd till ansvariga att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård säkerställs.

Egenkontroller	Svar
Är övergripande mål och strategier tydliggjorda? Beskriv er verksamhets övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.	 Ja
Analys En övervägande del beskriver att övergripande mål och strategier är tydliggjorda i verksamheten. En del verksamheter har fastställda lokala dokument som beskriver dessa medan andra kommunicerar mål och strategier muntligt bland annat vid arbetsplatsträffar (APT). Många har som mål att patientsäkerhetsarbetet ska vara transparent och medarbetarna uppmuntras att rapportera avvikelser för att kunna förbättra patientsäkerheten. Många beskriver vikten av att personal genomgår utbildning i patientsäkerhet. Noterbart är att rapportering från primärvården (PV) är knapphändig och att det bara är enstaka basenheter inom PV som har beskrivit något kring övergripande mål och strategier.	

Organisation och ansvar

Hälso- och sjukvårdsdirektören har som högsta tjänsteman övergripande ansvar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschef är ansvarig för det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom sin verksamhet och svarar för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs integrerat i dagligt arbete samt att verksamhetens patientsäkerhetsplan och patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen. I varje verksamhet ska det finnas ett patientsäkerhetsteam som ska bestå av verksamhetschef, avdelningschef/er, medicinsk/a chef/er, lokala avvikelsehandläggare, lokal patientsäkerhetssamordnare och eventuellt andra specialfunktioner efter verksamhetens behov. Teamets uppgift är att på verksamhetsnivå driva patientsäkerhetsarbetet, göra analyser och vid behov vidta åtgärder.

Sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhet ingår i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens stab. I sektionen finns chefläkare, patientsäkerhetsstrateg, cheftandläkare, centrala analysledare samt beredskapsöverläkare med särskilt ansvar för kris- och beredskapsfrågor (som under 2025 överflyttats till Säkerhetsenheten).

Sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhet ska stödja, samordna och följa upp regionens systematiska patientsäkerhetsarbete och verka för att det genomförs på ett proaktivt sätt.

I uppdraget ingår:

- Att bistå hälso- och sjukvårdsledningen i arbetet med att analysera, utveckla och implementera regionens patientsäkerhetsarbete på strategisk, normativ och operativ nivå.
- Att utreda och anmäla avvikelser om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada enligt Lex Maria till IVO.
- Att vara representerade i patientsäkerhetsrådet genom ordförande (Patientsäkerhetsstrateg)
- Att bereda inkommande ärenden inom patientsäkerhetsområdet.
- Att delta i och fungera som stöd i lokala, regionala och nationella arbetsgrupper inom patientsäkerhetsområdet.

- Att förvalta avvikelssystemet Platina avseende behörigheter och funktionalitet.
- Att stödja verksamheterna i avvikelshantering och efter beslut av chefläkare genomföra händelseanalyser.
- Att hantera och utgöra stöd i ärenden till och från verksamheterna, tex IVO klagomål, tillsynsärenden och lex Maria.
- Att årligen upprätta regionens patientsäkerhetsplan samt färdigställa regionens patientsäkerhetsberättelse senast första mars.
- Att stödja verksamheterna i genomförande av riskanalyser och föreslå genomförande av riskanalyser utifrån uppdagade förhållanden som kan indikera patientsäkerhetsrisk

Egenkontroller	Svar
Har er verksamhet ett patientsäkerhetsteam eller motsvarande? Beskriv vilka funktioner och vilket ansvar respektive funktion har som ingår.	 Ja
Analys Flera verksamheter beskriver att de har fungerande patientsäkerhetsteam, men det finns en stor variation i hur patientsäkerhetsarbetet är organiserat i respektive verksamhet. Man beskriver att ett tydligt ansvar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet hos verksamhetschef men även avdelningschef/er, medicinsk/a chef/er, MLA och MAL som med lokala avvikelsehandläggare och patientsäkerhetssamordnare utgör verksamhetens patientsäkerhetsteam. I enkät har dock flera verksamheter rapporterat att de saknar patientsäkerhetsteam och personer med avsatt tid, adekvat kompetens och vana att genomföra händelseanalyser. Primärvårdens rapportering om patientsäkerhetsfunktioner och ansvar är knapphändig, endast ett fåtal basenheter har rapporterat något avseende denna egenkontroll	

Samverkan för att förebygga vårdskador

Årsrapport från Samverkansråd patientsäkerhet för 2025 finns bilagd till denna rapport.

Informationssäkerhet

Rapport för 2025 avseende informationssäkerhet finns bilagd till denna rapport.

Strålskydd

Strålskyddsbokslut för 2025 finns bilagd till denna rapport.

3.2 En god säkerhetskultur

Verksamheterna har i sin redovisning angivit att man arbetar aktivt med uppföljning av arbetsmiljö och säkerhetskultur vid APT och professionsmöten.

