



Patientsäkerhetsberättelse 2025

Region Jämtland Härjedalen



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
En god säkerhetskultur	18
Adekvat kunskap och kompetens	20
Patienten som medskapare	25
Agera för säker vård - fem fokusområden	33
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	33
Tillförlitliga och säkra system och processer	41
Säker vård här och nu.....	48
Stärka analys, lärande och utveckling.....	51
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	54
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	57

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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 den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso och sjukvården. Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada och sker genom förebyggande arbete och lärande aktiviteter. Vårdskador medför förutom lidande för patienter även resursåtgång för vården.

Det strategiska arbetet med patientsäkerhet i Region Jämtland Härjedalen utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan "Agera för säker vård" 2025-2030. Det saknas vid årets slut en uppdaterad regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Syftet med en regionala handlingsplanen är att stärka och stödja det regionala och lokala patientsäkerhetsarbetet samt vara vägledande i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att förebygga undvikbara vårdskador. Uppdatering av den regionala handlingsplanen planeras under början av 2026 för beslut i Regionstyrelsen.

Handlingsplanens grundläggande förutsättningar:

Engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Personer i ledande ställning bidrar till en säker vård genom att ha insikt om utmaningar, ha kunskaper om handlingsalternativ, tar ansvar för patientsäkerheten och genom beslut och handlingar säkerställer patientsäkerhet. Ledningen blir på så sätt bärare av organisationskulturen och förebilder som har avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en god säkerhetskultur. Ett nära ledarskap, där dialog med medarbetare har hög prioritet och att ge medarbetare möjligheter att arbeta med förbättringar för säker vård, är några konkreta exempel. Att låta säker vård vara prioriterad på mötesagendor i verksamheter, att sätta upp mål, målvärden och beskrivning av aktiviteter för säker vård och att prioritera kompetens hos medarbetare är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården säkrare. Patientsäkerhet handlar ytterst om att införliva ett förhållningssätt i hela hälso- och sjukvårdssystemet, en säkerhetskultur.

En god säkerhetskultur

Verksamheterna arbetar systematiskt och långsiktigt för att bygga och upprätthålla en öppen, lärande patientsäkerhetskultur där personalen tryggt kan rapportera risker, tillbud och avvikelser utan skuldbeläggning. Kärnprinciper är psykologisk trygghet, daglig riskmedvetenhet, kontinuerlig återkoppling och fokus på förbättring snarare än straff. Patientsäkerhet och arbetsmiljö ses som sammanhängande och hanteras ofta i samma forum. För att skapa en hållbar säkerhetskultur behövs arbete med att kontinuerligt identifiera och åtgärda risker, lär av misstag och förbättrar både patient- och personalsäkerhet.

Tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Verksamheterna bedriver ett brett och systematiskt arbete för att trygga kompetensförsörjningen och patientsäkerheten genom kombinationen av strukturerad introduktion, kontinuerlig fortbildning, praktisk träning, aktiv bemanningsplanering och ledningsstöd. Fortsatt fokus krävs på att fylla kompetensluckor inom specialistläkare och vidareutbildade sjuksköterskor samt att implementera och följa upp standardiserade inskolnings- och utbildningsrutiner.

Patientens och närståendes delaktighet.

Huvudbudskapet från verksamheterna är att skapa en patientcentrerad vård där delaktighet, gott bemötande, transparens och kontinuerlig förbättring är i centrum. Verksamheterna arbetar systematiskt för att involvera patienter och närstående både i den enskilda vården och i

kvalitet- och patientsäkerhetsarbete genom tydlig kommunikation, strukturerade samtalsmetoder och återkoppling. Verksamheterna strävar efter att göra patienter och närstående till aktiva medskapare genom kombinationen av personligt bemötande, strukturerade samtalsmetoder, digitalt stöd och systematisk återkoppling. Framsteg syns i flera initiativ, men det finns fortsatt behov av mer systematik, regelbundna forum för patientinflytande och bredare implementering av digitala lösningar för att fullt ut stärka patienternas roll i vårdens utveckling och patientsäkerhetsarbetet.

Handlingsplanens fokusområden:

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Antal inrapporterade avvikelseärenden vård och arbetsmiljö under 2025 är ungefär desamma som 2024, antal vårdärenden totalt 2361 och arbetsmiljö 431. Regionens avvikelsearbete karakteriseras av god kännedom om risker i patientnära vård och starkt engagemang hos personalen att rapportera. Systembytet till Synergi Life ger möjlighet till bättre statistik och uppföljning, men kräver fortsatt arbete med rutiner, ansvarsfördelning och utbildning för att uppnå stabil och effektiv handläggning. Fortsatt fokus rekommenderas på snabb återkoppling, analys av trender, förbättrad IT-stabilitet, tydliga rutiner för kallelser/ vårdens övergångar samt att stärka den icke-bestrafande lärandekulturen för att minska återkommande risker. Under 2025 har regionen anmält 17 lex Maria ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Underliggande orsaker som uppmärksammats särskilt under året är i mångt och mycket de samma som tidigare år. Bristande kontinuitet inom såväl slutenvård som öppen vård bidrar till risker. Kommunikation och dokumentation brister återkommande såväl internt som externt mot andra aktörer. Patienters och närståendes medverkan och delaktighet i vård och beslut kan förbättras. I flera utredningar ses brister och risker med system som används i vården.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheterna har en stabil grund av rutiner och processer för patientsäkerhet, hygien, läkemedelshantering och riskhantering. Samtidigt pekar återkommande analyser på behovet av teknisk förbättring (systemintegration och driftsäkerhet), bättre verktyg för visualisering och uppföljning samt fortsatt arbete med dokumentation och standardisering för att minska variation och hantera identifierade risker. Prioriterade insatser bör vara att åtgärda kända IT-luckor, förenkla och göra riskbedömningsverktyg mer användarvänliga, samt säkerställa implementering av utbildnings- och teamstärkande åtgärder.

Säker vård här och nu

Regionens behov av hyrpersonal har minskat något under 2025, från tio procent 2024 till ca åtta procent för 2025, fördelat med knappt fem procent för läkare och tre procent för sjuksköterskor. Därutöver finns en mycket liten andel av andra yrkeskategorier. Bristande tillgänglighet och beroende av hyrpersonal, särskilt hyrläkare, är den mest framträdande patientsäkerhetsrisken.

Flera verksamheter uppvisar höga beläggningsgrader och periodvisa toppar som ökar risk för vårdskador, påverkan på arbetsmiljö som kräver ad hoc-lösningar. Vissa enheter har minskat överbeläggningar tack vare rekrytering och organisatoriska förändringar, men långvarigt hög beläggning kvarstår på flera håll. Systematiska kapacitetsbrister, särskilt i slutenvården, psykiatri och korttids-/kommunala platser, skapar återkommande flödesproblem med konsekvenser för patientsäkerhet och arbetsmiljö. Åtgärder som förstärkt rekrytering, organisatoriska förändringar, förbättrad samverkan med kommuner, användande av digitala samordningsverktyg (LINK) samt investeringar i lokaler och fler vårdplatser pekas ut som centrala för att långsiktigt lösa problemen.

Regionens riskhantering bygger på en kombination av daglig styrning och snabba insatser

(Gröna korset, avvikelser) tillsammans med formella, dokumenterade risk- och konsekvensanalyser i Stratsys inför större förändringar. Processerna är tvärprofessionella och syftar till att minska både patient- och arbetsmiljörisker. Fortsatt fokus krävs på systemintegration, tillgång till rapporteringsverktyg för alla vårdgivare, stärkt kommunikation och att säkra tillräckliga resurser och ledarstöd vid genomförande av förändringar.

Stärka analys, lärande och utveckling

Klagomålsprocessen bedöms fungera i praktiken; många ärenden löses genom dialog och lokala åtgärder, men systematisk registrering och samlad uppföljning behöver förbättras för att möjliggöra bättre analys och förebyggande arbete. Kommunikation och bemötande framstår som centrala områden att prioritera för att minska klagomål och stärka patientsäkerheten. Verksamheterna beskriver ett systematiskt och lärandeinriktat arbete med patientsäkerhet och kvalitet där avvikelser, klagomål, journalgranskningar och vårdskadeutredningar används för att identifiera brister, sprida lärdomar och styra förbättringsinsatser. Generellt behövs befintliga forum för att sprida lärande, till exempel APT, förbättrings- och patientsäkerhetsteam, olika möten för chefer och ledare. Utmärkelsen lex Succé kan vara ett annat gott exempel för att sprida lärande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Verksamheter redogör för flera områden för att stärka sin resiliens, att vården kan anpassas till kortsiktigt och/eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Bland annat beskrivs behov av kompetens och träning för medarbetare. Patientmedverkan behöver förbättras och vid vårdens övergång krävs att beslutade arbetsätt och rutiner efterlevs. Områden som bemanning, rekrytering, arbetsmiljö, arbete i team och en stark säkerhetskultur lyfts fram för ökad patientmedverkan. Betydelsen av uppföljning, analys och styrning för ökad riskmedvetenhet och beredskap. Huvudmålet för samtliga verksamheter är att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten genom systematiskt kompetensarbete, stabil bemanning, tydliga rutiner och ökad samverkan.

Utmaningar 2026

Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver uthållighet. Regionens verksamheter planerar för 2026 med fokus på säker, tillgänglig och personcentrerad vård. Målet är att förebygga vårdskador, stärka patientsäkerheten, säkra bemanning och kompetens samt förbättra tillgänglighet både fysiskt och digitalt- allt inom ramen för ekonomiska förutsättningar och pågående omställning mot fler uppgifter i primärvården (God och Nära vård).

Utmaningar ses framförallt i risker kring otillräcklig bemanning, oklara resurstransferingar i omställningen till Nära vård, och ekonomisk press som kan begränsa förbättringsarbeten som bedöms nödvändiga. Framgång beror av finansiering, personaltillgång, fungerande IT-lösningar och långsiktig styrning för att kunna genomföra planerade insatser. Vägar framåt beskrivs i termer som att öka användning av digital teknik för att stödja vårdprocesser och förbättra patientflöden. Det arbetet behöver fortsätta under 2026 för att minska antal vårdskador och risken för vårdskador mot det övergripande målet att ingen patient i Region Jämtland Härjedalen ska behöva drabbas av vårdskada. Arbetet behöver bedrivas på makro-, meso-, mikro- och individnivå i samtliga delar av regionala handlingsplanen för säker vård.

Patientsäkerhetsberättelser från respektive verksamhetsområde innehåller en detaljnivå som inte kan åskådliggöras på regionövergripande nivå.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

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

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

Under 2025 kom den uppdaterade versionen av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, vilken gäller fram till 2030. Den kommer att vara vägledande för uppdatering av den regional handlingsplanen. Syftet med planen är att stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid, med målsättning att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Planen innehåller fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden.

Region Jämtland Härjedalen har under 2025 utvecklat vissa delar i kvalitets- och patientsäkerhetsmodul i Stratsys för att underlätta det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Från 2026 är det möjligt att integrera aktiviteter mellan hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan och lokal handlingsplan patientsäkerhet.

Personer i ledande ställning bidrar till en säker vård genom att ha insikt om utmaningar, ha kunskaper om handlingsalternativ, tar ansvar för patientsäkerheten och genom beslut och handlingar säkerställer patientsäkerhet. Ledningen blir på så sätt bärare av organisationskulturen och förebilder som har avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en god säkerhetskultur. Ett nära ledarskap, där dialog med medarbetare har hög prioritet och att ge medarbetare möjligheter att arbeta med förbättringar för säker vård, är några konkreta exempel. Att låta säker vård vara prioriterad på mötesagendor i verksamheter, att sätta upp mål, målvärden och beskrivning av aktiviteter för säker vård och att prioritera kompetens hos medarbetare är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården säkrare. Patientsäkerhet handlar ytterst om att införliva ett förhållningssätt i hela hälso- och sjukvårdssystemet; en säkerhetskultur.

Organisation och ansvar

Hos vårdgivaren Region Jämtland Härjedalen är Regiondirektören, i egenskap av tjänsteman under Regionsstyrelsen, som har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Det innebär att vara ansvarig för utformningen av organisationen så att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Hälso-och

sjukvårdsdirektör (förvaltningsområdeschef) och divisionschef har ett övergripande ansvar för att patientsäkerhetsarbetet organiseras, genomförs, följs upp och dokumenteras enligt regionens ledningssystem.

Verksamhetschef har det samlade administrativa och medicinska/odontologiska ledningsansvaret. Det kan inte överlåtas till en annan befattningshavare undantaget enskilda medicinska/odontologiska ledningsuppgifter. Verksamhetschefen ansvarar för att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vidare ansvarar verksamhetschef för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av händelser, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och utveckling av processer och rutiner.

Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA), odontologiskt ledningsansvarig (OLA) tandläkare ansvarar för att vara stöd till verksamhetschef med att vidta åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Tillsammans med läkare med medicinskt ledningsuppdrag (MLU) och tandläkare med odontologiskt ledningsuppdrag (OLU) säkra att det goda övergripande rutiner för det medicinska/odontologiska omhändertagandet av patienter.

Enhetschef ansvarar för att inom enheten organisera arbetet så att hög patientsäkerhet efterlevs, säkerställa att det finns rutiner för att ta emot, bedöma, utreda och rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, samt klagomål och synpunkter. Fortlöpande upprätthålla och utveckla personalens kompetens. Uppdra åt annan att vara stöd i de arbetsuppgifter vars dominerande innehåll utgör vård och behandling, när enhetschef saknar den kompetensen.

Medarbetare är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen Patientsäkerhetsenheten. Enheten har i uppdrag att utgöra ett stöd för ledning och verksamheter i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög säkerhetskultur med en nollvision för vårdskador. Enheten ska även på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att inom patientsäkerhetsområdet upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner. Under 2025 har enheten blivit en del av det pågående förändringsarbetet för Regionen att få en ekonomi i balans. Vid årets utgång är enhetens uppdrag, bemanning och placering inom regionen fortsatt oklar. Inom enheten finns idag en bred kompetens, såsom chefläkare, chefsjuksköterska, patientsäkerhetssamordnare, smittskyddsläkare och smittskyddssjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens med hygienläkare och hygiensjuksköterskor samt enhetschef för kliniskt träningscentrum (KTC).

Inom varje verksamhetsområde finns olika grupperingar som stöd till det lokala patientsäkerhetsarbetet.

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom regionen. De ska på lämpligt sätt hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivare, samt att få klagomål och frågor besvarade. Patientnämnden ska även tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information de eller deras närstående behöver för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården samt att hjälpa dem att vända sig till rätt myndighet, främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter samt informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra om sin verksamhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I regionen finns många övergripande samverkansforum, samverkansdokument och processer med avsikt att förebygga vårdskador.

Region Jämtland Härjedalen ingår i det nationella systemet för Kunskapsstyrning. Patientsäkerhetssamordnare ingår som representant från norra sjukvårdsregionen i Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG). Vidare genom deltagande i Regional samverkansgrupp patientsäkerhet Norra sjukvårdsregionen (RSG) vars uppdrag är att stödja utveckling och samordning av patientsäkerhetsarbetet i sjukvårdsregionen. Inom regionen finns även Lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet (LSG), där regionen och kommuner är representerade med relevanta funktioner. Inom LSG finns ett antal lokala arbetsgrupper, LAG/AG, som har specifika uppdrag, nedan sammanfattas deras insatser för 2025.

LAG in till sjukhus, fokus under 2025 har varit på framtagande och implementering av kommunikationsvägar mellan vårdnivåer och verksamheter. Stöd finns på Vårdgivarwebben; Jämtlandsmodellen. När kommunernas sjuksköterskor/distriktssköterskor är involverade i att skicka en person till akutmottagningen finns en rutin för Meddelande till akutmottagningen. Meddelandet ska skickas digitalt i Link och ersätter tidigare pappersblankett. Eftersom få meddelanden tas emot på akutmottagningen togs beslut om att undersöka ssk/dsk:s syn på samarbetet med akutmottagningen. Resultatet har analyserats tillsammans med länets MAS-grupp. Dialog om förbättringsarbete fortsätter under 2026 tillsammans med MAS-gruppen.

Sedan tidigare etablerad arbetsgrupp (AG) *avvikelse i vårdens övergångar* har fortsatt arbete med rutiner och nya arbetssätt. Enligt nuvarande rutin skickas avvikelser från kommunernas MAS:ar till Region Jämtland Härjedalen via diariet. De fördelas därifrån till regionens avvikelsehandläggare. Det innebär manuell hantering för att ta fram statistik på en aggregerad nivå. Regionen har under hösten infört nytt avvikelsehanteringssystem, Synergi. I införandeprojektet ingår att erbjuda MAS:arna tillgång till Synergi. Nya rutiner har tagits fram. MAS:arna har fått utbildning i Synergi. Det har funnits tekniska utmaningar för MAS:arnas åtkomst till Synergi vilket lett till att starten fått skjutas upp. Nuvarande tidplan för driftsättning är slutet av februari 2026.

För arbetsgrupp (AG) *robusthet läkemedel* har det precis som föregående år varit stort fokus på att trygga läkemedelsförsörjningen både lokalt och nationellt. Regeringens satsning sedan 2022 för ökad robusthet av läkemedel fortgår för att förbättra den lokala tillgången till läkemedel vid fredstida krissituation och krig.

Under året har arbetet fortsatt med att upprätta en *LAG Nutrition* samt tillsätta nutritionsansvariga, Idag finns en NAL nutritionsansvarig dietist men fortfarande saknas NAL, nutritionsansvarig läkare och NAS, nutritionsansvarig sjuksköterska. Ett organisationsförslag är inlämnat till HSL för nutritionsarbetet och en GAP-analys är påbörjad

Befintliga grupperingarna är bestyckade med personer får såväl primärvård som sekundärvård.