Egenkontroller	Svar
Har ni arbetat med resultat och uppföljning av medarbetarundersökning gällande arbetsmiljö och säkerhetskultur?	 Ja
Analys Många specialistenheter uppger att man arbetat med resultat och uppföljning av arbetsmiljö och säkerhetskultur. Arbetet sker i stor utsträckning vid APT och i verksamhetens samverkansgrupp (VSG). Primärvården rapporterar knapphändigt hur man arbetar med medarbetarundersökningen (MU) kopplat till säkerhetskulturen. Endast ett par primärvårdsenheter har rapporterat något.	
Har ni i er verksamhet haft personuppgiftsincidenter? Om er verksamhet haft personuppgiftsincidenter hur många har inrapporterats?	 Till viss del
Analys Redovisningen från basenheterna gällande personuppgiftsincidenter är varierande. Vid vissa kliniker har ett antal ärenden rapporterats. I många fall har incidenterna inte bedömts som allvarliga men i det fall det har bedömts så har incidenten hanterats enligt regionens rutin. Ett antal ärenden gäller studenter på tandläkar- och läkarprogrammen. Ett fåtal fall har anmält till Integritetsskyddsmyndigheten. Primärvårdens rapportering är knapphändig.	

Egenkontroller	Svar
Genomförs systematisk stickprovskontroll på loggar i journalsystemen?	 Till viss del
<i>Analys</i> De flesta enheter som rapporterat redovisar att man genomfört systematiska stickprovskontroller på loggar i journalsystemen fram till införandet av COSMIC (april 2025). Rutiner och utbildning i ett nytt kontrollsystem som inte är implementerat behövs för att återuppta arbetet i nytt journalsystem.	

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

Region Västerbotten har satsat målmedvetet på utbildning i patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fattade inför 2022 ett beslut om att minst 70 procent av medarbetarna skulle genomgå Socialstyrelsens e-utbildning i patientsäkerhet. I december 2023 rapporterades att totalt 5340 medarbetare (ca 64 procent) hade genomfört utbildningen, vilket är mycket bra i en nationell jämförelse. E-utbildningen har under 2025 använts bland annat vid introduktion för nya medarbetare i verksamheterna, under introduktionsåret för sjuksköterskor, vid utbildning av allmäntjänstgörande läkare (AT) och läkare i specialistutbildning (ST) samt tandhygienister.

Under 2025 har det anordnats ett flertal digitala träffar för lärande gällande patientsäkerhet i "Samarbetsnätverk för patientsäkerhet". Nätverket riktar sig till personal som arbetar med patientsäkerhetsfrågor i verksamheterna, exempelvis avvikelsehandläggare, patientsäkerhetsamordnare och avdelningschefer. Föreläsningar har hållits via Teams, de spelas in och kan också ses i efterhand.

Föreläsningar har hållits av chefläkare för AT, bastjänstgörande läkare (BT) och ST-läkare under både vårterminen och höstterminen 2025 på de tre sjukhusen. Digitala lärandeseminarier har pausats under 2025, bland annat på grund av Cosmicinförandet.

Återföringsseminarier har hållits på plats i Lycksele om kommunikation enligt ¹SBAR och NEWS, risken att hamna i fel hjulspår vid suicid, akuta som nekrotiserande fasciit. I Lycksele har också ett återkommande nyhetsblad, "Avvikelsenytt", utgivits under året.

Egenkontroller	Svar
Har verksamheten introduktionsutbildning för nyanställda där Socialstyrelsens e-utbildning "Säker vård" ingår?	 Till viss del
<i>Analys</i> Merparten av de rapporterade basenheterna beskriver att patientsäkerhet är en del av introduktion för nyanställda. Det är dock inte med nödvändighet ett obligatorium att genomgå just Socialstyrelsens e-utbildning. Vid några basenheter finns just denna utbildning som del i introduktionen medan den vid andra genomförs utifrån frivillighet.	
Har er verksamhet rutiner för att säkerställa att den nyanställda inom 2 månader efter anställning har genomgått hjärt-lungräddning (HLR)utbildning i aktuellt program inom senaste året? Beskriv era rutiner.	 Till viss del
<i>Analys</i> HLR-utbildning för nyanställda är svår att uppnå inom 2 månader. Tidsbegränsade anställningar prioriteras för snabb utbildning, för de flesta basenheter sker dock återkommande utbildning ett par gånger per år.	
Finns det utbildade HLR-instruktörer i tillräcklig mängd för att täcka utbildningsbehov i verksamheten?	 Till viss del
<i>Analys</i> De flesta verksamheter på sjukhusen, både i slutenvård och öppenvård, har ett tillräckligt antal HLR-instruktörer. Enstaka beskriver ett utbildningsbehov, men man tar också hjälp av andra avdelningars HLR-instruktörer för att kunna genomföra utbildningar. Information om läget inom primärvården är mer knapphändig.	

3.4 Patienten som medskapare

Nära vård

Omställningen till en nära och personcentrerad vård och omsorg är en omfattande förändring av vården. För

¹ SBAR: kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring, NEWS: bedömning av vitalparametrar

att uppnå en personcentrerad vård och omsorg i praktiken behöver forum för samverkan mellan verksamheter och vårdgivare utvecklas, bibehållas och stärkas. Dialog behöver kontinuerligt föras om respektive huvudmans förutsättningar för att kunna genomföra de förändringar som omställningen innebär. Regionen har tillsammans med de 15 kommunerna i Västerbotten tagit fram en gemensam färdplan mot Nära Vård som är ett underlag för det gemensamma arbetet. Under 2025 har framtagandet av en gemensam primärvårdsplan påbörjats och kommer att fortsätta under 2026. En stor del av ett nära och personcentrerat arbetssätt bygger på det som gör patienten delaktig och där vård och behandling ges på rätt plats, på rätt sätt och i rätt tid. Det är viktigt att ta del av och analysera patienternas synpunkter i syfte att förbättra och utveckla vården. Samverkan kring patientens behov av vård på olika nivåer, individuella planer och fasta vård- eller läkarkontakter är viktiga parametrar ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Årsrapport från Patientnämnden

Patientnämndens huvuduppgift är att stödja och hjälpa patienter och deras närstående att föra fram synpunkter och klagomål till vårdgivare och se till att de blir besvarade om patienten/närstående så önskar. Patientnämnden skall även hjälpa patienter att få den information de kan behöva för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården. Nämnden skall vidare bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att analysera klagomål och synpunkter och uppmärksamma regionen eller kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården. Patientnämndens verksamhetsfält omfattar synpunkter på verksamhet inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård hos Region Västerbotten och Västerbottens kommuner och privata vårdgivare med avtal samt folktandvården och den tandvård som landstingen finansierar.

Under 2025 har antalet ärenden som registrerats vid Patientnämnden ökat i förhållande till föregående år. Under 2025 har 1747 ärenden handlagts, vilket innebär en ökning med 21 procent jämfört med föregående år. Huvuddelen, ca 70 procent, av de ärenden som handlagts av Patientnämnden berör verksamheter inom Region Västerbotten, övriga 30 procent berör privata hälsocentraler, kommuner eller är ärenden av informationskaraktär.

Liksom tidigare år berör flest ärenden vård och behandling (ca 30 procent), kommunikation (ca 15 procent) och tillgänglighet (ca 14 procent). Sammantaget alltså ca 69 procent av det totala antalet ärenden. Kontakter vid vilka Patientnämnden svarar på frågor och lämnar information utgör ca 25 procent av kontakterna under året.

Under 2025 har tre rapporter sammanställts och offentliggjorts. Rapporterna har avhandlat ärenden som berört förlossningssjukvård i Västerbotten, Vuxenpsykiatri vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) samt ärenden rörande dokumentation, sekretess och administrativ hantering.

Nationella patientenkäten

Nationell patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella Patient-Reported Experience Measures (PREM)-undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten kan användas för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten är också underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Hur resultaten tas tillvara varierar och bedöms vara ett utvecklingsområde inom regionen.

I Region Västerbotten genomfördes under 2024 mätningar av patienters erfarenheter och upplevelser i vården. Inom specialiserad sjukhusvård, öppenvård, vårdcentraler/hälsocentraler, standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården samt rehabilitering i öppenvård.

Resultat:

Specialiserad slutenvård: Jämfört med 2023 är medelvärden och viktade omdömen stabilt positiva och förbättrade inom vissa dimensioner. Svarsfrekvens 56,3 procent (riket 50,2 procent)

Öppenvård: Goda omdömen inom de flesta dimensioner, jämförbara med riket eller strax under inom vissa dimensioner Svarsfrekvens 50,7 procent (riket 49,6 procent).

Vårdcentraler/Hälsocentraler: Resultat jämförbara med riket vad gäller vård och behandling, delaktighet och bemötande. Bedömning av kontinuitet, information och tillgänglighet i vården ges lägre värden. Svarsfrekvens 48,5 procent (riket 45,2 procent).

SVF inom cancervården januari-juni 2025: Stabila värden med goda omdömen jämförbara med rikets. Delaktighet och involvering samt emotionellt stöd visar något lägre omdömen än riket. Svarsfrekvens 58 procent jämfört med tidigare 80 procent, vilket ändå bedöms som acceptabelt.

Rehabilitering i öppenvård: Goda resultat som förbättrats inom alla dimensioner förutom tillgänglighet. Regionen ges dock lägre omdömen än riket.

Internationella patientsäkerhetsdagen

I samband med den internationella patientsäkerhetsdagen 2025 arrangerade RUGOR (Region Västerbottens utvecklingsgrupp inom omvårdnad och rehabilitering) fyra föreläsningar via Teams, en om trycksår och tre olika föreläsningar med fokus på barnsjukvård, i enlighet med den internationella patientsäkerhetsdagens tema.

Sammanfattning av aktiviteter under 2025 i RUGOR och arbetsgrupp inom Vårdetik finns bilagd till denna rapport.

Egenkontroller	Svar
Finns rutiner för att hantera patienter och närståendes synpunkter och klagomål som kommer till er verksamhet?	 Till viss del
Analys Patienters synpunkter och klagomål hanteras på de flesta basenheter på ett systematiskt sätt. Synpunkter och klagomål hanteras av de flesta basenheter genom att lägga in dem i avvikelssystemet. Avvikelsen utreds av chef och/eller avvikelseutredare. Patient eller anhörig som lämnat in synpunkt eller klagomål, även muntliga, får återkoppling enligt rutin inom rimlig tid. Information om hantering av klagomål och synpunkter till primärvården är knapphändig	
Använder ni resultaten från Nationell patientenkät (NPE) för att främja patienten som medskapare?	 Till viss del
Analys Det finns goda exempel på basenheter som analyserar resultaten från nationell patientenkät (NPE) och använder resultaten i sitt förbättringsarbete. Många lyfter att man har haft goda resultat. Då området för NPE alterneras mellan år är frågan inte alltid aktuell för alla basenheter. Tandvården finns inte med i NPE.	
Ges patienter och närstående möjlighet att vara delaktiga i vården? Beskriv hur.	 Ja
Analys Det finns generellt en hög ambitionsnivå att bereda möjligheter för patient/närstående att vara delaktig i vården. Dialog med patientföreningar, möjlighet för anhöriga att vara med vid besök, låta anhöriga delta vid ronder och vara delaktiga i utformning av individuella planer är exempel som man lyfter från verksamheterna. Det finns inte några uttalade exempel på hur man följer upp upplevelsen av delaktighet hos patienten förutom de resultat som går att finna i den nationella patientenkäten. Övergripande medverkan av patienter och anhöriga i vården är generellt ett utmanande utvecklingsområde.	
Har patienter erbjudits tobaksavvänjning inför operation?	 Ja
Analys Inför operation ges patienten information om och erbjuds möjlighet till tobaksavvänjning.	
Finns rutiner för återkoppling till patienter/närstående vid inträffade vårdskador?	 Ja
Analys En klar majoritet av basenheterna har rapporterat och beskrivit att rutiner finns för samtliga. Chef eller annan utsedd person återkopplar till patienten.	