Regioninternt LSG Patientsäkerhet

Under 2025 upprättades en regionintern samverkansgrupp för strategiska beslut i ärenden och processer inom patientsäkerhet i regionen. Gruppen har samma syfte och uppdrag som LSG Patientsäkerhet och utförlig uppdragsbeskrivning finns i Centuri.

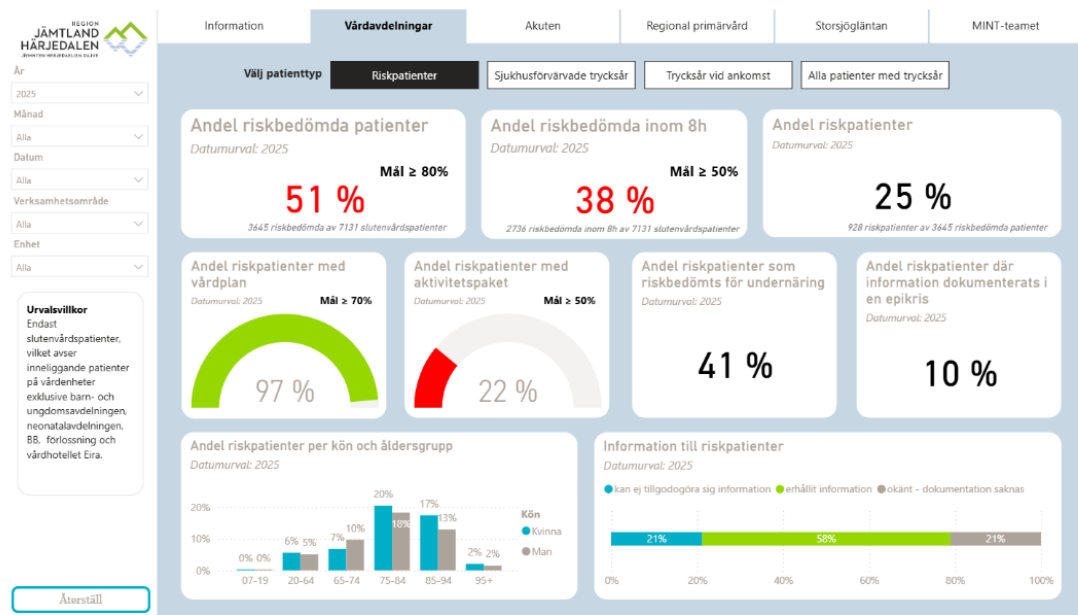
LAG Omvårdnad

LAG Omvårdnad arbetar på uppdrag av verksamheterna, ärenden via Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet (LSG) och Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) samt utifrån regional- och nationella satsningar, nyheter och implementeringar. Syftet med LAG Omvårdnad är att initiera och systematiskt samordna och utveckla omvårdnad inom Region Jämtland

Härjedalen, ordförande och sammankallande är Chefsjuksköterska. Målet är att patienterna i Region Jämtland Härjedalen ska få en god, säker och jämlik vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utveckla omvårdnad med patienten i fokus och medskapare. Arbetet ska också genomsyras av hög patientsäkerhet där arbetet både sker preventivt för att eliminera undvikbara skador och reaktivt där lärdom och kunskap av händelser leder till utveckling och förändrade arbetssätt i verksamheten. Arbetet ska också ske i samarbetet med kommunerna för att förbättra och stärka vårdens övergångar och se till hela vårdkedjan. Arbetet ska integreras med Kunskapsstyrning, kontinuerligt följas upp och systematiskt utvärderas.

Under 2025 har fokus varit på vårdskadepreventionsprocessen för omvårdnad genom Trycksårsprojektet. Projektet pågår enligt plan och under våren implementerades de nya arbetssätten inom slutenvårdsavdelningarna och under hösten har regional primärvård, akutmottagningen, Storsjögläntan och MINT-teamet inkluderats. Processen är klar i sin helhet men vissa delar behöver anpassas för återstående verksamheter. En regional riktlinje för prevention och behandling av trycksår är framtagen och omfattar arbetet i sin helhet.

Uppföljning i Inblick visar på att vi ej når uppsatta mål förutom arbetet med vårdplaner vid risk eller befintligt trycksår. Vi har registrerat 112 (2 procent) sjukhusförvärvade trycksår sedan start och riskbedömt 51 procent (3645) av våra inneliggande patienter, se figur 1.



Figur 1. Andel patienter riskbedömda för trycksår

Andelen patienter som inkommer till sjukhuset med trycksår är något högre och ligger på 3 procent (2024), se figur 2.



Figur 2. Antal patienter med trycksår vid ankomst till sjukhus.

Uppföljning i Stratsys har omarbetats under året från ett kontrollmoment till en checklista. Uppföljningen ska ske två gånger per år i verksamheterna, hel- och halvårs bokslut samt rapporteras i den årliga Patientsäkerhetsberättelsen. Uppföljningen startar skarpt under 2026.

Ledningssjuksköterskenätverket

Under året har två nätverksträffar för ledningssjuksköterskor genomförts. Dagarna som genomfördes var välbesökta och heldagskonceptet är framgångsrikt. Innehållet har varit en blandning av patientsäkerhet, ledarskap och forskning inom omvårdnad samt uppdateringar kring olika utvecklingsprojekt. Kompetensportalen används som administrativt stödverktyg och bygger på att verksamheterna taggar sina ledningssjuksköterskor i portalen. I kompetensportalen finns idag 56 ledningssjuksköterskor registrerade. Nätverket har också en Teams-grupp för samverkan och informationsspridning. Under 2025 har även primärvården påbörjat arbetet med att upprätta funktionen ledningssjuksköterska, något som tidigare främst funnits inom slutenvården.

Vårdhygien

Vårdhygien har under 2025 samverkat regionalt, kommunalt, lokalt samt på nationell nivå, där ett samarbete skett med bland annat Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt Arbetsmiljöverket. Vårdhygien ingår i den regionala samt nationella STRAMA grupp. Representeras även gällande nätverk för hygiensjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg samt operationsnätverk.

Vårdhygien rådgiver dagligen regional och kommunal vård och omsorg vad gäller olika smittor med smittförebyggande arbete. Vårdhygien deltar kontinuerligt i möte tillsammans med MAS-gruppen samt på LSG Patientsäkerhet. Smittspårning inom regional samt kommunal vård och omsorg initieras och hålls av hygiensjuksköterska som tidigare.

Revisioner i form av hygienronder utförs och initieras av Vårdhygien, inom regional vård görs detta var 3:e år. Inom kommunal vård och omsorg görs det även löpande. Vårdhygien startar

under november en första nätverksträff för hygienombud inom kommunal vård och omsorg, med fokus på att stötta och utbilda. Vårdhygien saknar samverkan med kommunal vård och omsorgschefer.

Smittskydd

Smittskydd har som uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor i samhället och inom sjukvården. Smittskydd har på daglig basis informerat och stöttat näringsliv, kommunala verksamheter, medborgare och besökare. Smittspårningsfunktionen rörande alla smittspårningspliktiga sjukdomar fortsätter som tidigare. Smittskydd har ett arbete "frisk i förskolan" ihop med BVC där vi ska erbjuda ett utbildningstillfälle per termin. Under höstterminen erbjöd vi den första utbildningen till alla förskolor i regionen. Temat var återkommande infektioner där vi pratade om bl.a. luftvägsinfektioner /förkylningar, mag- och tarminfektioner och pneumokocker. Denna kommer nu att spelas in under 2026 för att nå ut till fler efter förfrågan.

Arbete pågår med den nationella elimineringsplanen för hepatit C där vi i samarbete med infektion fortsatt varit ute och föreläst om blodsmittor till 20-tal avdelningar/mottagningar samt polisen som även önskat en inspelning av föreläsningen som kommer göras i början av 2026.

Under världs aids dagen var vi tillsammans med UMO och RFSL på Jämtlandsgymnasium och träffade gymnasieelever vilket var väldigt givande, många kloka frågor och diskussioner.

STRAMA-gruppen fortlöper som tidigare med frekventa träffar och arbeten.

Fortlöpande stöd och nära samarbete med vaccinationsenheten och vaccinationssamordnaren i arbetet med planering av fortsatta nationella vaccinationsinsatser. SVIM-möten var 4:e vecka har startat vilket är en träff med Smittskydd, Vårdhygien, Infektion och Mikrobiologen där vi lyfter aktuella ämnen och uppdaterar varandra.

Nätverk för verksamhetsutvecklare

Inom det regionala nätverket för verksamhetsutvecklare har kompetensutveckling inom förbättringskunskap varit ett område som diskuterats. Nätverket har tagit del av det arbete som genomförts inom kunskapsstyrningen, utifrån doseringsmodellen samt de digitala utbildningar som utvecklats i Västra Götalandsregionen som fokuserar på metoder för medarbetardriven verksamhetsutveckling. Arbetet går nu vidare med att under 2026 skapa förutsättningar för en eventuell regional implementering av utbildningen

Regionens medarbetare bidrar till ökad patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården genom att medverka i vårdprocessprogram, arbetsgrupper, nätverk, nationella programråd och regionala medicinska programråd.

Informationssäkerhet

Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten

Uppföljning inom området informationssäkerhet genomförs fortlöpande i enlighet med den process för internkontroll som finns upprättad. De områden där man identifierat förbättringspotential omsätts till risker och hanteras i enlighet med nuvarande riskprocess.

Risikanalyser – förebyggande arbete

Det pågår fortfarande arbete för att införa ett nytt ledningssystem för informationssäkerhet. Den ökade hotbilden utifrån det rådande världsläget innebär att Region Jämtland Härjedalen även stärker riskarbetet för att sänka de risker som har identifierats inom området.

Större förbättringsåtgärder kopplade till informationssäkerheten

Området är fortsatt under omorganisation vilket innebär att förbättringar kommer att kunna kopplas till den nya organisationen.

Skydd mot olovlig åtkomst och granskning

Det genomförs kontinuerligt kontroller av behörighet och loggar granskas fortlöpande enligt dokumenterade processer.

Strålskydd

Checklistefråga	Svar	Kommentar
Ledningssystem	 Ja 32 (st)	
	 Nej 2 (st)	
	 Ej svarat 9 (st)	
Radiologisk ledningsfunktion	 Ja 34 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 8 (st)	
Modalitetsansvarig	 Ja 31 (st)	
	 Nej 3 (st)	
	 Ej svarat 9 (st)	
Metodbeskrivningar, undersökningar	 Ja 31 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 11 (st)	
Metodbeskrivningar, terapier	 Ja 22 (st)	
	 Nej 5 (st)	
	 Ej svarat 11 (st)	
Rolltilldelning kompetensportalen	 Ja 32 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 10 (st)	
Introduktionsprogram	 Ja 34 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 8 (st)	
Avvikelser	 Ja 34 (st)	
	 Nej 1 (st)	

Checklistefråga	Svar	Kommentar
	 Ej svarat 8 (st)	
Hyrpersonal	 Ja 13 (st)	
	 Nej 18 (st)	
	 Ej svarat 12 (st)	
Handhavandeutbildning	 Ja 32 (st)	
	 Nej 2 (st)	
	 Ej svarat 9 (st)	
Strålskyddsutbildning	 Ja 33 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 9 (st)	
Utbildning Chef	 Ja 23 (st)	
	 Nej 11 (st)	
	 Ej svarat 9 (st)	
Kontroll av strålskyddsutrustning	 Ja 34 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 8 (st)	
Leveranskontroll	 Ja 34 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 8 (st)	
Kategoriindelning och persondosmätningar	 Ja 18 (st)	
	 Nej 15 (st)	
	 Ej svarat 10 (st)	
Gravid personal	 Ja 34 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 8 (st)	
Berättigandebedömning	 Ja 31 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 10 (st)	

Checklistefråga	Svar	Kommentar
Berättigandebedömning extern part	 Ja	23 (st)
	 Nej	5 (st)
	 Ej svarat	14 (st)
Höga huddoser	 Ja	16 (st)
	 Nej	13 (st)
	 Ej svarat	13 (st)
Systematiskt optimeringsarbete	 Ja	23 (st)
	 Nej	9 (st)
	 Ej svarat	11 (st)
GGK	 Ja	27 (st)
	 Nej	1 (st)
	 Ej svarat	13 (st)
Ombyggnation	 Ja	34 (st)
	 Nej	1 (st)
	 Ej svarat	8 (st)
Skyddat/kontrollerat område	 Ja	35 (st)
	 Nej	1 (st)
	 Ej svarat	7 (st)
Upphandling röntgenutrustning	 Ja	35 (st)
	 Nej	1 (st)
	 Ej svarat	7 (st)
Transport och förvaring av radioaktiva läkemedel	 Ja	10 (st)
	 Nej	18 (st)
	 Ej svarat	11 (st)
Kontroll av intraoral utrustning	 Ja	14 (st)
	 Nej	10 (st)
	 Ej svarat	14 (st)

Checklistefråga	Aktivitet	Enhet
Radiologisk ledningsfunktion	Kontakt VC ortoped	(Akutmottagning n)
Metodbeskrivningar, undersökningar	Upprätta metodbeskrivning i centuri	(Akutmottagning n)
Metodbeskrivningar, undersökningar	Metodbeskrivning	(Avdelning 1 Kirurgi)
Ledningssystem	Genomgå utbildning i strålskyddets regelverk tillsammans med sjukhusfysiker	(Ortoped- och ryggkirurgiska mottagningen)
Rolltilldelning kompetensportalen	rolltilldelning i kompetensportalen vid nyanställning	(Folktandvården Åre)
Rolltilldelning kompetensportalen	kontroll rollfördelning	(Folktandvården Järpen)
Ledningssystem	Ledningsdokument behöver ses över/utformas för RTG, (gör tillsammans med Annika).	(Hammarstrand)
Modalitetsansvarig	Anmäl Simon till kurs som superanvändare för RTG.	(Hammarstrand)
Ledningssystem	Ledningsdokument	(Svenstavik)
Modalitetsansvarig	Superanvändare RTG	(Svenstavik)
Organisation, styrning & ledning inom strålskyddet	Ledningsdokument	(Svenstavik)
Rolltilldelning kompetensportalen	Kompetensportalen	(Funäsdalen)
Strålskyddsutbildning	Fortsatt utbildning av nya medarbetare.	(Akutmottagning n)
Handhavandeutbildning	Kontrollera med ralf så detta utförs	(Folktandvården Strömsund)
Handhavandeutbildning	kontrollera med ralf att detta utförs	(Folktandvården Hoting)
Hyrpersonal	kontroll om ev framtida inlånad personal behöver säkerställas att dom har strålskyddsutbildning	(Folktandvården Åre)
Handhavandeutbildning	handhavande utbildning för ny personal	(Folktandvården Åre)
Strålskyddsutbildning	uppföljning strålskyddsutbildning vid nyanställning	(Folktandvården Åre)
Handhavandeutbildning	följ upp utbildningen i kompetensportalen	(Folktandvården Järpen)
Strålskyddsutbildning	kontrollera så ny personal går denna	(Folktandvården Järpen)

Checklistefråga	Aktivitet	Enhet
Handhavandeutbildning	Dela ut handhavande utbildning till Simon i kompetensportalen	(Hammarstrand)
Utbildning Chef	Ta reda på vilken utbildning EC ska ha i strålskydd	(Hammarstrand)
Handhavandeutbildning	Handhavande utbildning	(Svenstavik)
Utbildning Chef	EC strålskydd	(Svenstavik)
Handhavandeutbildning	Dokumentera genomgång handhavandeutbildning röntgen i Kompetensportalen	(Sveg)
Strålskyddsutbildning	Strålskyddsutbildning med sjukhusfysiker för usk med röntgendelegering	(Sveg)
Utbildning Chef	Utbildning av enhetschefer med sjukhusfysiker planeras in under 2025	(Sveg)
Hyrpersonal	Strålskyddsutbildning hyrpersonal	(Fjällhälsan)
Kontroll av strålskyddsutrustning	Ny rutin	(Röntgen)
Kontroll av strålskyddsutrustning	Kontrollera med ralf så detta blir gjort	(Folktandvården Strömsund)
Kontroll av strålskyddsutrustning	ktrl märkning personlig strålskyddsutrustning,ktrl om tid för egenkontroll skickas till strålskyddsfysiker	(Folktandvården Gäddede)
Kontroll av strålskyddsutrustning	Kontroll av strålskyddsutrustning	(Folktandvården Åre)
Kontroll av strålskyddsutrustning	EC stämmer av med Simon hur det gått ang. skyddsförkläden	(Hammarstrand)
Leveranskontroll	EC stämmer av med Simon om var frågan avseende blyförkläden ligger	(Hammarstrand)
Kontroll av strålskyddsutrustning	Strålskyddsutrustning	(Funäsdalen)
Höga huddoser	Kontrollera med sjukhusfysiker.	(Akutmottagningen)
Systematiskt optimeringsarbete	Optimeringsarbete	(Röntgen)
Skyddat/kontrollerat område	kontrollera uppmärkning Åre "Skyddat/kontrollerat område"	(Folktandvården Åre)
Skyddat/kontrollerat område	kontroll på kliniken i Järpen	(Folktandvården Järpen)
Utrustning	Boka in röntgen kontroll med Ralf	(Folktandvården Gäddede)
Kontroll av intraoral utrustning	Årlig kontroll av intraoral utrustning enligt Folktandvårdens röntgenhandbok	(Folktandvården Åre)
Kontroll av intraoral utrustning	kontrollera med lokal Ralf om årlig kontroll av intraoral utrustning skett enligt Folktandvårdens röntgenhandbok.	(Folktandvården Järpen)