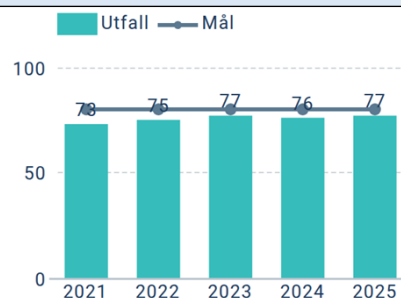
4 Agera för säker vård

4.1 Indikatorer

En god säkerhetskultur

Indikatorer

Hållbart säkerhets engagemang (HSE) indexvärde, målvärde 80



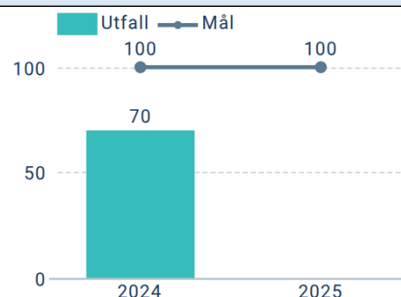
Analys Resultatet från medarbetarundersökningen 2025 avseende patientsäkerhet visar små förändringar jämfört med 2024. Patientsäkerhetsfrågorna motsvarar 11 frågor avseende för Hållbart Medarbetarengagemang (HME) som tillsammans utgör uppföljning utifrån både arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv. Svarsfrekvensen var för 2025 78 procent för hälso- och sjukvårdens område.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppnår ett HSE-index på 77. Det finns dock en stor variation mellan svarande verksamheter och respektive fråga. För meningsfull analys krävs bearbetning på verksamhetsnivå av varje enskild fråga.

Adekvat kunskap och kompetens

Indikatorer

Andelen av all personal som under senaste året har övat HLR enligt HLR-rådets riktlinje, målvärde 100 procent

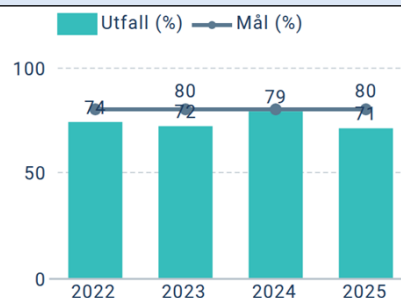


Analys Ett stort antal enheter/avdelningar som har fått uppgiften att redovisa denna indikator har inte lämnat något värde. För de enheter/avdelningar som redovisat ett värde ligger utfallet mellan 0 och 100 procent. Pga spridningen är det inte rimligt att redovisa en måluppfyllelse på övergripande nivå.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Indikatorer

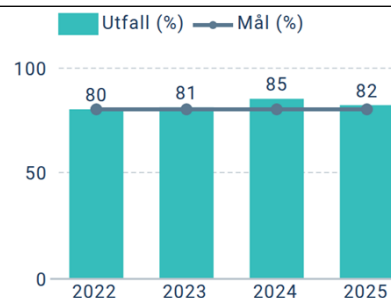
Avsluta en avvikelse inom 120 dagar - målvärde 80 procent



Indikatorer

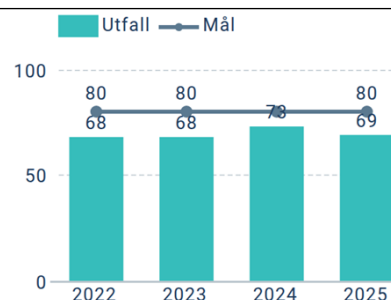
Analys Beräknat utifrån inrapporterade utfall är det förvaltningsövergripande utfallsvärdet 75 procent vilket är en minskning från föregående år.

Öppna och klassificera avvikelseområde inom 7 dagar >80 procent



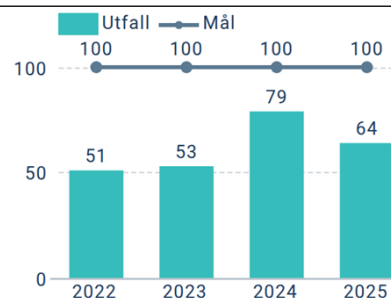
Analys Målvärdet är uppnått.

Handlägga och avsluta utredningsärenden inom 60 dagar från att utredningsärenden kommit in >80 procent



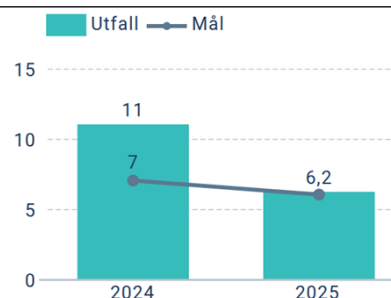
Analys Beräkning utifrån rapporterade verksamheter ger medelvärdet 69 procent vilket inte når upp till målvärdet, och innebär en viss minskning från 2024.

Utreda klagomål/ synpunkter, återkoppla resultat till rapportör och avsluta inom 30 dagar 100 procent



Analys Medelvärdet för 2025 beräknas till 64 procent vilket innebär att målet inte nås. Utfallet innebär en signifikant nedgång i jämförelse med 2024

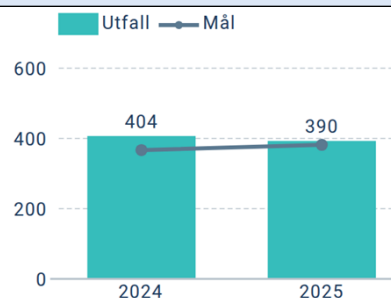
Andel patienter med vårdrelaterade infektioner mindre än eller lika med 6/1000 vård dagar/ år, mätt med Infektionsverktyget



Analys Data är hämtade från Infektionsverktygets rapport i Power BI (VRI-mätaren). 9 vårdrelaterade infektioner (VRI)/1000 vård dagar jämförs med ett glidande medelvärde de tre senaste åren (11 VRI/1000 vård dagar) räknat i slutenvård. Redovisade data sprider mellan 0 och 11. Målet är en minskning med 5 procent jämfört med ett glidande medelvärde vilket skulle innebära att målet har nåtts. För 2025 finns dock i nuläget bara data till 15 april då journalsystemet Cosmic infördes vilket gör utfallet osäkert.

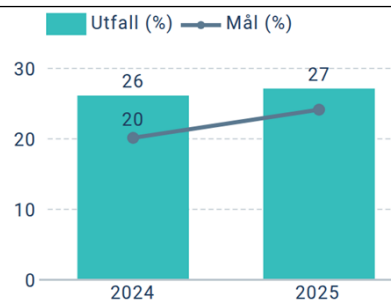
Indikatorer

Minskad total antibiotikaanvändning med 5 procent i jämförelse med ett rullande medelvärde de tre senaste åren, mätt i antibiotikadagar (DOT) per 1000 vård dagar.



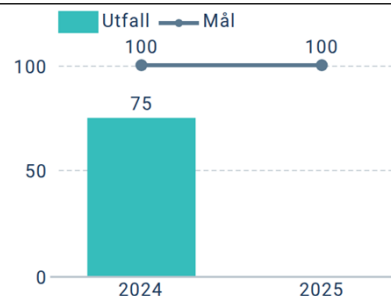
Analys Utfallet når inte målvärdet med en minskning med 55 mot ett glidande medelvärde (de tre senaste åren). Utfallet är förbättrat jämfört med 2024. Observera att registreringsdata baserad på givna antibiotika till patienter inom slutenvården endast finns tillgängligt för perioden 1 januari -15 april då byte från NCS Cross till Cosmic genomfördes. Anslutning av Antibiotikaräknaren till Cosmic pågår. När den är klar kommer data för hela 2025 finnas tillgänglig.

Mindre än 25 procent av cefalosporiner och kinoloner som andel av den totala antibiotikakonsumtionen.



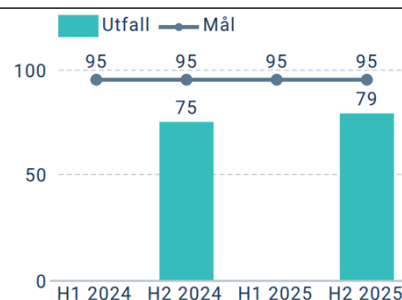
Analys Utfallet når inte målvärdet. Utfallet är oförändrat jämfört med 2024. Observera att registreringsdata baserad på givna antibiotika till patienter inom slutenvården endast finns tillgängligt för perioden 1 januari -15 april då byte från NCS Cross till Cosmic genomfördes. Anslutning av Antibiotikaräknaren till Cosmic pågår. När den är klar kommer data för hela 2025 finnas tillgänglig.

Genomföra två punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner, målvärde 100 procent



Analys Två mätningar har genomförts under 2025 och redovisas som Power BI-rapport under Vårdkvalitet.

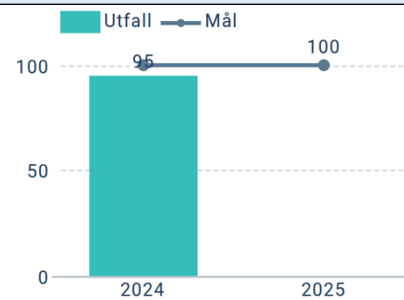
Personalen har korrekt följsamhet till basala hygien- och klädrutiner mer än eller lika med 95/90 procent



Analys Utfallen för rapporterade enheter varierar mellan 52 och 98. Medelvärdet för 2025 beräknas till 79 procent vilket betyder att målet inte uppnås.