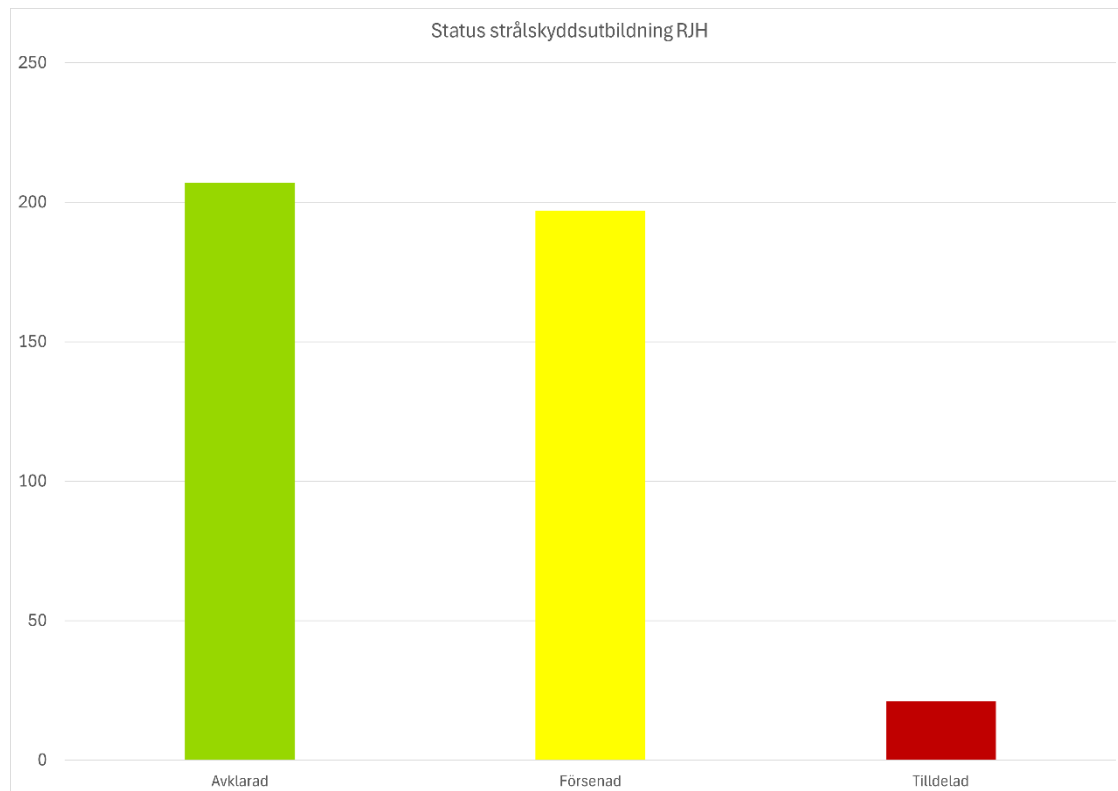
De verksamheter som bedriver tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning har i

sina patientsäkerhetsberättelser sammanfattat det som berör strålskydd för det gångna verksamhetsåret.

Egenkontroll sker via standardiserad checklista och resultatet av enheterna redovisas i strålskyddskapitlet för respektive verksamhetsområde.

Komplettering i fritext är möjligt för att t.ex. utveckla vad aktiviteter som redovisats innebär.

Regional utbildningsrapport



En god säkerhetskultur

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



HSE-fråga	Genomsnitt H2 2025	Genomsnitt H1 2025
1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)	3,92	3,97
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra.	4,11	4,14
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser.	4,01	4,04
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. (negativ händelse = händelse som medför något oönskat)	3,86	3,88
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel.	4,52	4,51
6. Jag vågar prata om mina misstag.	4,5	4,5
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp.	4,27	4,27
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter.	3,75	3,76
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna ändras.	3,94	3,99
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats.	4,11	4,14
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.	3,37	3,43
Totalt HSE-index	4,03	4,06

Region Jämtland Härjedalen genomför sedan sju år tillbaka två gånger per år en gemensam medarbetarenkät där både arbetsmiljö och patientsäkerhet ingår. Det verktyg som används togs ursprungligen fram av SKR, men förvaltas sedan 2024 av LÖF. Enkätverktyget bestående av elva frågeställningar kring hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2025 att verka för en stärkt patientsäkerhetskultur och ett målvärde på HSE index om minst 4,01. Knappt 2200 medarbetare som arbetar patientnära har besvarat HSE mätningar vår och höst 2025. Som framgår av tabell ovan var totalt HSE-index strax över målvärde vid båda mättillfällena. Över den period som mätningar genomförts, ses inga stora förändringar av resultaten från mätningarna. Återkommande sedan många år är utmaningar att erbjuda patienter möjligheter att medverka i patientsäkerhetsarbetet. Delaktighet i den egna vården och att tillvarata patienters och närståendes synpunkter och klagomål är exempel på aktiviteter som skulle kunna genomföras.

Resultaten ska betraktas som en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. HSE- enkäten ger ett underlag att i närtid efter mätningar ha en dialog kring resultaten i verksamheterna. Den korta film som spelats in, finns i Strasys, kan vara ett stöd för verksamheterna att ta hand om sina resultat och skriva fram aktiviteter för att bibehålla goda resultat och /eller förbättra resultat. Tillgång till nationella verktyg som den så kallade Säkerhetskulturtrappan erbjuder möjligheter att fördjupa arbetet med säkerhetskultur inom verksamheterna.

Verksamheternas kommentarer

Verksamheterna arbetar systematiskt och långsiktigt för att bygga och upprätthålla en öppen, lärande patientsäkerhetskultur där personalen tryggt kan rapportera risker, tillbud och avvikelser utan skuldbeläggning. Kärnprinciper är psykologisk trygghet, daglig riskmedvetenhet, kontinuerlig återkoppling och fokus på förbättring snarare än straff. Patientsäkerhet och arbetsmiljö ses som sammanhängande och hanteras ofta i samma forum. För att skapa en hållbar säkerhetskultur behövs arbete med att kontinuerligt identifiera och åtgärda risker, lär av misstag och förbättrar både patient- och personalsäkerhet. Fortsatt fokus rekommenderas på verksamhetsnära ledarskap, patientdelaktighet, samverkan över organisationsgränser, standardiserade rapporteringssystem och regelbunden uppföljning för att omsätta mätresultat i konkreta förbättringar.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Kompetenta och engagerade medarbetare som har möjligheter att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Medarbetare i regionen kan beviljas studiemedel för utbildning på olika nivåer.

Under 2025 har regionen totalt använt 7, 9 miljoner till studiemedel, varav hälso- och sjukvårdsnämnden konterats 4, 6 miljoner, HR har haft en budget på totalt 8, 2 miljoner, varav 3,3 miljoner använts. Studiemedel har kunnat erbjudas till totalt 27 medarbetare, fördelning se nedan:

- studiebidrag á 9408 kronor, heltid för totalt 12, av dessa tio för sjuksköterskor i olika delar av sin grundutbildning och två för biomedicinska analytiker
- studielön á 21 000 kronor heltid för totalt elva, merparten för olika specialistutbildningar sjuksköterska
- utbildningsanställning deltid för totalt fyra personer som bedrivit studier på 50 procent och arbetat 50 procent under terminerna med bibehållen lön.

Yrkeskompetens och kunskap säkerställs i patientsäkerhetsarbetet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. All personal får introduktionsutbildning där patientsäkerhetsarbete ingår. Kunskap och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar, nätverksträffar i olika professioner samt andra utbildningsforum. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov.

Budgetutrymmet för FoU medel ökar för 2025 från fem miljoner till sex miljoner. Den tillförda miljon syftar till att främja vetenskaplig förnyelse och säkerställa återväxt inom Region Jämtland Härjedalens kunskapsmiljö. Alla medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen kan ansöka om FoU-medel med fokus på klinisk forskning som kommer Region Jämtland Härjedalens patienter till gagn.

Vårdhygien har stående utbildningstillfällen för sjuksköterskestudenter, AT-läkare, städpersonal, sommarvikarier/nyanställda, RLU (regional läkarutbildning) samt hygienombudsträff för kommunal vård och omsorg. Utöver utbildningstillfällen hålls föreläsningar vid förfrågan från verksamheter men även på initiativ från Vårdhygien. Mikroutbildningar har publicerats i kompetensportalen. Mikroutbildning gällande Basala hygienrutiner har setts av 1049 medarbetare. Under hösten har Vårdhygien skapat utbildningar till kommunal vård och omsorg som kommer publiceras på hemsidan.

Kompetensförsörjning är en av flera samverkande faktorer som påverkar riskerna för vårdskador. En god kompetensförsörjning innebär att på både kort och lång sikt se till att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens. Med patientsäkerhet i både grundutbildning och fortbildning kan hälso- och sjukvårdspersonalen ställa medvetna krav på och bidra till en säker arbetsplats för både sig själva och patienterna. En ökad medvetenhet och mer kunskap om riskerna samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. De nationella kompetensmål för patientsäkerhet som Socialstyrelsen tagit fram och presenterat under 2024 kan komma att utgöra ett väsentligt stöd i regionens arbete för ökad patientsäkerhet framgent.

Kompetensportalen

För att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete används regionens utbildningsportal Kompetensportalen. Genom dessa utbildningar kan medarbetarna få en grundläggande kunskap om ledningssystem och förbättringsarbete. För läkargrupperna AT/ST finns särskilda studieplaner där utbildning i juridik, patientsäkerhet med mera samt handledning ingår. Område patientsäkerhet erbjuder återkommande olika utbildningsaktiviteter med koppling till säker vård. Under 2025 har ingen organiserad utbildning efter Socialstyrelsens hela koncept med nationell e-utbildning i patientsäkerhet - "Agera för säker vård" med efterföljande gruppdiskussioner genomförts. Sedan december 2022 finns e-utbildningen nu tillgänglig i regionens Kompetensportal. Under året har totalt 17 personer avslutat utbildningen. Område patientsäkerhet gjorde i början av 2023 en kortare introduktionsfilm med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen, under 2025 har 180 personer sett filmen. I kompetensportalen finns även en inspelning av metoden för Gröna korset och under 2025 har 184 personer sett introduktionsfilmen, den tilldelas alla nya medarbetare.

Regional Patientsäkerhetsdag

Under året genomfördes regional Patientsäkerhetsdag den 23 september, i samband med den internationella patientsäkerhetsdagen. Temat för årets dag var "Säker vård för varje nyfödd och varje barn", och arrangemanget möjliggjorde både fysiskt och digitalt deltagande. Dagen syftade till att synliggöra goda exempel och pågående utvecklingsarbete inom regionens verksamheter.

Fokusområden under dagen var bland annat barnrättsperspektivet i vården, där regionens arbete med barnkonventionen presenterades. Barnombud från barnkliniken beskrev hur barns rättigheter integreras i det dagliga arbetet tillsammans med barn och anhöriga. Patientnämnden redovisade vanliga synpunkter och klagomål kopplat till situationer där barn är patienter och tydliggjorde sitt uppdrag inom området. Vidare lyftes modellen Barn Säkert, ett samarbete mellan region och socialtjänst med syfte att tidigt identifiera risker i barns uppväxtmiljö och samordnat stödja barn och familjer.

Lex Succé

I samband med dagen delades även det nyinstittade patientsäkerhetspriset Lex Succé ut för första gången. Priset uppmärksammar insatser som lett till minskat antal vårdskador, förbättrad säkerhetskultur eller ökad kompetens inom patientsäkerhet och riskbedömning. Årets nominerade var:

- Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen –
För implementering av regionens vårdgivarwebb och kunskapsstyrning.
- Lungvik Hälsocentral –
För arbetet *Tillsammans för Trygghet och Patientsäkerhet*.
- Barn- och ungdomsavdelningen –
För daglig tvärprofessionell dialog baserad på arbetsmodellen Gröna Korset.
- Nära Vård Härjedalen – Pristagare 2025
För utvecklad process för ökad delaktighet i team över organisationsgränser.

Motivering till pristagaren

"Patientsäkerhetsteamet i Nära vård Härjedalen har med sitt starka engagemang, sin initiativförmåga och sitt närvarande ledarskap varit en drivande kraft i områdets patientsäkerhetsarbete. Genom att bygga broar mellan olika verksamheter och huvudmän har teamet skapat förutsättningar för en säker vård där lärande och förbättring står i centrum.

Deras förmåga att stötta både medarbetare och chefer har varit avgörande för utvecklingen av ett hållbart arbetssätt – från att identifiera avvikelser till att genomföra åtgärder och följa upp. Patientsäkerhetsteamet har visat hur en god säkerhetskultur kan växa fram när erfarenheter från medarbetare, patienter och närstående tas tillvara och omsätts i lärande, utveckling och förbättring."

Dagen bidrog till erfarenhetsutbyte, lärande och fortsatt utveckling av regionens systematiska arbete för en säker och trygg vård för barn och unga.

Kliniskt träningscentrum

Kliniskt Träningscentrum (KTC) har under året framför allt fokuserat på HLR-utbildningar, färdighetsträning, simuleringsutbildningar, teamträning, produktion av digitala utbildningar och olika introduktionsprogram.

KTC har ansvaret för regionens HLR organisation och leder regionens resusciteringsgrupp som består av kliniskt aktiva läkare och sjuksköterskor. Under året har KTCs HLR organisation:

- Utbildat totalt 46 nya HLR-instruktörer i vårdverksamheterna.
- Genomfört 8 resusciteringsövningar varav två stycken på hälsocentraler med skriftlig feedback och förslag till förbättringar.
- Slutfört upphandling av standardiserade akutvagnar och påbörjat upphandling av nya defibrillatorer som ska vara klar under 2026.
- Genomfört HLR-dagen den 10 december med öppna föreläsningar för medarbetare som innehöll nyheter och aktuell forskning inom HLR, berättelser från överlevare (patienter) och SMS-livräddare samt överlämnade av olika priser från Svenska HLR Rådet och Svenska SMS Livräddare. Verksamhetsområdet Barn och unga vuxna fick även pris som bästa HLR-enhet i regionen.
- Genomfört kompetenshöjande workshops för aktiva HLR-instruktörer.

Simuleringsverksamheten har under 2025 kommit igång ordentligt. Fyra olika utbildningskoncept har startat upp med KTCs medarbetare som huvudinstruktörer.

1. KlinSim 1 design för kunskap och lärande vid simulering, teamträning, instruktionsarbete och studenthandledning. 61 medarbetare från vårdverksamheterna har deltagit. Utbildningen

kommer att ingå i KTCs standardutbud fr.o.m år 2026.

2. KlinSim 2 fördjupning inom pedagogik och instruktörsutbildning för att hålla i KlinSim 1 utbildningar. 8 medarbetare från vårdverksamheterna har deltagit. Utbildningen kommer att ingå i KTCs standardutbud fr.o.m år 2026.

3. SMART simulering som är ett tidseffektivt och resurssnålt koncept för att bedriva medicinsk simulering med särskilt fokus på kommunikation och teamarbete, utformat för att vårdenheter ska kunna träna i befintlig verksamhet. 2 huvudinstruktörer har utbildats under 2025 och utbildningen kommer att ingå i KTCs standardutbud fr.o.m år 2026.

4. CRM larmteamsutbildning som är en tvärprofessionell utbildning med fokus på kommunikation. Utbildningen kunde starta upp tack vare EU-medel från Europeiska socialfonden (ESF). Vid pilotutbildning deltog 20 medarbetare från vårdverksamheterna. Utbildningen kommer att ingå i KTCs standardutbud fr.o.m år 2026.

Ett sextiototal undersköterskor har genomfört olika standardiserade kompetenskort som är uppbyggd med både en teoretisk och en praktisk del. Uppläggen för kompetenskorten har reviderats under året och repetitionsutbildningar med checklistor planeras.

Digital utbildningsproduktion har en fortsatt ökande efterfrågan av vårdverksamheterna. KTCs utbildningsproducent bistår vårdverksamheterna genom hela produktionsprocessen där verksamheternas grovmanus omvandlas till pedagogiska e-utbildningar och filmer. På regionens videoplattform har 154 olika filmer av varierande längd distribuerats under 2025 (jmf med 65 filmer år 2024). De flesta är delar av olika utbildningar. Exempel på produktioner under året:

- Digitala delen i Kompetensportalen för ledarskapsutbildningen "Leda i förändring", som är en del av Färdplan 2030.
- Masskadeövning "Pågående dödligt våld" i samarbete med Östersunds kommun med en mängd kameror och efterarbete.
- Utgående från 2024 har arbete med målgruppsanpassade trycksårsutbildningar fortsatt med mål att lanseras 2026.
- För studierektorer inom läkarfortbildningen, serie av intervjuer med en mängd nyligen pensionerade läkare som inspiration och erfarenhetsöverföring.

KTC har under 2025 ansvarat för tre olika introduktionsprogram för nya medarbetare.

1. Kliniskt basår för sjuksköterskor med nytt upplägg och två parallella grupper, 55 deltagare.

2. Sommarintroduktion som genomfördes vecka 24, 30 deltagare. Utvärdering visade på nyttan dock svårigheter för avdelningar att skicka alla nyanställda pga ansträngd bemanningssituation.

3. Förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor. Ny satsning från KTC med hjälp av EU-medel från ESF, 17 deltagande undersköterskor. Lyckad satsning med mycket positiv utvärdering från deltagarna.