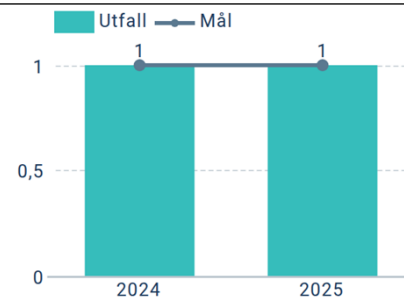
Indikatorer

Genomföra två mätningar av följsamhet till klädregler målvärde 100 procent



Analys Indikatorn behöver ses över gällande konfiguration inför 2026. Det är av de data som presenteras svårt att bedöma hur verksamheterna har redovisat sina mätningar. Data finns som Power BI-rapport under Vårdkvalitet.

Genomförande av minst en egenkontroll för vårdhygienisk standard per verksamhet, målvärde 100 procent



Analys De flesta enheter redovisar att man har genomfört en egenkontroll för vårdhygienisk standard av vilket man kan dra slutsatsen att målet har uppnåtts.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

I Region Västerbotten rapporterades 15 531 avvikelser under 2025, vilket var en ökning med drygt 6 procent sedan 2024. Antalet utredningsärenden uppgick till 3896, något fler än föregående år, medan klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga minskade med 30 procent till 1082.

Handläggningstiden för avvikelser var under 2025 inom en månad för 72%, inom två månader för 14% och för resterande inom 3–6 månader, vilket är liknande som 2024.

57 ärenden anmäldes till IVO enligt lex Maria under 2025, en betydande minskning sedan 2024 då 80 anmäldes. Ett stort antal anmälningar har dock ännu inte skickats till IVO då händelseutredningarna inte har kunnat färdigställas under 2025 på grund av bristande resurser och kompetens.

Antal klagomål till IVO från Region Västerbotten under året minskade från 73 st 2024 till 50 st, varav 30 utreddes av IVO och 20 överlämnades till verksamheterna för utredning.

Egenkontroller

Svar

Har ni rutiner för ett systematiskt lärande utifrån rapporterade avvikelser och risker?

Ja

Analys Samtliga redovisande enheter svarar ja på frågan.

Finns säkra rutiner kring märkning och ID-kontroll vid provtagning?

Till viss del

Analys Ungefär hälften av totala antalet basenheter har besvarat denna egenkontroll. Det stora flertalet svarande anger dock att det finns säkra rutiner.

Finns rutiner för hantering av risker/avvikelser där annan klinik är inblandad i processen?

Ja

Analys Rapporterande enheter anger att det finns fungerande rutiner för att skicka underärenden. Det är dock känt att utredningskapaciteten är otillräcklig i flera verksamheter

Föreslår ni förbättringsåtgärder som är effektiva mot funna bakomliggande orsaker?

Ja

Egenkontroller	Svar
Analys Den sammantagna bedömningen utifrån enheternas rapportering är att förbättringsåtgärder föreslås. Detta förutsätter att en utredning med händelseanalys har genomförts. Ofta är föreslagna förbättringsåtgärder på mikronivå vilket begränsar deras effektivitet.	
Finns rutiner för återkoppling av utredningar efter vårdskador och klagomål till berörd personal och ledning ?	 Till viss del
Analys Den sammantagna bedömningen mot bakgrund av rapporterande enheter är att rutiner för återkoppling av utredningar görs. Primärvårdens rapportering är knapphändig.	
Finns och används rutiner för Infektionsverket?	 Till viss del
Analys De flesta rapporterande enheter uppger att man inte använder "infektionsverket". All data från VRI-mätaren i PowerBI hämtas från Infektionsverket, som för närvarande inte fungerar med journalsystemet Cosmic.	
Finns rutiner för att genomföra / följa upp punktprevalens mätning (PPM) för VRI?	 Ja
Analys De flesta slutenvårdsenheter genomför och följer upp VRI-mätningar.	
Finns rutiner för att genomföra / följa upp PPM för basala hygien och klädregler (BHK)?	 Ja
Analys De flesta rapporterande enheter anger att det finns rutiner för att genomföra och följa upp PPM BHK.	
Finns rutiner för att genomföra / följa upp vårdhygienisk standard?	 Ja
Analys De flesta rapporterande enheter anger att man genomför hygienronder för att följa vårdhygienisk standard.	
Finns rutiner för att genomföra / följa upp den årliga punktprevalensmätningen av fall, trycksår, risk för undernäring, delirium och ohälsa i munnen?	 Nej
Analys Ingen mätning genomförd under 2025. Arbeta för att kontinuerligt kunna ta ut data från journalsystemet Cosmic har påbörjats under 2025.	

4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

Egenkontroller	Svar
Använder ni något verktyg för att förbättra patientsäkerhetsarbetet tex Gröna korset, ²SBAR, NEWS, Säkerhetskulturrappan? Beskriv vilka	 Ja
Analys Övervägande majoriteten av verksamheter använder SBAR som stöd att förbättra patientsäkerhetsarbetet. I varierande utsträckning används även Gröna Korset, NEWS och en del verksamhetsspecifika verktyg.	
Driver ni förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador, ett proaktivt patientsäkerhetsarbete t.ex riskbedömning vid inskrivning ?	 Till viss del
Analys Verksamheternas rapportering visar på att riskbedömningar vid inskrivning sker i varierande omfattning.	
Följs rutiner för informationsöverföring vid utskrivning från slutenvården?	 Ja
Analys Rapporterade enheter uppger i sin rapportering att rutiner för informationsöverföring vid utskrivning följs. I många fall finns en utskrivningssköterska med fördjupad kompetens. LifeCare SP har under året ersatt PRATOR som verktyg.	
Genomförs regelbundna fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt checklista från Läkemedelscentrum?	 Till viss del
Analys Verksamheternas rapportering visar på stora variationer. En del kliniker beskriver att arbetet görs tillsammans med apotekare eller farmaceuter.	
Genomförs regelbundna säkerhetskontroller av medicintekniska produkter?	 Ja

² SBAR: kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring, NEWS: bedömning av vitalparametrar

Egenkontroller	Svar
Analys Rutiner för kontroll av medicintekniska produkter finns inom de allra flesta verksamheter. Teknikronder genomförs och flera verksamheter har medicintekniskt (MT)-ansvariga. Delar av kontroller görs av Centrum för informationsteknik och medicinsk teknik (CIMT).	
Ges utbildning i gällande rutiner för informationsöverföring till alla personalkategorier?	 Till viss del
Analys Utbildning gällande informationsöverföring sker till viss del inom rapporterande verksamheter. Informationsöverföring som avser kommunerna sker i systemet LifeCareSP som ersatt PRATOR. Utskrivningssköterskor finns på inom flera verksamheter. Intern kommunikation sker ofta genom SBAR-verktyget. En del enheter rapporterar om utmaningar mot bakgrund av nytt system.	

4.4 Säker vård här och nu

Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Tillförlitlig statistik finns inte tillgänglig för 2025 på grund av svårigheter att erhålla data från journalsystemet Cosmic som infördes under april 2025.

Egenkontroller	Svar
Följs överenskomna rutiner för överföring /mottagande av utlokaliserade patienter?	 Ja
Analys Rapporterade enheter återger att överenskomna rutiner gällande utlokaliserade patienter följs. Det finns en gemensam målsättning att minska antalet utlokaliserade patienter i regionen.	
Genomförs riskanalyser gällande patientsäkerhet vid väsentliga förändringar i verksamheten?	 Till viss del
Analys Många verksamheter uppger att riskanalyser görs vid större förändringar i verksamheten. Några beskriver dock behov av ökad systematik skulle behöva utvecklas. Det är av verksamheternas rapportering svårt att veta vilken typ av riskanalyser man avser och om det är patientsäkerhetsperspektivet som har beaktats eller om det är risk-och konsekvensanalyser med fokus på arbetsmiljö.	
Utbildas omvårdnadspersonalen i förflyttningskunskap?	 Ja
Analys Övervägande andel vårdavdelningar som har inläggande patienter uppger att man utbildar personalen i förflyttningskunskap.	

Region Västerbotten har, liksom många andra regioner, brist på personal och som en följd av denna brist på disponibla vårdplatser. Det finns regionövergripande rutiner med syfte att skapa samsyn gällande handläggning av patienter som utlokaliseras till annan vårdenhet på grund av vårdplatsbrist och att om möjligt undvika detta. Dagligen genomförs vårdplatssmöten där den aktuella platssituationen diskuteras mellan verksamheterna. Medicinskt vårdplatsansvarig läkare (MVA) är en funktion som har införts på sjukhusen och ansvarar för fördelningen av patienter inom och mellan sjukhusen i regionen. Förflyttningar av patienter sker även vid behov mellan regionens sjukhus, vilket dock i sig kan innebära ytterligare patientsäkerhetsrisker. Ett gott samarbete har etablerats mellan sjukhusen och regionövergripande rutiner finns dokumenterade i ledningssystemet.

En bidragande orsak till överbeläggningar är att patienter med behov av kommunalt stöd som bedöms medicinskt färdigbehandlade på sjukhusen bli kvarliggande i väntan på kommunal hälso- och sjukvård.

I syfte att undvika onödiga inläggningar på sjukhus utvecklas inom omställningen till Nära vård till exempel mobila vårdteam som kan ge patienten vård efter behov i det egna hemmet.

Patientsäkerhetsberättelse för 2025 från Läke-medelscentrum finns bilagd till denna rapport.

Vårdhygien, smittskydd och Strama

Vårdhygiens arbete med att förebygga smittspridning och skydda patienter från allvarlig sjukdom fortsätter. En handlingsplan mot Vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens har tagits fram och gick mot slutet av året på remiss. Syftet med handlingsplanen är att ge vägledning på region-, förvaltnings- och verksamhetsnivå för att förebygga smittspridning, minska förekomsten av undvikbara vårdrelaterade infektioner och bevara möjligheten till effektiv antibiotikabehandling inom Region Västerbotten. När vaccinationsinsatsen för säsongsinfluensa (samvaccination med covid-19) avslutades under första kvartalet 2025 hade Västerbotten en 75-procentig vaccinationstäckning i gruppen 65 år och äldre. Målet var satt till 75 procent vilket även är Världshälsoorganisationens mål. Det resultat som uppnåddes är mycket bra och högt jämfört med många andra regioner i Sverige. Flera framgångsfaktorer bidrar till detta där det goda och nära samarbetet med kommunerna är en nyckelfaktor, kunnig och aktiv kommunikatör är en ytterligare framgångsfaktor och så bedöms även samvaccination som princip att vara. Ett engagerat och kunnigt smittskydd som arbetar tillsammans med andra aktörer inom vaccinområdet som vaccinsamordnare, IT, läkemedelscentrum och kommunikation är en grundläggande faktor för framgång. Vaccinationstäckningen för covid -19 blev 75 procent i gruppen 65 år och äldre.