I samverkan med Division Nära Vård har KTC bildat 4 sk. KTC-hubbar med geografisk spridning inom regionen (Funäsdalen, Hammarstrand, Järpen och Strömsund). Syftet är att öka möjligheterna till kompetensutveckling för medarbetare i regionens glesbygdsverksamheter samt stärka den verksamhetsnära beredskapen för komplexa/akuta situationer. Varje hubb har en egen utbildningsutrustning och sköts av lokala utbildningskoordinatorer. KTC har under året satsat stort på att fortbilda utbildningspersonal vid hubbarna. Förutom detta har KTC och Division Nära Vård även ett gemensamt projekt som leds av en distriktsläkare. Projektet "Akutberedskap i Primärvården" syftar till att bygga upp och implementera en långsiktig utbildningsstruktur och övningsverksamhet inom primärvården för att höja förmågan att hantera akuta och svåra tillstånd. Projektet kommer att

slutföras under 2026.

KTC har även startat ett samarbete med Högskolan i Gävle där de praktiska momenten i uppdragsutbildningen Gipsteknik 22,5 hp har genomförts i KTC lokaler. Utbildningen är särskilt framtagen för att fördjupa vårdpersonalens kunskaper och färdigheter inom området. Totalt deltog ca 30 personer från olika delar av Sverige.

Klinisk karriärmodell

Framtagna kliniska karriärmodeller som testats har fortsatt använts och kommunikation har förts med aktuella chefer. Stödmaterial har reviderats, utbildningsfilmer inklusive nytt utbildningsmaterial har tagits fram och webbsida i vårdgivarwebben är publicerad. Förutom det har planering av bredare införande setts över och arbete med att öka nyttan med en karriärmodell påbörjats. Karriärmodellerna som är framtagna i regionen är indelad i sex nivåer. Fördelning av hur 50 sjuksköterskor är placerade i nivåer under 2025, totalt fyra fler än förra året:

- nivå 1, 18 sjuksköterskor
- nivå 2, 24 sjuksköterskor
- nivå 3, 7 sjuksköterskor
- nivå 4, 1 sjuksköterska

Under 2025 påbörjades arbetet med att ta fram tre nya karriärmodeller (medicinska sekreterare, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut), utkast är klar men de är inte testade i någon verksamhet ännu.

Verksamheternas kommentarer

Helhetsperspektiv

Verksamheterna arbetar systematiskt för att säkra och utveckla personalens kompetens för trygg och patientsäker vård. Insatserna kombinerar strukturerad introduktion, löpande intern fortbildning, praktisk träning, ledningsstöd och aktiv bemanningsplanering. Medarbetarsamtal och årliga kompetenskartläggningar används för att identifiera behov och styra utbildningsinsatser. Målet är att skapa hållbar bemanning, god arbetsmiljö och kontinuerligt förbättringsarbete.

Introduktion och handledning

Nyanställda får strukturerad inskolning enligt lokala checklistor och regiongemensamma modeller, ofta med individuell inskolningsplan och tydlig mentor- eller stödperson. Nya medarbetare arbetar initialt nära erfarna kollegor och får obligatorisk patientsäkerhets- och systemutbildning via Kompetensportalen eller motsvarande. Handledning sker både professionsspecifikt och tvärprofessionellt och värderas högt i verksamheterna.

Löpande utbildning och praktisk träning

Regelbundna fortbildningsdagar, kompetenstimmar och återkommande övningar (t.ex. teamträning vid akuta händelser, respirator- och luftvägsövningar, CPR/HLR, trauma- och resusciteringsövningar) är centrala. Kliniska träningscentrum (KTC), simulatorer och scenarioövningar används för praktisk färdighetsträning. Digitala lärresurser och moduler i Kompetensportalen kompletterar fysiska utbildningar. Många enheter har infört utbildningshjul eller rotationsplaner för att säkerställa att alla får nödvändiga kurser.

Specialist- och ST-utbildning

Det råder på flera håll nationell och lokal brist på specialistläkare och vidareutbildade sjuksköterskor. Strategier för att möta detta inkluderar egen ST-utbildning, betald vidareutbildning, traineeprogram, rekrytering av stafettläkare vid behov och kompetensförskjutning där uppgifter flyttas till sjuksköterskor/undersköterskor med adekvat

utbildning. Kliniker arbetar även med att göra arbetsplatser attraktiva genom konkurrenskraftiga villkor och utvecklingsmöjligheter.

Bemannings och schemaläggning

Schemaläggning planeras aktivt för att säkerställa erfaren personal i varje pass och hänsyn tas till kompetensnivåer, jourbehov och återhämtning. Verksamheter använder dagliga pulsmöten, Gröna korset och lokala koordinatroroller för att följa upp bemanning, prioritera uppgifter vid personalbrist och minska behov av hyrpersonal. Målet är kontinuitet och god stödstruktur för ny/erfaren personal.

Patientsäkerhet och kvalitet

Kompetensutveckling kopplas direkt till patientsäkerhet via obligatoriska kurser (t.ex. HLR, brandsäkerhet), övningar och diskussioner om avvikelser på arbetsplatsträffar. Avvikelsehantering används både för lärande och förbättringsarbete; en del enheter har arbetat med att använda rapporter som underlag för förbättringar snarare än enbart avvikelseanalys. Medicinskt ansvariga sprider riktlinjer och deltar i nätverk för att hålla rutiner uppdaterade.

Ledarskap och verksamhetsutveckling

Enhetschefer, verksamhetsutvecklare och medicinskt ansvariga leder kompetens- och förbättringsarbete. Chefer ansvarar för att säkra nödvändig kompetens, planera scheman och erbjuda metodstöd. Många verksamheter har också utbildat analysledare för händelseanalyser och använder strukturerade verktyg för implementering och uppföljning.

Tvärprofessionellt samarbete och nätverk

Samverkan mellan yrkesgrupper, kliniska nätverk och externa samarbetspartners (t.ex. regionala centra, universitet, räddningstjänst) är en viktig del i kunskapsutbyte, praktikmöjligheter och metodutveckling. Nätverk används för att sprida goda rutiner och stärka specialistfunktioner lokalt.

Digitalisering och systemstöd

Digitala verktyg—Kompetensportal, journalsystem (t.ex. Cosmic), NOVA-tablet och e-moduler—används för utbildning, dokumentation och kvalitetssäkring. Det finns ett ökat fokus på digitala utbildningsformat och på att integrera system i introduktion och arbetsflöden.

Uppföljning och förbättringsarbete

Återkommande utvärderingar, utbildningsinventeringar, implementering av PDSA-cykler och lokala förbättringsgrupper säkerställer att insatser följs upp och utvecklas. Personalengagemang i förbättringsprojekt och regelbundna arbetsplatsträffar ökar lärandet och systemförståelsen.

Exempel på prioriterade insatser

- Stärka specialist- och vidareutbildningsvägar för läkare och sjuksköterskor.
- Standardisera inskolning och mentorskap.
- Bibehålla och utveckla praktiska träningsmöjligheter (KTC, simulering).
- Använda digitala utbildningsresurser och Kompetensportalen mer konsekvent.
- Bevara schemaläggning som säkrar erfaren personal per pass och minskar beroendet av hyrpersonal.
- Förankra förbättringsarbete i daglig verksamhet med tydlig ledning och återkoppling.

Sammanfattande slutsats

Verksamheterna bedriver ett brett och systematiskt arbete för att trygga

kompetensförsörjningen och patientsäkerheten genom kombinationen av strukturerad introduktion, kontinuerlig fortbildning, praktisk träning, aktiv bemanningsplanering och ledningsstöd. Fortsatt fokus krävs på att fylla kompetensluckor inom specialistläkare och vidareutbildade sjuksköterskor samt att implementera och följa upp standardiserade inskolnings- och utbildningsrutiner.

Patienten som medskapare

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



Tema	Prioritering	Insats	Aktivitet	Kommentar
Patienten som medskapare		Stöd för att utgå från patientens behov		

Vårdhygien har upprättat informationsmaterial för att engagera patienter gällande Vårdhygieniska aspekter på informationsskärmar kring förebygga smittspridning, egenvårdsbroschyr vid urinkateter samt broschyr för att minska smittspridning via handfat.

Verksamheternas kommentarer

Huvudbudskapet från verksamheterna är att skapa en patientcentrerad vård där delaktighet, gott bemötande, transparens och kontinuerlig förbättring är i centrum. Verksamheterna arbetar systematiskt för att involvera patienter och närstående både i den enskilda vården och i kvalitet- och patientsäkerhetsarbete genom tydlig kommunikation, strukturerade samtalsmetoder och återkoppling. Verksamheterna strävar efter att göra patienter och närstående till aktiva medskapare genom kombinationen av personligt bemötande, strukturerade samtalsmetoder, digitalt stöd och systematisk återkoppling. Framsteg syns i flera initiativ, men det finns fortsatt behov av mer systematik, regelbundna forum för patientinflytande och bredare implementering av digitala lösningar för att fullt ut stärka patienternas roll i vårdens utveckling och patientsäkerhetsarbetet.

Patienten som medskapare: Patienter och närståendes synpunkter och klagomål

Patienters och närståendes synpunkter, klagomål och erfarenheter ses som centrala för patientsäkerhet, kvalitetsutveckling och patientdelaktighet. Verksamheterna erbjuder flera kanaler för återkoppling: direktkontakt med personal och enhets-/verksamhetschef, telefon, brev, den inloggade tjänsten på 1177.se, Patientnämnden och det interna avvikelssystemet. Målet är en tillgänglig, transparent och lärande handläggning som återkopplar till patienten och används för förbättringar i vården.

Ibland kan det upplevas känsligt för patient/ närstående att kontakta vården direkt. Då finns

alternativet att kontakta Patientnämnden, som erbjuder patient/ närstående stöd i kontakten med berörd vårdverksamhet. Som patient/ närstående finns även möjlighet att påverka vården genom att lämna medborgarförslag eller genom att lämna in ett så kallat "enskilt klagomål" direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Konkreta åtgärder och exempel

- Återkommande åtgärder inkluderar snabb telefonkontakt, inbjudan till samtal med verksamhetschef, registrering i avvikelssystemet vid behov, och spridning av förbättringar i personalforum.
- Digitala lösningar har införts eller planeras (t.ex. 1177-tjänster och uppdaterade avvikelssystem med obligatoriska fält) för att öka tillgänglighet och patientens möjlighet att beskriva händelsen med egna ord.
- Lokala förbättringar (t.ex. informationsmaterial, kontaktsjuksköterskor, fysiska informationsskyltar/QR-koder) används för att göra det enklare för patienter att lämna synpunkter.

Sammanfattningsvis finns en tydlig struktur och stark ambition att hantera synpunkter och klagomål snabbt, transparent och lärandeorienterat. Fortsatt fokus behövs på tekniska lösningar, förbättrad patientdelaktighet och tydligare information om var och hur patienter ska framföra olika typer av synpunkter, i tabell 1 redovisas kontaktvägar för synpunkter och klagomål.

Tabell 1: Antal inkomna ärenden från patient/ närstående eller invånare, per kontaktväg och år

Kontaktväg	Mottagare	2023	2024	2025
Klagomål från patient/närstående via 1177 e-tjänst	Direkt till verksamhet	1662	2273	2389
	Via Patientnämnden	289 (av totalt 557)	320 (av totalt 542)	358 (av totalt 557)
Enskilda klagomål via IVO (inkomna via Platina)		Uppgift saknas	24	15
Klagomål från invånare, via mail/brev (inkomna via Platina)	Till Hälso- och sjukvårdsnämnden	24	21	21
	Till Patientnämnden	Ingen uppgift	92	79

Patienten som medskapare: Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt

Verksamheternas kommentarer

Regionens verksamheter visar en uttalad ambition att involvera patienter och närstående som aktiva medskapare i vårdens utveckling, men tillämpningen varierar och behöver bli mer systematisk och resurssatt. Centrala teman:

- *Målsättning och värdering:* Patienters erfarenheter och kunskap om sin kropp betraktas som viktiga för vårdkvalitet, patientsäkerhet och relevanta vårdprocesser. Många enheter arbetar personcentrerat och ser patienter/anhöriga som partner i analys- och förbättringsarbete.

- *Exempel på god praxis:*

- Lokala initiativ där patienter deltar i förbättringsprojekt (t.ex. ungdomsmottagningen med referensgrupper, skolenkäter, chat-feedback och ambassadörer; hemsjukvård och specialprojekt där patienter involveras i utveckling).

- Systematisk uppföljning efter avvikelse eller vårdskada där patienter informeras och erbjuds uppföljning/intervju.
- Användning av Nöjd-kund-index (NKI) och pappersenkäter för att fånga patientupplevelser som underlag för förbättringar.
- Innovationer som AI-diktering föreslås och i vissa miljöer används för att öka transparens och möjliggöra genomgång av journaltext tillsammans med patienten.

- Brister och behov:

- Avsaknad av ett regionövergripande, strukturerat arbetssätt för att rekrytera och involvera patienter i större utvecklingsprojekt och strategisk planering. Medverkan sker ofta ad hoc eller i enstaka ärenden.
- Bristande ledningskapacitet, verksamhetsutvecklare och resurser har lett till låg prioritet för systematisk patientmedverkan under vissa perioder (exempelvis 2025).
- Otillräcklig representation av barn och ungdomars åsikter i många flöden, och svårigheter att nå vissa grupper (t.ex. äldre eller personer med kognitiva svårigheter via telefonmenyer).
- Behov av tydliga rutiner, uppdrag och verktyg (t.ex. ett "patientbibliotek" för rekrytering) samt regionövergripande riktlinjer för hur patientmedverkan ska organiseras och följas upp.

- Praktiska följder och rekommendationer:

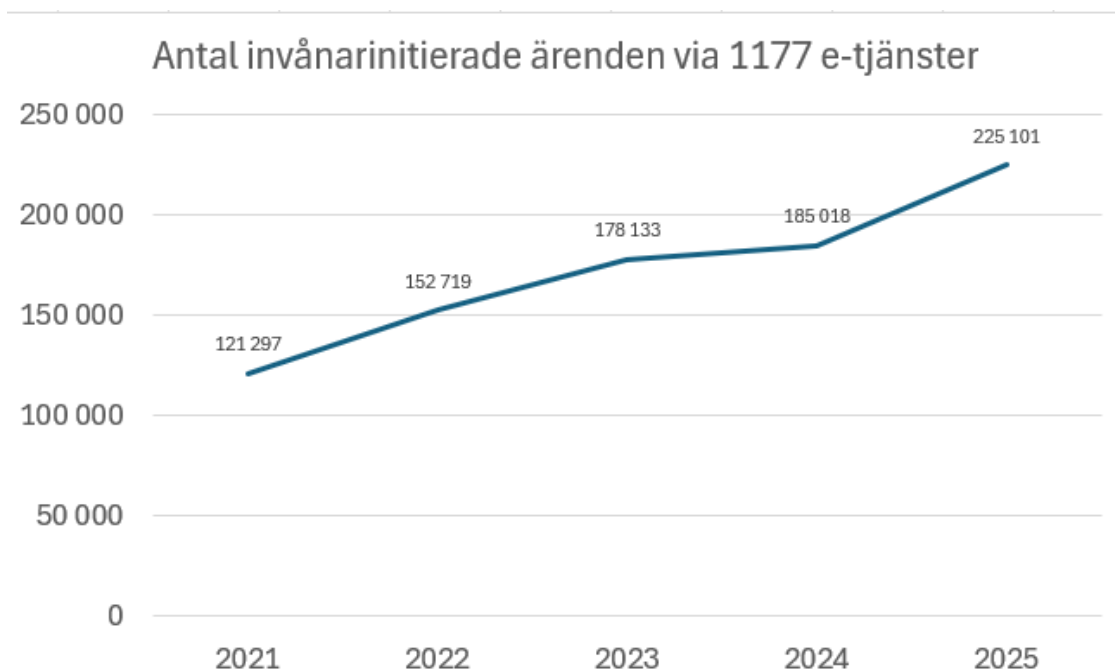
- Införandet av strukturerade processer, tydliga ansvarsroller och resurser för att säkerställa att patientperspektivet systematiskt används i utvecklingsarbete.
- Utökad användning av varierade metoder för att fånga patientröster (enkäter, fokusgrupper, brukarråd, samverkan med patientföreningar, digital feedback, ungdomsreferensgrupper) för att nå fler grupper och åldrar.
- Särskild uppmärksamhet på tillgänglighet (t.ex. alternativ till knappvalstelefon, riktad kontaktväg för dem som behöver det) och dataskydd/sekretess vid tekniska lösningar som AI-diktering.
- Fortsatt systematisk uppföljning efter händelser med information och erbjuden delaktighet i lärandeprocesser.

Sammanfattningsvis finns en stark viljeinriktning att arbeta med förbättrad patientmedverkan och flera lokala goda exempel. För att uppnå konsekvent och hållbar medverkan krävs dock regionövergripande strukturer, resurser och verktyg som möjliggör planerad, representativ och säker involvering av patienter och närstående i förbättrings- och utvecklingsarbete.

Patienten som medskapare: Patienters delaktighet i den egna vården

1177 e-tjänster

Cirka 94 procent (125 471) av befolkningen i region Jämtland Härjedalen har aktiva användarkonton på 1177.se, en andel som legat stabilt under flera år. De invånare som är anslutna kan sköta vissa av sina vårdärenden själva och då e-tjänsterna kan användas dygnet runt, blir det enklare för dem som till exempel inte har möjlighet att ringa under telefonid. Anslutna invånare ökar stadigt sitt användande, se figur 3.