I september 2025 började den monoklonala antikroppen nirsevimab erbjudas till nyfödda på länets BB-avdelningar. Syftet är att minska risken för allvarlig respiratoriskt syncytialvirus (RSV)infektion. RSV är en vanlig orsak till övre luftvägsinfektion hos barn yngre än ett år.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, strama, har lokalt fortsatt med att utvärdera de antibiotikarapporter som hälsocentralerna återkommande utför. Syftet med antibiotikarapporterna är att belysa i verksamheterna hur antibiotika förskrivs i den egna verksamheten och därigenom bibehålla fokus på rationell antibiotikaanvändning. Under 2025 har primärvården i Västerbotten fortsatt att klara det s.k. 250-målet (högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare/år). Vid en jämförelse på nationell nivå av den senaste 12-månadersperioden (dec 2024-nov 2025) med den dessförinnan har antibiotikaförsäljningen på riksnivå minskat med 7,7 procent. Under samma period har försäljningen minskat i samtliga regioner, i region Västerbotten med 13 procent. 8 av 21 regioner ligger under 250-målet under denna period. Vissa perioder har endast tre regioner klarat målet och Västerbotten har alltid varit en av dem. Strama slutenvård har tillsammans med vårdhygien under året genomfört klinikbesök i flera verksamheter i syfte att främja en rationell och ansvarsfull användning av antibiotika. Arbetet har huvudsakligen fokuserat på att stödja förskrivare i att följa gällande behandlingsrekommendationer samt att använda kortare behandlingskurer för att minska den totala antibiotikaanvändningen och därmed reducera selektionstrycket för antibiotikaresistens.

I samarbete med IT pågår arbete med att återupprätta rapporter för uppföljning av antibiotikakonsumtion i slutenvården efter införandet av journalsystemet Cosmic. Detta innebär att statistiken för antibiotikakonsumtionen under 2025 ännu är ofullständig.

Patientsäkerhetsberättelse för Tandvården finns bilagd till denna rapport.

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Regelbundna patientsäkerhetsdialoger, som chefläkare och centrala analysledare tidigare hållit med verksamheterna varje eller vartannat år, har inte kunnat genomföras under 2025. Detta innebär att ett forum för dialog med ett antal företrädare för respektive verksamhet angående deras systematiska patientsäkerhetsarbete, resultat och aktuella problem har saknats. Målsättningen är att återuppta patientsäkerhetsdialoger successivt.

Egenkontroller	Svar
Sammanställer och analyserar ni data från ert systematiska patientsäkerhetsarbete?	 Ja
Analys Verksamheterna rapporterar i stor utsträckning att man sammanställer och analyserar data från patientsäkerhetsarbetet. Flera verksamheter beskriver aktivt arbete med löpande information och återföring till medarbetare tex vid APT. Många beskriver att man försöker kategorisera avvikelser som är återkommande för att kunna fokusera på förbättrade arbetssätt där behoven är störst. Alla verksamheter ska sammanfatta sitt systematiska patientsäkerhetsarbete i en årlig patientsäkerhetsberättelse.	

4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Egenkontroller	Svar
Har ni planer för hur ni ska upprätthålla en patientsäker vård i en krissituation när det uppstår en akut personalbrist, tex vid en pandemi?	 Ja
<i>Analys</i> De flesta slutenvårdsverksamheter rapporterar att rutiner finns för att bedriva ett patientsäkert arbete i krissituationer. Många enheter återger att arbete med kontinuitetshantering pågår och har intensifierats. Erfarenheter från COVID-pandemin har tagits tillvara på ett bra sätt.	

5 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år

Utveckling och förbättring av journalsystemet Cosmic, såväl inom Region Västerbotten som i SUSSA-samarbetet med gemensamma prioriteringar och rätt åtgärder för att minska patientsäkerhetsriskerna. I regionen krävs också att man ser över och bevakar arbetssätt i Cosmic så att de tillämpas optimalt, och att man undviker lokala lösningar som inte är anpassade.

Patientsäkerhetsorganisationen i regionen behöver ses över och förbättras såväl lokalt i verksamheterna som i det centrala stödet. Det proaktiva arbetet i det dagliga arbetet samt i patientsäkerhetsdialoger och riskanalyser behöver stärkas liksom säkerhetskultur, riskmedvetenhet och psykologisk trygghet. Fortlöpande utbildningar i patientsäkerhet som når alla personalkategorier är viktiga för att gemensamt kunna skapa och upprätthålla en grundläggande säkerhetskultur. Samarbetet i patientsäkerhetsfrågor mellan chefläkare, områdeschefer och verksamhetschefer behöver stärkas ytterligare.

För att minska antalet vårdskador krävs en engagerad och tydlig styrning och ledning på alla nivåer och resurser för en välfungerande patientsäkerhetsorganisation med patientsäkerhetsteam i alla verksamheter med tillräckligt centralt stöd.

I rådande omvärldsläge måste förberedelserna för att göra regionen bättre rustad för kris och krig intensifieras, detta har stor betydelse för patientsäkerheten även i fredstid.

6 Bilagor

1. Informationssäkerhet 2025
2. Strålskyddsbokslut 2025
3. Årssammanställning 2025 Samverkansråd patientsäkerhet
4. Patientsäkerhetsberättelse 2025 Läkemedelscentrum
5. Patientsäkerhetsberättelse Tandvård 2025
6. Sammanfattning för 2025 från RUGOR och Arbetsgrupp inom Vårdetik