Figur 3: Antal invånarinitierade ärenden som hanteras via 1177 e-tjänster

De tre e-tjänster som används mest frekvent är Förnya recept, Kontakta din hälsocentral samt Av- och omboka tid. Under året har flera e-tjänster uppdaterats och primärvården har fått ett utökat grundutbud, med tillägg av bland annat Beställ journalkopia och Beställ intyg, se tabell 2.

Tabell 2: Fördelning av ärenden per e-tjänst initierat av invånare

Kategori	2024	2025
Förnya recept	55 588	63 909
Kontakt	50 365	60 173
Övrig	23 641	22 591
Av/omboka tid	22 736	34 457
Beställa tid	16 997	26 732
Rådgivning	5835	4185
Förnya hjälpmedel	2663	2703
Synpunkter och klagomål	2273	2389
Fråga sjuksköterska	1379	1686
Beställa journalkopia	925	1495
Inför besök	786	817
Begär intyg	750	2346
Egenremiss	631	845
Skicka fråga	475	415
Remissfråga	168	253
Förläng sjukskrivning	100	104
HälsodeklARATION	0	1
Totalt	185 018	225 101

Drygt 40 000 fler ärenden initierade av invånare under 2025, merparten inom kategorier bokning av tider och begäran av intyg.

Tabell 3. Fördelning av ärenden per e-tjänst initierat av vården

Kategori	2024	2025
Information	35 476	53 069
Övrigt	18 994	30 321
Meddelande	12 177	15 426
Provsvär	1537	2228
Remiss	1161	1177
Information inför besök	1034	1264
Kallelse	556	2617
Uppföljning	16	36
Fråga	1	0
Fråga	17 015	25 283
Övrigt	9466	14 853
Kallelse	2701	4149
Fråga	2502	3826
Enkät	1224	754
Meddelande	595	292
Information inför besök	514	1376
Uppföljning	11	22
Okänd	1	0
Remiss	1	11
Totalt	52 491	78 352

Knappt 26 000 fler ärenden initierade av vården under 2025, ökning ses inom kategorier kallelser och information inför besök.

Nationell patientenkät (NPE)

Nationell patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Sedan 2009 deltar samtliga regioner. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Genom att delta i Nationell patientenkät har patienter möjlighet att berätta om och svara på frågor om sina erfarenheter och upplevelser av vården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten kan även användas som underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Regionerna avgör själva intervallen för enkäten och vilka verksamheter som deltar. Under 2025 deltog specialiserad sjukhusvård öppenvård, svarsfrekvens 55 procent. Ett antal dimensioner ingår i enkäten, varav delaktighet och involvering är en, där noteras värdet 91 procent för genomförd mätning 2025.

Patientens läkemedelslista

Ett försök att involvera patienterna i arbetet med korrekt läkemedelslista har fallit väl ut på Reumatologmottagningen. Inför besöket får patienten en utskriven läkemedelslista

hemskickad med kallelsen för att i förväg kontrollera om den är överensstämmande med det som hen tar. Vid besöket går läkaren och patienten tillsammans igenom listan.

Läkemedelsenheten håller även på att ta fram rutiner för att skicka med en tom läkemedelslista som patienten ska fylla i inför besöket. Möjligheter för att skicka denna digitalt är under utredning.

Verksamheternas beskrivningar

Verksamheternas budskap är att stärka patientens delaktighet och inflytande i sin vård genom personcentrerade arbetssätt, ökad transparens och förbättrade kommunikationsflöden. Åtgärderna spänner över både slut- och öppenvård, och omfattar organisatoriska rutiner, digitala verktyg, personalstöd och metoder för att involvera patienter och närstående.

Effekter och utmaningar som lyfts fram är

- Positiva resultat inkluderar ökad patientförståelse, bättre dialog, snabbare dokumentation och påvisad hög delaktighet i vissa enheter.
- Utmaningar är att etablera gemensamma, övergripande arbetsmetoder för exempelvis egenmonitorering och självadministration av läkemedel, att systematiskt mäta patientdelaktighet samt att sprida och implementera goda arbetssätt brett i hela regionen.

Patienten som medskapare: Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling

Patientperspektivet är centralt och används systematiskt för lärande, analys och kvalitetsutveckling i vården. Synpunkter och klagomål tas emot via flera kanaler (1177, mottagningar, e-post, sociala medier, patientenkäter och register som PREM/PROM, graviditets- och operationsregister m.fl.) och används för att förbättra rutiner, processer och patientsäkerhet. Avvikelsesrapporter och patient-/närståendes egna beskrivningar integreras i utredningar och leder till åtgärder samt återkopplas till berörd personal.

Kontinuerlig dialog med patienter och närstående, särskilt vid avslut av längre insatser och i vårdplanering, betonas för att säkerställa delaktighet och anpassning efter förändrade behov. Exempel på arbetssätt är fasta team för kontinuitet, samlade årskontroller för kroniska patienter och användning av min vårdplan i cancervården. AI-diktering och andra tekniska stöd nämns som medel för ökad transparens och möjligheten att gå igenom journalinnehåll tillsammans med patienten.

Det finns etablerade verktyg och forskningsinsatser (t.ex. studier av 1177 rådgivning) som används för att förbättra processer, öka patientcentreringen och kvalitetssäkra rådgivning och tjänster. Samtidigt identifieras områden som behöver utvecklas: mer systematiskt ramverk för patientmedverkan i större och strategiska utvecklingsprojekt, bredare införande av PROM för fler diagnoser och bättre strukturerad återkoppling till personal som inte varit direkt involverad i en händelse. Under 2025 ses ett ökat antal patientnämndsärenden där patient/närstående hänvisar till olika kunskapsstöd framtagna inom systemet för Kunskapsstyrning Vård. De pekar på att vårdgivaren inte fullföljt det som vårdprogram innehåller. För att stärka patientinvolvering planeras också åtgärder för att underlätta rekrytering till brukarföreningar och ersättningsmodeller för deltagande patienter. Målet är en lärande, lyhörd och personcentrerad vård där patienters erfarenheter tydligt fångas upp, analyseras och omsätts i förbättringar.

Patienten som medskapare: Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap

Läkemedelsenheten beskriver ett konkret arbete med patientmedverkan vad gäller förskrivning av opioider. Som ett led i att minska risken för opioidberoende togs en

patientinformation om Smärtlindring med opioider fram 2024. Informationen är tänkt att delas ut vid förskrivningen.

Verksamheternas kommentarer

Huvudbudskapet är att öka patientsäkerheten genom att göra patienter och närstående till aktiva medskapare i vården. Centrala insatser är att ge tydlig, anpassad och kontinuerlig information samt att skapa förutsättningar för delaktighet och egenvård (t.ex. egenmonitorering, patientkontrakt, patient fyller i en tom läkemedelslista inför besök hos läkaren- ses över gemensamt). En viktig komponent är att svårt sjuka ska känna till sin kontaktsjuksköterska för snabb dialog och råd.

Patientinvolvering kräver systematik och kontinuitet: idag saknas ofta ett övergripande, strukturerat system och etablerade kontaktvägar (exempelvis entréer via patientföreningar eller regelbundna möten med brukarföreningar). Därför efterfrågas mer långsiktiga arbetssätt, utvidgad primärvård med kontinuitet och regelbundna samråd för att stärka personcentrerad vård.

Praktiska åtgärder som testats eller föreslås inkluderar informationsmaterial vid sängkanten, riktade hälsosamtal, läkemedelsgenomgångar i pilotprojekt, förebyggande insatser i olika åldersgrupper och ökat bruk av erfarenheter från patientkontakter (t.ex. via 1177). Personalens lyhördhet och ett respektfullt bemötande framhålls som grund för förtroende och fungerande samråd.

Patienters och anhörigas synpunkter ska alltid inhämtas och dokumenteras i händelseanalyser, klagomål och förbättringsarbete för att öka riskmedvetenheten och förbättra beredskapen även för sällsynta händelser. Sammantaget pekar verksamheternas redogörelser på stort förbättringspotential i att formalisera patientinflytande, utveckla kommunikationskanaler och bygga en kultur där patienter får kunskap, ansvar och möjlighet att aktivt bidra till en säkrare vård.

Agera för säker vård - fem fokusområden

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverket och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.
- Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



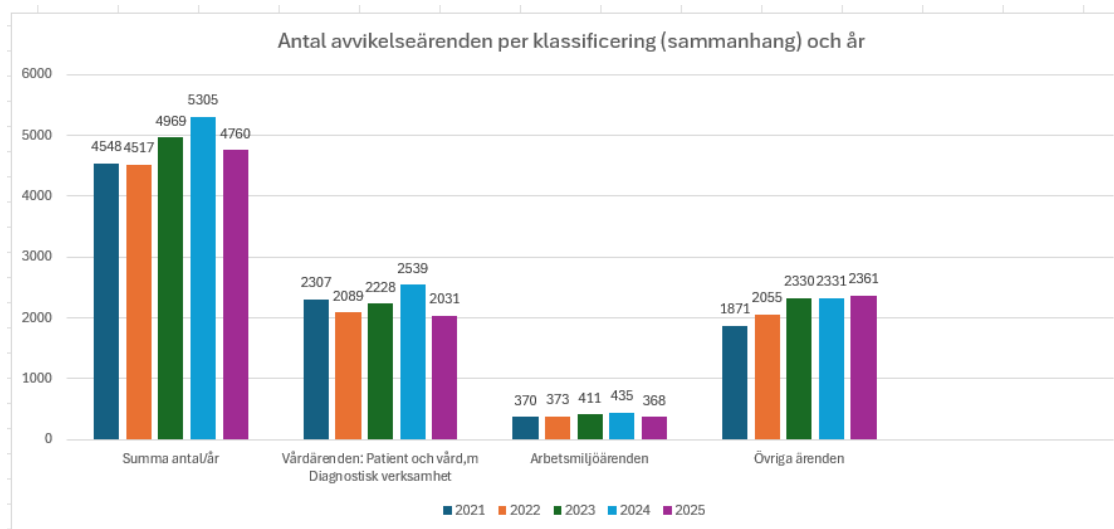
Har vården varit säker

Avvikelseärenden

Avvikelseärenden i regionens avvikelshanteringssystem

Resultat

Nedan presenteras data från regionens avvikelshanteringssystem, i figur 4 data från Centuri 8 som användes fram till och med 2025-11-11. .



Figur 4: Antal ärenden rapporterade i regionens avvikelshanteringssystem, antal per gruppering och år. Observera att 2025 avser tidsperioden 1 januari till 11 november, i Centuri 8.

I tabell 4 visas data från Synergi Life som började användas 2025-11-12

Tabell 4 Antal ärenden fördelat på bakomliggande orsakskategori för vårdavvikelser rapporterade i Synergi Life tidsperioden 12 november till 31 december 2025.

Kommunikation och information	41
Procedurer, rutiner och riktlinjer	39
Omgivning och organisation	15
Teknik, utrustning och apparatur	8
Utbildning och kompetens	15

Analys: Antal inrapporterade avvikelseärenden vård och arbetsmiljö under 2025 är ungefär desamma som 2024, antal vårdärenden totalt 2361 och arbetsmiljö 431. Det äldre avvikelssystemet tillåter inga djupare analyser av bakomliggande orsaker. *En grov analys av data från båda avvikelssystemen visar fördelning av olika ärenden, varav 258 utgörs av fall, 127 rör läkemedelshantering, 44 ärenden inbegriper sår och 43 ärenden rör blåsöverfyllnad.* Vid analys från statistiken i Synergi var även fall, blåsöverfyllnad och händelser som berör basal och preventiv omvårdnad de vanligaste förekomna avvikelserna. Likaså identifierades läkemedels- och personuppgiftsincident relaterade avvikelser som förekommande.

Det finns anledning att anta en underrapportering av ärenden förknippande med vårdrelaterade infektioner (VRI). Vårdhygien har arbetat för att belysa vikten av att verksamheterna skall känna till och skriva avvikelser, vid misstanke eller vid uppkomna VRI. Införandet av nytt avvikelssystem under senare delen av 2025 visar på helt andra möjligheter

till analyser. Från 12 november till sista december 2025 rapporterades 293 avvikelser i Synergi och 107 av dess utredades och slutbehandlades inom perioden. Alla 107 avvikelser har minst en identifierade bakomliggande orsak, vissa avvikelser har fler. Kommunikation och information identifierades som de mest vanligt förekommande orsaksområdet, därefter var Procedurer, rutiner och riktlinjer det vanligaste bakomliggande området. Under samma period rapporterades även avvikelse kopplat till arbetsmiljö.

Åtgärder: Även i år har det erbjudits utbildningstillfällen för handläggare ca 1 ggr/ månad. I tillägg finns introduktionsmaterial riktat till både rapportör och till handläggare/ utredare publicerat i ledningssystemet. Det finns en funktionsbrevlåda för support dit det kommer frågor om enskilda ärenden, om ärendeflöde samt om behörigheter. I samband med införandet av Synergi life erbjöds två tillfällen varje vecka under en period för support för samordnarna. Deras roll är central för att stötta och vägleda handläggare på lokal nivå. Momentet var uppskattade och därför finns det planer om att fortsätta med supporttillfällen under 2026. Vidare planer för 2026 är att ansluta kommunens MAS/MAR i Synergi life, vilket möjliggör ett utökat samarbete mellan kommunens och regionens vårdgivare i hanteringen av avvikelser.

Verksamheternas kommentarer

Under 2025 genomförde regionen omfattande förändringar i avvikelsehanteringen, där ett centralt inslag var bytet från tidigare lokala system (bl.a. Centuri/C8) till Synergi Life (införandet runt 12 november). Systembytet syftar till bättre överblick, statistikstöd och spårbarhet i processerna, men införandet har också inneburit en inlärningsperiod där rapportering och handläggning tillfälligt känts mindre stabil i vissa enheter.

Volym och mönster

- Rapportnivåerna varierar mellan verksamheter: exempelvis rapporterades totalt flera hundra ärenden i olika områden (exempelvis 470 i ett område, 539 i ett annat samlat urval, samt mindre enheter med 7–145 ärenden). Flest avvikelser rörde patient- och vårdprocesser, journalhantering/dokumentation, omvårdnad, läkemedel och arbetsmiljö/frågor kopplade till IT/telefoni. Flera enheter noterade minskad rapportering jämfört med föregående år i vissa områden.
- Ett antal rapporterade händelser bedömdes som vårdskador eller skadliga incidenter (exempelvis tryckskador, infektioner, fall, feldoseringar), och några interna utredningar bedömdes potentiellt leda till Lex Maria-anmälan. Många ärenden bedöms som tillbud eller risker utan allvarlig skada.
- Kommunala/externa rapporter inkom till flera enheter, ofta med teman kring bristande kommunikation vid övergångar, hemgång eller kallelser.

Organisation, ansvar och arbetsprocess

- Ett gemensamt mönster är att närmaste chef (VC/EC) tillsammans med medicinsk ledning (MLA/MLU) ansvarar för handläggning, bedömning av behov av fördjupad händelseanalys och beslut om information till chefläkare/patientsäkerhetsenhet. Avvikelsekoordinatorer (AVK) eller särskilda handläggare spelar en central roll i att granska, sammanställa och presentera inkomna ärenden.
- Enstaka områden använder särskilda avvikelsehandläggare och pulsmöten eller Gröna korset (daglig riskregistrering) för att fånga och åtgärda risker snabbt. Gröna korset betonas som ett icke-besträffande, lärande verktyg för att fånga risker i vardagen.
- Rutiner för omedelbar åtgärd (att den som rapporterar ofta löser problemet direkt) kombineras med struktur för vidare utredning, uppföljning och återkoppling via APT, arbetsplatsträffar, yrkesgruppsmöten och patientsäkerhetsmöten.

Systemstöd och analysförmåga

- Tidigare system har begränsat möjligheten att ta fram jämförbar statistik och tydlig status för ärenden; Synergi Life förväntas förbättra detta men införandet kräver nya rutiner eftersom

Synergi skickar rapporter till alla chefer/ärendesvariga vilket ändrat arbetsflödet.

- Implementering av digitala verktyg (digitalt Gröna korset, AI-diktering, förbättrade journalintegrationer) diskuteras och provas för att minska administrativ börda, förbättra dokumentation och snabbare sprida lärdomar.

Kultur, återkoppling och lärande

- Återkoppling till personal och synliga åtgärder är avgörande för att upprätthålla rapporteringsvilja. Flera verksamheter framhåller att aktiv återkoppling (skriftlig eller i möten) ökar engagemang och förtroende för systemet.

- En icke-skuldbeläggande, lärande kultur lyfts fram som viktigt, särskilt i en situation med mycket ny personal och beroende av hyrpersonal.

Identifierade förbättringsområden och åtgärder

- Kommunikation och samordning vid utskrivning/övergångar mellan vårdgivare, samt brister i kallelse- och väntelistehantering, återkommer som riskområden och kräver tydligare rutiner och ansvarsfördelning.

- IT/telefoni och journalintegration är kritiska områden där fel påverkar patientsäkerhet och arbetsmiljö; många felanmälningar har gjorts och upprepade tekniska problem bör följas upp som avvikelser om de inte åtgärdas.

- Läkemedelshantering har krävt specifika åtgärder (exempelvis mot feldosering i läkemedelsmodul, snabb hantering av felordinationer).

- Lokalt förbättringsarbete och arbetsgrupper (FOPS, patientsäkerhetsteam) används för att driva förändringar som inte alltid hanteras i avvikelssystemet.

Sammanfattande bedömning

Regionens avvikelsearbete karakteriseras av god kännedom om risker i patientnära vård och starkt engagemang hos personalen att rapportera. Systembytet till Synergi Life ger möjlighet till bättre statistik och uppföljning, men kräver fortsatt arbete med rutiner, ansvarsfördelning och utbildning för att uppnå stabil och effektiv handläggning. Fortsatt fokus rekommenderas på snabb återkoppling, analys av trender, förbättrad IT-stabilitet, tydliga rutiner för kallelser/vårdens övergångar samt att stärka den icke-bestraffande lärandekulturen för att minska återkommande risker.

Avvikelseärenden från andra vårdgivare

Avsnitten som följer rör avvikelser från andra vårdgivare

Tabell 5: Antal ärenden som inkommit till regionen från andra vårdgivare

Avsändare	2023	2024	2025
Kommuner	181	152	217
Andra vårdgivare	19	29	37

Analys och åtgärder: Kommunerna och regionen har sedan många år ett samarbete gällande avvikelshantering i vårdövergångar. Under 2024 togs det fram en gemensam kategorisering/ klassificering. Då det då saknades systemstöd för att kategorisera/ klassificera, gjordes det i ett pappersformulär som bifogas avvikelseärendet. Ärenden mellan kommun och region handlar bland annat om vårdplanering och tillgång till korrekt läkemedelslista. Ett känt problem i ärendeflödet mellan kommuner och region är långa svarstider eller uteblivna svar.

Då kommunavvikelser registreras och hanteras i ärendesystemet Platina, har en förenklad "lathund" tagits fram i syfte att underlätta svarshantering och därmed korta svarstiderna. Även avvikelseärenden från andra vårdgivare (andra regioner, privata utförare) registreras och hanteras i Platina, men för dessa ärenden saknas kategorisering/ klassificering av innehåll.

Under 2026 planeras kommunernas MAS/MAR att inkluderas i systemet, vilket möjliggör ett utökat samarbete mellan kommunens och regionens vårdgivare i hanteringen av avvikelser.

Hantering av negativa händelser och tillbud

Mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra skada/ vårdskada rapporteras in till och handläggs i regionens avvikelsehanteringssystem. Där kategoriseras ärendet utifrån samlingsbegreppen Negativ händelse och Tillbud.

I samlingsbegreppet Negativ händelse inryms fler ärendetyper. Förutom 1) medfört skada/ vårdskada, även 2) risk för eller 3) inträffad allvarlig vårdskada. De två senare är de ärendetyper som anmäls till IVO enligt lex Maria.

Under samlingsbegreppet Tillbud registreras vårdärenden av typen hade kunnat medföra skada/ vårdskada, vilket innebär att det finns minst en identifierad felhändelse som har inletts men avbrutits innan patient drabbats av skada.

Resultat verksamheternas kommentarer

Övergripande syfte och princip

- Avvikelser- och klagomålshantering syftar till att synliggöra problem, förebygga upprepning och förbättra patientsäkerheten genom registrering, analys, åtgärder och återkoppling. Personalen ska omedelbart rapportera negativa händelser, tillbud och risker till närmaste chef.

Organisationsnivåer och roller

- Närmaste chef/enhetschef gör en snabb initial bedömning och ansvarar för vidare handläggning, åtgärder och återkoppling till berörda patienter, anhöriga och personal.
- Verksamhetschef (VC) och medicinskt ledningsansvarig (MLA/MLU) ansvarar för att utreda vårdskador, förebygga risker och avgöra behov av djupare utredning eller eskalering.
- Patientsäkerhetsteam, avvikelsekoordinatorer och regional patientsäkerhetsenhet stödjer handläggning, bedömning av behov av händelseanalys eller Lex Maria-anmälan samt samverkan över områden.
- Chefläkare/övergripande funktion kopplas in vid osäkerhet om allvarlighetsgrad eller vid potentiella allvarliga vårdskador; alla divisioner har utbildade analysledare.

System och arbetsrutiner

- Avvikelser rapporteras i lokala system (Gröna korset, Excel i vissa enheter) och sedan i regionalt system (C8 tidigare, på senare tid Synergi). Systembyten har pågått och påverkar statistik, översikt och arbetssätt.
- Inkomna ärenden fördelas till förbättrings- och patientsäkerhetsteam för handläggning. Standardmallar för vårdskadeutredning används för enklare ärenden, medan mer omfattande analyser genomförs vid behov.
- Händelser och misstänkta vårdskador tas upp löpande i ledningsforum (Patientsäkerhetsråd, områdesstyrgrupper, morgonmöten/puls, APT och yrkesmöten) för bedömning, lärande och åtgärdsplanering.

Utredning, dokumentation och uppföljning

- Vid allvarliga händelser genomförs systematiska händelseanalyser där patienter/anhöriga ofta erbjuds medverkan (intervju eller skriftlig redogörelse). Åtgärder dokumenteras i

handlingsplaner med tidsangivelser och följs upp.

- Anmälan till IVO/Lex Maria sker efter bedömning när kriterier uppfylls.
 - Återkoppling till personal sker via APT, yrkesgrupper, nyhetsbrev eller lokala möten.
- Anonymiserade fallbeskrivningar används för lärande.

Lärande kultur och områdesspecifika iakttagelser

- Det finns fokus på lärande från misstag: case-diskussioner (t.ex. radiologi), M&M-sessioner och en hög grad av öppenhet uppmuntras.
- Brister i tillgänglighet (försenade kallelser, ombokningar vid sjukfrånvaro) identifieras som en vanlig bakomliggande orsak till negativa utfall och har lett till rutinförändringar för prioritering och ombokning.
- Vissa områden saknar fortfarande god överblick över data som avser negativa händelser och tillbud p.g.a. systembrister, vilket försvårar samlad analys.

Analys

- Många ärenden hanteras lokalt; under perioden rapporterades både interna utredningar och några ärenden till patientnämnd, IVO och andra instanser. I flera verksamheter rapporterades inga allvarliga händelser under året.
- Kommande lagändringar (t.ex. ny lag om suicidprevention från 1 juli 2026) kan påverka rutiner och utredningsansvar framöver.

Åtgärder

- Organisationen har etablerade rutiner och ansvarsfördelning för avvikelse-, klagomåls- och patientsäkerhetshantering med tydliga eskaleringsvägar. Fortsatta förbättringar krävs avseende systemstöd, central analyskapacitet och att säkerställa återkoppling och lärande i hela verksamheten.

Nationella och regionala mätningar

Sommarutvärdering 2025

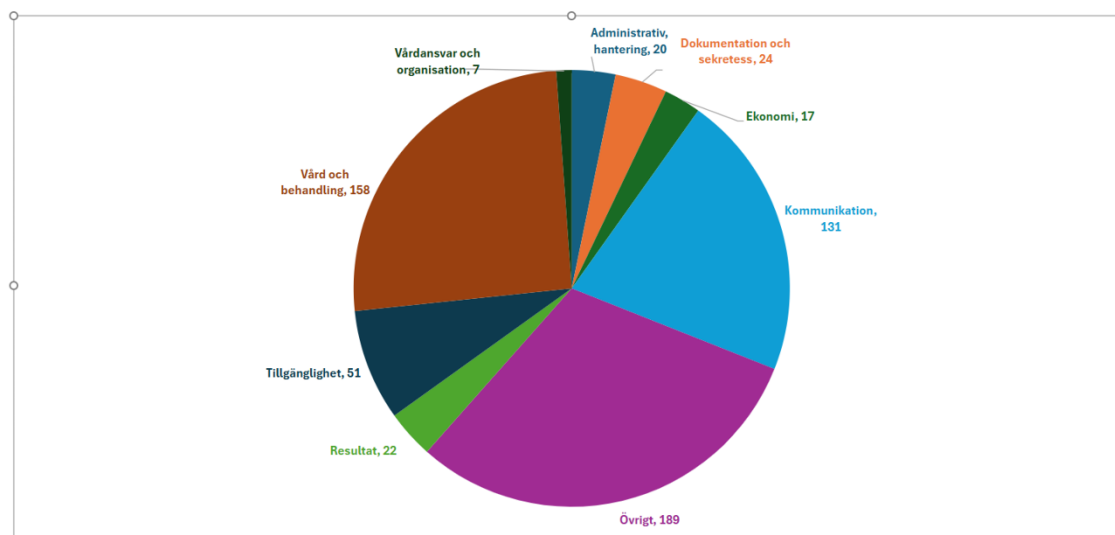
Som del av utvärderingen, gjordes en manuell sammanställning av avvikelseärenden gällande Vård och behandling (n=919) som medarbetare rapporterat in under perioden 1 juni till 21 augusti.

Figur 5: Avvikelseärenden gällande vård och behandling, kategoriserade i undergrupper



Motsvarande sammanställning gjordes av de klagomålsärenden (n= 506) som patient/ närstående rapporterade in under perioden 1 juni till 31 augusti

Figur 6: Klagomålsärenden från patient/ närstående, kategoriserade i problemområden



I materialet ses att medarbetare och patient/ närstående rapporterar in händelser gällande både medicin och omvårdnad, men ur olika perspektiv. När medarbetare till exempel beskriver ett avsteg i följsamhet till en rutin:

"Vid städning av patientrum hittades kvarglömda journaluppgifter från en tidigare patient"

När patienten beskriver händelsen finns även konsekvensen för individen med:

- *"Patient framför synpunkter gällande felbehandling...I samband med besök på mottagning lindades patientens ben på grund av svullnad. Lindan togs av i hemmet några dagar senare och då har det tillkommit tre nya sår på underbenet. "mitt ben skulle aldrig ha lindats. Det var en felaktig åtgärd som orsakat lidande och permanent skada". Som en konsekvens av såren har benet tvingats amputeras".*

Båda perspektiven behövs, men när patientperspektivet finns med blir det väldigt tydlig varför verksamheten ska arbeta med vårdskadeprevention. Att använda klagomålsärenden/ patientbeskrivningar i det systematiska förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet, bidrar även till ökad patientmedverkan.

VRI samt BHK

Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus	Åtgärd
Riskbedömning VRI	Personal känner till risker och arbetar med att förebygga Vårdrelaterade infektioner(VRI).	På plats 103 (st) Ej svarat 40 (st)	

Under 2025 har den nya regionövergripande mätningen gällande punktprevalens mätning (PPM) vårdrelaterade infektioner (VRI) utförts. Mätningarna har skett på de inläggande patienter vid fyra tillfällen under året, klockan 8:00. Andel patienter som ingått i mätningarna är totalt, 674, bland vilka 60 drabbats av VRI, åtta procent under året. Nytt för 2025 är att även inläggande patienter inom psykiatri ingår i mätningarna. Den patientgrupp har sällan VRI, vilket kan påverka andel patienter som drabbats av VRI.

Socialstyrelsens bedömer att en enskild VRI kostar, 109 000kr (2019), enligt schablon. Med dagens penningvärde har en av regionens ekonom räknat om summan som blir 123 000kr. För de VRI:er som uppmärksammas vid dessa fyra mättillfälle, uppgår kostnaden till totalt 7 972 440 kr.

Vårdhygien har upprättat, enligt beslut, kontrollmoment i Stratsys gällande VRI och BHK (Basala hygienrutiner). Trots flera påminnelser är svarsfrekvensen låg från verksamheterna, se nedan.

Anvisning/ Riktlinje/ Tillämpning	Kontrollmoment	Överblick kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Hänvisning	Konsekvens eller följd	Kontrollstatus
VRI samt BHK	Riskbedömning VRI		Personal känner till risker och arbetar med att förebygga Vårdrelaterade infektioner(VRI).	Hälsö- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar	En vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits	
				Visa mer	Visa mer	
	Information, utbildning och återkoppling av resultat		Verksamheten tar stöd av vårdhygien där man uppmärksammat brister som kräver förbättringsarbete.	6 kap. 2 § i smittskyddslagen (2004:168) att följa att vårdgivaren vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning.	En vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits	
				Visa mer	Visa mer	
	Information & utbildning VRI & BHK		All vårdpersonal får tid att ta del av den information och utbildning som erbjuds via vårdhandboken, kompetensportalen samt VRI-smartt gällande VRI samt BHK (testa dina kunskaper i Vårdhandboken)	6 kap. 2§ i smittskyddslagen (2004:168) att följa att vårdgivaren vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning.	En vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall så, hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt	
				Visa mer	Visa mer	
VRI mätning			Enheten deltar i regionövergripande VRI mätningar. Ser över varje enskild VRI på enheten, arbetar med resultatet för att förebygga VRI samt återkopplar till medarbetare.	Hälsö- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar	En vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits	
				Visa mer	Visa mer	

Anmälningar till IVO - Lex Maria

Anmälan till Ivo (lex Maria)

Resultat: Under 2025 har regionen anmält 17 ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Lika många ärenden som föregående år.

Analys av resultat: I lex Maria-anmälningar från 2025 finns händelser från i princip alla verksamhetsområden inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård, undantaget område barn och unga vuxna (BUV) och vuxenpsykiatri. Inom vuxenpsykiatri har deras patientsäkerhetsteam genomfört nio vårdskadeutredningar, ingen bedömdes som ha eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada. Underliggande orsaker som uppmärksammats särskilt under året är i mångt och mycket de samma som tidigare år. Bristande kontinuitet inom såväl slutenvård som öppen vård bidrar till risker. Kommunikation och dokumentation brister återkommande såväl internt som externt mot andra aktörer. Patienters och närståendes medverkan och delaktighet i vård och beslut kan förbättras. I flera utredningar ses brister och risker med system som används i vården. Det har initierats förbättringsarbeten bland annat rörande vidimeringsförfarande av provsvar, röntgensvar etcetera utifrån händelser där detta brustit på allvarligt sätt. I flera händelser framkommer att befintliga rutiner ej följts, ibland på grund av bristande kämnedom eller otillgänglighet. Upprepat ses att etablerat arbetssätt med så kallade SVF-remitter inte alltid är hjälpsamt, utan bidrar till en fördröjning och ibland en splittring av såväl ansvarstagande som genomförande av utredningar. Exempel har förekommit där språksvårigheter och otillräcklig förståelse för kulturella skillnader har påverkat patientärenden negativt. Läkemedelshantering är ett känt riskområde och bland anmälningar enligt lex Maria finns exempel på inklusive allvarliga patientskador utifrån iatrogen beroende. Risker i vårddokumentationssystem och deras användning har uppmärksammats i och med utredningar och behöver hanteras framåt. Digitala arbetssätt och kontaktvägar får anses etablerat, men utmaningar i detta har också blivit tydligt i flera utredningar. Belastningen i vården är hög, vilket också framkommer i analyser och kan ha negativa effekter på säkerhet och kvalitet. Vikten av bevarande av hög kompetensnivå med kontinuerlig fortbildning för medarbetare kan inte nog betonas.

Förutom de vårdskadeutredningar som gjordes i samband med allvarliga händelser och som ledde till en anmälan gjordes många händelseanalyser där man efter utredningen inte kunde påvisa allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Dessa utredningar ledde ändå fram till ett flertal förbättringsåtgärder som implementerats i regionen. Ett generellt problem är fortsatt att utredningar ofta startar med stor fördröjning efter att en händelse har uppmärksammats samt att utredningar tar lång tid att slutföra. Många av förbättringsförslagen är inte tillräckligt effektiva och/eller sprids inte i verksamheten vilket leder till att liknande händelser fortsätter inträffa. Detta bedöms bland annat bero på att resurser till utredningar och implementering av beslutade åtgärder inte avsätts på adekvat sätt, då andra arbetsuppgifter prioriteras högre i verksamheterna. Detta har upprepat lyfts med ledning.

Åtgärd: Fortsatt finns utmaningar kring ansvars- och arbetsfördelning på området. Bemanningen på Vårdskadepreventionsenheten har minskat kraftigt och möjligheten till centralt stöd har därför försämrats. Beslut sedan tidigare har tryckt på arbetssätt som innebär genomförande av analyser, beslut om åtgärder såväl som spridande av lärdomar via chefslinjer. Vårdskadepreventionsenheten har inte heller detta år kunnat bidra till att sprida lärande bredare i organisationen så som varit önskvärt. Tidigare har enheten publicerat "Lär av lex Maria" på Insidan, haft önskemål om utvecklandet av den egna sidan på vårdgivarwebben samt en podd. I nuvarande läge är det svårt att prioritera.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag - LÖF

Till LÖF inkom under 2025 totalt 304 anmälningar från Jämtland Härjedalen. Anmälningarna gäller all verksamhet (sjukhusvård, primärvård, psykiatri, ambulanssjukvård, 1177 och folktandvård). Det ligger i nivå med föregående år, då antalet anmälningar var 314. Januari 2026 är 57 anmälningar ersatta, 84 ej ersatta och resterande 163 under handläggning.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vårdhygien har upprättat en åtgärdsplan för att hjälpa verksamheterna med förbättringsarbete när resultaten från mätning vad gäller följsamhet till basala hygienrutiner inte uppnår 100%.

Vårdhygien har initierat ett samarbete med en verksamhet för en pilot gällande att sekreterare ska identifiera och sätta diagnoskod, VRI. Detta för att verksamheten löpande ska få kontroll på sina VRI:er, och därmed möjliggöra ett arbete för att minska dessa.

Läkemedelsgenomgångar

För patienter som bor på SÄBO eller har hemsjukvård ska läkemedelsgenomgångar utföras minst en gång per år.

Regionen har saknat möjligheter att följa upp i vilken utsträckning detta görs. Enligt information från MAS:arna i länets kommuner får de flesta patienterna på SÄBO

läkemedelsgenomgångar genomförda årligen.

Under året har en rapport i Inblick skapats, där är det nu möjligt att se antal utförda läkemedelsgenomgångar övergripande samt på olika verksamhetsnivåer. Rapporten bygger på att sökorden eller KVÅ-koderna för Enkel och Fördjupad läkemedelsgenomgång använts vid dokumentationen i journalen.

Resultaten i figur 7 tyder på att läkemedelssökorden inte används fullt ut och att mer information om rutinerna behövs.



Figur 7 Antal läkemedelsgenomgångar genomförda inom olika verksamheter

Läkemedelsgenomgång vid inläggning på sjukhuset

För att säkerställa att patienten får korrekta läkemedel administrerade på sjukhuset ska en läkemedelsavstämning/Enkel läkemedelsgenomgång göras vid inskrivningstillfället.

Via avvikelserapporteringarna framkommer fortsatta utmaningar med att patienternas läkemedelslistor inte är korrekta och uppdaterade. Innebörden blir att utsatta läkemedel ges, att insatta läkemedel missas och att doseringsändringar inte är uppdaterade.

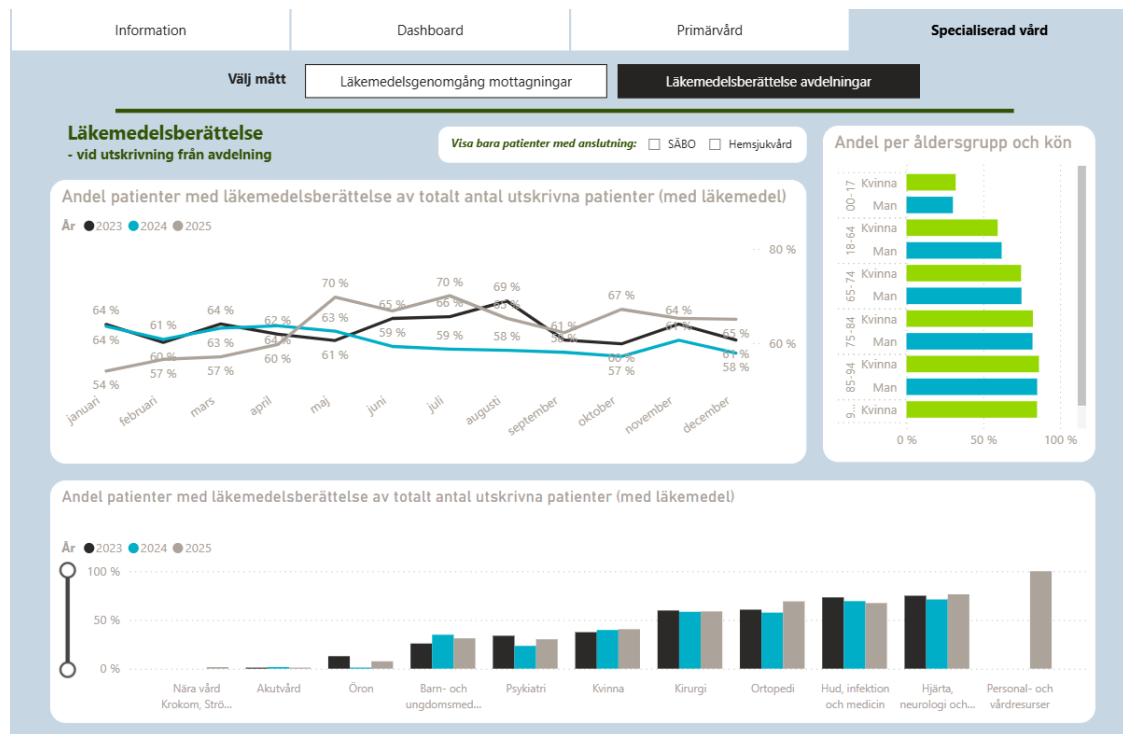
Vid utskrivning till SÄBO/hemsjukvård är det vanligt att de felaktiga ordinationerna följer med även dit.

Felen uppstår oftare när patienten har dosföreskrivna läkemedel. Det är särskilt försvårande att de aktuella ordinationerna finns i ett annat system, Pascal och att inaktuella läkemedel ligger kvar i Cosmic sen tidigare. Systemen skulle behöva vara integrerade med varandra så att dosläkemedlen visas automatiskt i Cosmic:s läkemedelslista. Utveckling är på gång men det tar flera år innan det beräknas finnas tillgängligt. Införandet av NLL hösten 2025 innefattar dock en förbättring när listorna ska jämföras med varandra.

På flera av sjukhusets vårdavdelningar arbetar farmaceuter från Läke-medelsenheten. Deras arbete med kontroll/genomgång av läkemedelslistor bidrar till att många felaktigheter undviks och korrigeras.

Läkemedelsberättelse till patient

Skriftlig information om läkemedelsförändringar som gjorts under vårdtiden ska lämnas till alla patienter vid utskrivning. Detta skrivs i utskrivningsbeskedet under rubrik Läkemedelsberättelse. Antal utlämnade utskrivningsbesked som inkluderar läkemedelsberättelse kan nu följas i Inblick, se figur 8.



Figur 8. Antal utlämnade läkemedelsberättelser i samband med utskrivning

Antibiotikaföreskrivning

Föreskrivningen sker enligt Stramas riktlinjer och uppföljningar utförs av lokal Strama-grupp samt Läkemedelskommittén. Regionen har en låg föreskrivning i jämförelse med övriga regioner och ligger under det rekommenderade målet på högst 250 recept per år/1000 invånare.

Verksamheternas kommentarer

Regionens verksamheter bedriver ett brett och i huvudsak systematiskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete med etablerade rutiner för ledning, riskhantering, hygien, läkemedelshantering och avvikelseuppföljning. Många enheter använder checklistor, egenkontroller, dagliga pulsmöten och journalgranskning för att upptäcka och åtgärda brister. Samverkan med hygien- och infektionsspecialister, farmaceuter och andra stödfunktioner är genomgående viktig för att upprätthålla riktlinjer och minska vårdskador.

Ledning, styrning och riskhantering

- Ledningsgrupperna har blivit mer strukturerade och ansvarsfördelning är tydlig på många enheter; riskbedömningar görs före förändringar.
- Avvikelsehantering, loggkontroller och egenkontroller genomförs regelbundet och återkopplas ofta via APT/motsvarande forum. Journalgranskningsgrupper har startats eller återstartats på flera håll.
- Verktyg för risk- och kvalitetsstyrning används, men nyare system (t.ex. Stratsys) upplevs svårtillgängliga och svåra att överblicka, vilket försvårar uppföljning och visualisering av data. Bristande transparens i hur data aggregeras och återkopplas har påpekats.

Patientnära säkerhetsrutiner och hygien

- Basala hygien- och klädregler (BHK) är väl kända och följs i stor utsträckning; egenkontroller och hygienronder genomförs regelbundet. I vissa enheter saknades punktmätningar eller registreringar under 2025.
- "Gröna korset" och andra patientnära kontroller används på flera enheter (dagligen eller veckovis) för att identifiera omedelbara risksituationer.
- Smittskyddsarbete och infektionskonsultationer (t.ex. veckovisa antibiotikaronder) stödjer följsamhet till infektionsriktlinjer och rationell antibiotikaanvändning.

Läkemedelshantering och antibiotikastyrning

- Regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförs med farmaceutstöd; antibiotikaförskrivning följs upp enligt STRAMA-/lokala riktlinjer. Initiativ för att minska olämplig läkemedelsförskrivning pågår regionövergripande.
- Bristande integration mellan journalsystem (exempelvis Cosmic, Pascal, Journalia) har identifierats som en risk för läkemedelsöversikter och kan vid incidenter hota patientsäkerheten. Tekniska avbrott har hanterats men visar behov av robusta IT-lösningar och reservrutiner.

Diagnostik, bilddiagnostik och tekniska system

- Standardiserade arbetssätt, metodböcker och säkerhetsrutiner finns i bilddiagnostik (t.ex. MR-säkerhet, interventioner). En känd risk är att allergi-/överkänslighetsdata inte alltid överförs till röntgensystemet; teknisk åtgärd planerades men försenats.
- IT- och anslutningsproblem har noterats även för EKG-utrustning och andra system. Tekniska störningar i kritiska plattformar uppfattas som patientsäkerhetsrisker och kräver förbättrad teknisk stabilitet och reservrutiner.

Särskilda patientgrupper och prevention

- Barnhälsovård (BVC) och mödrahälsovård (MVC) arbetar systematiskt enligt nationella program; screeningar och standardundersökningar för nyfödda (t.ex. PKU, POX) är etablerade.
- Äldreomsorg och särskilda boenden har strukturer för läkemedelsgenomgångar och vårdpreventiva insatser (t.ex. Trygg och säker hemma) för att minska återinläggningar. Koordination med kommunerna lyfts fram.
- Suicidprevention och riskbedömning har stärkts: nya utbildningsprogram och säkerhetsplaneringsverktyg införs och har börjat implementeras i både öppenvård och slutenvård.

Kompetens, utbildning och teamwork

- Fortlöpande kompetensutveckling erbjuds via internutbildningar, e-learning och handledning. Teamarbete och fysisk samlokalisering av professioner lyfts som effektiva förbättringsåtgärder för patientsäkerhet.
- Nya roller (t.ex. MLA/MLU) och tillsatta kontaktpersoner för våldsutsatthet och hygien stärker samverkan, men personalomsättning och varierande bemanning i akutmottagningar skapar fortsatt behov av standardiserad introduktion och utbildning.

Analys

- Tekniska sårbarheter: otillräcklig integration mellan journalsystem och mellan journalsystem och diagnostiksystem (risk för felordinationer, saknade allergiuppgifter, bristande läkemedelsöversikt). Behov av bättre IT-stabilitet, reservrutiner och implementering av planerade tekniska lösningar.
- Systemanvändbarhet och transparens: vissa styr- och riskverktyg upplevs svåra att använda; bättre visualisering, uppföljning och återkoppling efterfrågas.

- Dokumentation och mätmetoder: brister i dokumentation (t.ex. våldsutsatthet, hygienmätningar) påverkar mätresultat och uppföljning; förslag på anpassning av journalmallar och mätvägar finns.
- Variation i kompetens och arbetsmetoder, särskilt på akutmottagningar bemannade av många olika läkare, kräver fortsatt struktur, introduktion och kontinuerlig kompetensutveckling.

Åtgärd

Verksamheterna har en stabil grund av rutiner och processer för patientsäkerhet, hygien, läkemedelshantering och riskhantering. Samtidigt pekar återkommande analyser på behovet av teknisk förbättring (systemintegration och driftsäkerhet), bättre verktyg för visualisering och uppföljning samt fortsatt arbete med dokumentation och standardisering för att minska variation och hantera identifierade risker. Prioriterade insatser bör vara att åtgärda kända IT-luckor, förenkla och göra riskbedömningsverktyg mer användarvänliga, samt säkerställa implementering av utbildnings- och teamstärkande åtgärder.

Läkemedel

Policy	Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus	Åtgärd
Läkemedel	Narkotikakontroll	Narkotikakontroll utförs regelbundet minst en gång per månad		
			 På plats	80 (st)
			 Saknas	1 (st)
			 Ej svarat	54 (st)
	Åtgärder vid svinn	Enhetsschef och verksamhetschef får rapport vid svinn av narkotikaklassade läkemedel		
			 På plats	79 (st)
			 Planerad	1 (st)
			 Ej svarat	56 (st)
	Lokal rutin för Introduktion och fortbildning	Enheten har utarbetade rutiner för att introducera nyanställda samt ge fortlöpande information om de lokala rutinerna		
			 På plats	79 (st)

Policy	Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus	Åtgärd
		för läkemedelshantering till all personal som berörs av läkemedelshantering.	Und er inför and e 3 (st) Ej svar at 54 (st)	
	Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/Pascal	Det finns beskrivet i kommentar till vald kontrollstatus hur det säkerställs att patienten har aktuella ordinationer i COSMIC/Pascal I läkemedelslista när den är inlämnad och/eller lämnar vårdenhet/mottagning. Ange vad som eventuellt saknas för att kunna säkerställa det.	På plat s 87 (st) Ej svar at 59 (st)	

Enligt författningsmässiga krav bör kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ske minst en gång per år. Regionens mål med fysiska kvalitetsgranskningar är att de ska utföras på vårdavdelningar och läkemedelstunga mottagningar varje år, hälsocentraler och mottagningar vart annat år och folktandvården vart tredje år. Detta har inte kunnat utföras enligt plan då resurserna behövts omfördelas.

Egenkontrollen av läkemedelshanteringen i Stratsys utgör ett komplement till kvalitetsgranskningen.

Kontrollmomenten innefattar frågor om Ansvar, Delegering, Narkotikahantering, Lokala rutiner för läkemedelshantering, Introduktion och fortbildning, Ordinationer, Akut behov av läkemedel och Dosjustering.

Totala svarsfrekvensen på kontrollfrågorna för läkemedelshantering är ca 69 procent på den övergripande nivån i regionen. Systemets siffror har omräknats för att bli mer rättvisande av de enheter som faktiskt hanterar läkemedel.

I patientsäkerhetsberättelsen lyfts fyra frågor fram: Narkotikakontroll och Åtgärder vid svinn, Lokala rutiner för introduktion och fortbildning samt Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/Pascal.

Kontrollmoment: Narkotikakontroll

Merparten av slutenvårdens avdelningar, mottagningar och hälsocentraler har svarat att de följer regionens rutiner för narkotikakontroll. Den övergripande kontrollen av saldot sker med olika intervaller från 2 gånger per dag till 1 gång per månad.

Vid kontakter med verksamheterna ser Läke-medelsenheten att problem med narkotikasvinn kvarstår. Dessa är av olika allvarlighetsgrader. Allt från slarv med dokumentationen till stöld förekommer, det kan även innebära att patienter inte får de läkemedel som den ska ha. Det är viktigt att narkotikahanteringsrutinerna är kända och följs för att snabbt kunna fånga upp mönster och vidta åtgärder.

Kontrollmoment: Åtgärder vid svinn

Svinn rapporteras i avvikelssystemet och vidare till enhetschef för åtgärd. När svinn upptäcks görs eftersökningar, om det inte går att spåra utförs kontrollräkningen med tätare intervall samt att dubbelsignering införs.

Läke-medelsenheten tillhandahåller:

- Framtagning av enhetlig förbrukningsjournal. I syfte att underlätta spårning, lades notering av tidpunkt för uttaget till våren 2024. Ett förslag som gavs av verksamheten.
- Utbildning till narkotika- och läke-medelsansvariga sjuksköterskor.
- Utbildning till nyanställda sjuksköterskor.
- Sakkunnigt stöd till verksamhetschefer, enhetschefer och läke-medelsansvariga/narkotikaansvariga vid utredning av svinn.
- Rutin för narkotikahantering.
- Checklista för narkotikakontroll.

En arbetsgrupp, med uppdrag att se över behovet av förändring/förstärkning av rutinerna bildades hösten 2024, arbetet fortsätter 2025. Påbörjade/utförda arbeten:

- Anskaffning av läke-medelsautomater, förberedelsearbete fortgår.
- Bassortiment har setts över på sjukhuset.

Vårdenheterna kan behöva se över att tillräckligt med tid finns för den narkotikaansvariga att utföra uppgifterna som den övergripande månadskontrollen innefattar.

Kontrollmoment: Lokal rutin för Introduktion och fortbildning

Merparten av de som svarat anger att det finns utarbetade rutiner för att introducera nyanställda samt att ge fortlöpande information om de lokala rutinerna för läke-medelshantering.

- I de kontakter som läke-medelsenheten har med läke-medelsansvariga framgår att introduktionen ofta inte hinns med och att det är för få seniora medarbetare som kan introducera. Okunskap om journalsystemet COSMIC läke-medelslista är en källa till felhantering och avvikelser.
- Läke-medelsenheten erbjuder introduktion i läke-medelshantering till nyanställda sjuksköterskor och sjuksköterskor i kliniskt basår vid 2 tillfällen per år. Till nya AT-läkare ges utbildning vid AT-intro, läke-medelshanteringsdelen har dock minskats.
- Undersköterskor erbjuds utbildning vid sommarintroduktionen och på efterfrågan av chefer.

Kontrollmoment: Aktuella ordinationer finns i läke-medelslistan COSMIC/Pascal

De flesta anger att rutiner finns för att säkerställa att patienten har aktuella ordinationer. Några kommenterar att ordinationer ska kontrolleras vid inskrivning från akuten och dagligen gås igenom vid rond och vid utskrivning.

Precis som tidigare år framkommer det av avvikelserapporteringarna (skriftligt men framförallt muntligt) att det är flertalet gånger som patientens läke-medelslistor inte är korrekta i varken slutenvården, inom hälsocentraler eller mottagningar. Bilden är överensstämmande med kommunernas rapporter och revisionsrapporten Läke-medel och äldre.

Under året har en enkätundersökning gjorts där läkare och sjuksköterskor i regionen, samt i kommunerna, tillfrågats om vilka utmaningar och behov av åtgärder de såg för att minska problemen med felaktiga läkemedelslistor. Svar inkom från 109 läkare och 148 sjuksköterskor. Materialet används i arbetet med Korrekt läkemedelslista i Styrgrupp läkemedel och åtgärdsinsatser pågår med att t.ex erbjuda fler utbildningsinsatser i COSMIC/Pascal, ta fram APT-material för information/utbildning och förenklade korta manualer.

Ett ständigt pågående arbete behöver finnas i verksamheten där rutiner säkerställs för att tillse att patienterna har en korrekt läkemedelslista.

Uppföljning

Stratsys används som en del i kvalitetsuppföljning av läkemedelshanteringen.

Vid kommande fysiska kvalitetsgranskningar lyfts kontrollmomenten för att fånga upp om rutiner finns och ge stöd kring vad som saknas.

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Vårdhygien

Vårdhygien ser en brist i att det inte finns en nationell eller regional mätning vad gäller PPM BHK. Nationellt har region Jämtland Härjedalen legat i botten vad gäller följsamheten till BHK. Vårdhygien har börjat titta på en regional lösning för mätning. Nationellt finns det ett uppdrag från Socialstyrelsen, detta hoppas vi även komma på plats inom en snar framtid.

Inhyrd personal

Regionens behov av hyrpersonal har minskat något under 2025, från tio procent 2024 till ca åtta procent för 2025, fördelat med knappt fem procent för läkare och tre procent för sjuksköterskor. Därutöver finns en mycket liten andel av andra yrkeskategorier. Bristande tillgänglighet och beroende av hyrpersonal, särskilt hyrläkare, är den mest framträdande patientsäkerhetsrisken. Det påverkar kontinuitet, följsamhet till rutiner och arbetssätt vilket ökar risken för avvikelser. Starka insatser pågår för rekrytering och utbildning av fast personal; vissa enheter rapporterar förbättringar och planerad minskning av behovet av tillfälliga resurser, medan andra fortfarande kommer att behöva ersättare under en övergångsperiod. Sammanfattningsvis finns en bred och fungerande struktur för patientsäkerhetsarbete, men för att öka motståndskraft och bibehålla säker nivå krävs fortsatta insatser inom bemanning, teknisk stabilitet och fullföljande av planerade kvalitetsåtgärder.

Läkemedelsförsörjning

Precis som föregående år har det varit stort fokus på att trygga läkemedelsförsörjningen både lokalt och nationellt. Regeringens satsning sedan 2022 för ökad robusthet av läkemedel fortgår för att förbättra den lokala tillgången till läkemedel vid fredstida krissituation och krig.

Antal restnoterade läkemedel har ökat även detta år på grund av omvärldens händelser, vilket inneburit merarbete för förskrivare, patienter, övrig vårdpersonal, närstående, apoteken och för läkemedelsservice. Nationellt pågår ett intensivt arbete där bland annat Läkemedelsverket och en nationell koordineringsfunktion utsedd av regionerna, arbetar tätt med övriga aktörer. Läkemedelsenheten försöker att underlätta för alla parter, dels genom att ansöka om övergripande licenser, informera om utbytesalternativ både via publicerad information på insidan och mailutskick till mindre berörda grupper/individer, men också genom att justera i ordinationsmallar där så är möjligt.

Trots dessa utmaningar finns det en stark betoning på att upprätthålla en säker och kvalitativ vårdmiljö, med fokus på att hantera läkemedelsbrister, IT-relaterade problem och att säkerställa att viktiga uppföljningar inte missas.

Ett arbete har påbörjats i syfte att förhindra undvikbara, samt förkorta akuta, driftstopp i regionens lokaler där cytostatika tillverkas. Detta arbete sker i samarbete med berörda verksamheter.

Överbeläggningar, utlokaliserade och utskrivningsklara patienter

Såväl överbeläggningar, som utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisker, varför det är viktigt att följa trederna, och agera så att patienter i så stor utsträckning som möjligt vårdas på ett säkert sätt. Som framgår av tabell 6, så har Regionen haft ett något högre antalet unika disponibla vårdplatser under 2025 jämfört med de senaste fyra åren. Beläggningsgraden har legat stabil under tidsperioden, andelen utlokaliserade patienter har ökat något jämfört med 2024, andelen överbeläggningar var något högre 2025 jämfört med 2024. Socialstyrelsen har beräknat regionens sammanvägda riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad 86 procent. Andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara har minskat något under 2025 jämfört med 2024, se tabell 6.

Tabell 6: Jämförelse mellan 2021-2025 för Region Jämtland Härjedalen (avser både psykiatrisk och somatisk vård).

	2021	2022	2023	2024	2025
Antal unika disponibla vårdplatser	231	224	225	237	245
Beläggningsgrad	89%	90%	87%	92%	91%
Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser	6,09	3,24	2,24	0,84	1,8
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser	4,61	6,91	4,81	5,1	8,2
Andel vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter	3,6%	2,6%	3,1%	5,9%	5,7%

Verksamheternas kommentarer

- *Övergripande kapacitet och beläggning:* Flera verksamheter uppvisar höga beläggningsgrader och periodvisa toppar som ökar risk för vårdskador, påverkar arbetsmiljö och kräver ad hoc-lösningar. Vissa enheter har minskat överbeläggningar tack vare rekrytering och organisatoriska förändringar, men långvarigt hög beläggning kvarstår på flera håll.

- *Överbeläggningar, utlokaliseringar och stafettbemanning:* Överbeläggningar och behov av att tillfälligt öppna fler platser eller förstärka bemanningen är vanligt förekommande. Utlokaliseringar förekommer i varierande omfattning (från begränsad till mer frekvent), och stafett- eller tillfällig bemanning används för att hantera belastning — något som kan leda till längre vårdtider, frekventa personalbyten och risk för att vårdåtgärder uteblir.

- *Utskrivningsklara patienter och brister i vårdkedjan*: Ett återkommande problem är utskrivningsklara patienter som inte kan lämna sjukhus på grund av brist på korttidsplatser, stöd i hemmet eller kommunala resurser. Detta skapar köer i slutenvården och kräver fortsatt samverkan med hemsjukvård och kommuner. Användandet av samordningsverktyget LINK nämns som en viktig åtgärd för att förbättra utskrivningsprocesser och samarbete.

- *Akut- och specialistvård*: Akutmottagningar klarar ofta flödet men har tydliga gränser (t.ex. över ~35 samtidiga patienter) där patientsäkerhet och arbetsmiljö hotas, varför belastningsplaner och proaktiva åtgärder tillämpas. Vissa patienter (t.ex. smittsamma barn, hjärtövervakning, IVA-vård) hanteras genom särskilda avdelningar eller överföring till andra sjukhus när kapacitet saknas.

- *Psykiatri och BUP*: Psykiatri har otillräckliga och olämpliga lokaler för heldygnsvård, vilket påverkar patientsäkerhet och tvingar fram externinläggningar. Behov av fler platser för BUP, rättspsykiatri (LRV) och beroendevård är starkt markerat, och ombyggnationer samt beslut om nya vårdplatser prioriteras högt. BUP har få slutenvårdsplatser och arbetar med regionala projekt (ÖSUP) för att frigöra utrymme; brister i samordnade utskrivningsrutiner och i kommunernas åtkomst till verktyg som LINK försvårar övergången till öppenvård.

- *Lokala variationer och lösningar*: Vissa enheter har lyckats behålla vårdplatser eller minska utlokaliseringar genom intern omfördelning, förstärkt bemanning och samarbete med vårdplatskoordinatorer. Exempelvis har vissa områden klarat att ta emot utskrivningsklara och korttidspatienter även när andra enheter varit fulla. Andra enheter har slagit ihop avdelningar, påverkat antalet platser och kräver fortsatt arbete för att jämna ut beläggningssvariationer (bland annat genom samordning med PAVA och patienthotell).

- *Samverkan och processförbättringar*: Flera verksamheter pekar på behovet av förbättrad samverkan mellan region och kommun, tydligare rutiner vid belastning, användning av verktyg som LINK för informationsdelning och planering, samt spridning av arbetsmetoder (t.ex. NOVA, Meningsfull heldygnsvård) för att minska risker och förbättra patientflöden.

Förslag på åtgärder Systematiska kapacitetsbrister, särskilt i slutenvården, psykiatri och korttids-/kommunala platser, skapar återkommande flödesproblem med konsekvenser för patientsäkerhet och arbetsmiljö. Åtgärder som förstärkt rekrytering, organisatoriska förändringar, förbättrad samverkan med kommuner, införande av digitala samordningsverktyg (LINK) samt investeringar i lokaler och fler vårdplatser pekas ut som centrala för att långsiktigt lösa problemen.

Riskhantering

Med stöd av ledningssystemet Stratsys genomförs riskbedömning inför förändringar i arbetsmetoder och organisatoriska strukturer i verksamheterna. Riskanalyser genomförs för att säkerställa patient- och arbetsmiljösäkerhet och involverar ett samarbete mellan fackliga representanter, enhetschefer och andra relevanta funktioner. Målet är att identifiera och utvärdera potentiella risker samt att vidta åtgärder för att minimera eller eliminera dessa.

Under 2025 genomfördes specifika riskanalyser relaterade till sommarförberedelser, digitalisering, flytt av verksamheter, förändrad vårdplatsstruktur, ny tandvårdsreform, införandet av digitala tjänster och återinförande av tvåpersonsnattjour. Även lokala projekt som ombyggnationer, uppstart av övervakningsplatser och införande/ändring av system för läkemedelsdokumentation har varit föremål för riskanalyser.

Inför sommaren 2025 tog HR och vårdskadeprevention tillsammans fram några standardiserade övergripande risker för alla verksamheter att beakta, vilka berörde både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Detta arbetssätt kommer att användas även inför sommaren 2026. Medskick från sammanställning 2025 förordar högre grad av involvering av medarbetare i sommarplanering, att det finns ledningssjuksköterskor på alla arbetspass, att "trafikljus-bedömning" används för både vård och arbetsmiljö och att introduktionsutbildning är obligatorisk för alla nyanställda.

Verksamheternas kommentarer

Riskhantering är en kontinuerlig och integrerad del av det dagliga arbetet i vården. Mindre och löpande riskbedömningar görs av alla medarbetare i verksamheten, medan större förändringar alltid föregås av formella risk- och konsekvensanalyser. Gröna korset är etablerat som ett praktiskt, återkommande verktyg för att fånga upp och färgkoda avvikelser och risker i nära tid (dagligen på avdelningar, veckovis i delar av öppenvården). Det utgör underlag för systematiskt förbättringsarbete och för att prioritera åtgärder.

Regionens riskhantering bygger på en kombination av daglig styrning och snabba insatser (Gröna korset, avvikelser) tillsammans med formella, dokumenterade risk- och konsekvensanalyser i Stratsys inför större förändringar. Processerna är tvärprofessionella och syftar till att minska både patient- och arbetsmiljörisker. Fortsatt fokus krävs på systemintegration, tillgång till rapporteringsverktyg för alla vårdgivare, stärkt kommunikation och att säkra tillräckliga resurser och ledarstöd vid genomförande av förändringar.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

De anmälningar Regionens gör enligt lex Maria tillsammans med riktade journalgranskningar hjälper oss att få en ökad förståelse för hur patientsäkerheten ser ut, vilka orsaker som finns bakom vårdskador och vilka faktorer som påverkar patientsäkerheten. Handlingsplaner som upprättats vid så kallade händelseanalyser följs upp efter sex till åtta månader, med syfte att se om föreslagna åtgärder fått effekt. Via nätverk för händelseanalysledare sprids goda exempel från genomförda analyser.

Verksamheternas kommentarer

Verksamheterna beskriver ett systematiskt och lärandeinriktat arbete med patientsäkerhet och kvalitet där avvikelser, klagomål, journalgranskningar och vårdskadeutredningar används för att identifiera brister, sprida lärdomar och styra förbättringsinsatser. Centrala inslag är:

- *Rapportering och återkoppling:* Avvikelser och incidenter rapporteras regelbundet och diskuteras öppet i enhetsmöten, APT, klinikforum och i tvärprofessionella forum (t.ex. OLU, PLA/MLA). Lex Maria-ärenden och allvarliga vårdskador utreds strukturerat med

händelseanalys och leder alltid till handlingsplaner och uppföljning.

- *Analysverktyg och uppföljning*: Verktyg som Gröna korset, digitala förbättringstavlor, beslutsstöd i journalsystemet (Insight/Inblick/Cosmic), Medrave och nationella kvalitetsregister används för att följa flöden, handläggningstider, risker och kliniska utfall. Resultat från register och granskningar används för benchmarking och förbättringsarbete, även om potentialen att återkoppla mer data till personalen är erkänd.

- *Organisering och roller*: Avvikelsekoordinatorer, patientsäkerhetsteam och verksamhetsutvecklare har inrättats i flera enheter för att ge överblick, prioritera utredningar och samordna åtgärder. Ledningsgrupper och medicinsk ledning följer upp större åtgärder och förankrar förändringar.

- *Kompetens och utbildning*: Stort fokus på utbildningsinsatser utifrån identifierade riskområden — t.ex. läkemedelshantering, HLR/Neo-HLR, smärtskattning, journalföring och suicidprevention. Utbildning används både vid introduktion och som fortlöpande kompetensutveckling. Kliniska övningar och tvärprofessionellt lärande uppmuntras.

- *Dokumentation och journalarbete*: Journalföringens kvalitet och dubbeldokumentation är återkommande förbättringsområden. Pilotprojekt med journalgranskning och införande av mallstöd för t.ex. trycksår genomförs för att göra journalskrivning tydligare och mer användbar i klinisk vardag. Övergång av viss patientinformation till 1177 och arbete för att minska administrativ börda pågår.

- *Samverkan och vårdkedjor*: Behov av stärkt samverkan med primärvård, psykiatri, kommuner och andra vårdenheter betonas, liksom arbetet med att skapa gemensamma rutiner i vårdkedjor (t.ex. graviditetsvård). Många förbättringar initieras tvärsektoriellt för att sprida erfarenheter.

- *Prioriterade utvecklingsområden*: Förbättrade patientflöden och handläggningstider, planering för fast läkarbemanning, utökad användning av kvalitetsregister (t.ex. anslutningar och djupare analys), vidareutveckling av digitala uppföljningsverktyg samt implementering av rekommendationer från externa granskningar.

- *Praktiska åtgärder och erfarenheter*: Många enheter har infört nya rutiner efter avvikelser, deltagit i pilotprojekt för granskningsmetoder, och löpande följt upp förbättringar. Vissa områden saknar fortfarande detaljerad statistik (t.ex. ambulanssjukvård) vilket begränsar uppföljningen.

Övergripande mål är att upptäcka, lära av och åtgärda vårdbrister för att öka patientsäkerheten och förbättra vårdkvaliteten genom strukturerad analys, systematisk återkoppling, riktade utbildningar och bättre användning av register- och flödesdata.

Avvikelser

Synergi Life

I november 2025 implementerades regionens nya avvikelshanteringssystem Synergi Life, ett viktigt steg i utvecklingen av ett mer enhetligt och kvalitetssäkrat arbete kring avvikelshantering. Inför driftsättningen genomfördes under hösten digitala utbildningar riktade till chefer, ärendehanterare och samordnare. Utbildningarna syftade till att stärka kompetensen och skapa förutsättningar för en trygg och effektiv användning av det nya systemet. Systemet har tre ärendekategorier, se nedan;

Vård – här rapporteras händelser som medfört (röd enligt Gröna korset) eller hade kunnat medföra (orange enligt Gröna korset) skada eller vårdskada på patient. Dessa ska rapporteras inom 72 timmar.

Klagomål – används för muntliga klagomål som inte kan lösas direkt och där en utredning behöver göras innan svar lämnas, samt när patient eller närstående saknar möjlighet att använda 1177:s e-tjänst.

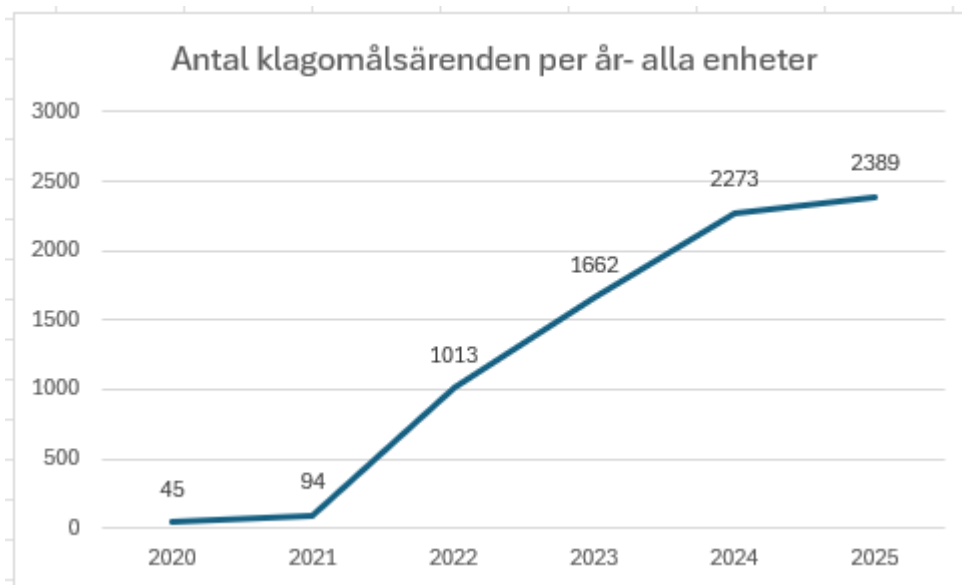
Arbetsmiljö/miljö – omfattar händelser som inneburit eller riskerat att orsaka ohälsa, olycksfall eller personskada, liksom händelser som påverkat eller riskerat att påverka yttre miljö negativt, exempelvis utsläpp till mark, luft eller vatten.-tjänst.

Under 2026 planeras kommunernas MAS/MAR att inkluderas i systemet, vilket möjliggör ett utökat samarbete mellan kommunens och regionens vårdgivare i hanteringen av avvikelser. Regionen deltar i ett nationellt nätverk med övriga regioner som har Synergi Life, nätverket arbetar med att utreda framtida möjligheter till integration mot 1177, vilket ytterligare kan stärka informationsflödet och effektiviteten i rapporteringsprocesserna. Under 2026 kommer förvaltningen av Synergi fokusera på att utveckla rapporter och statistik som verksamheten kan använda som underlag för systematisk uppföljning.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter till verksamhet

Antal ärenden som kommer in direkt till verksamheterna via e-tjänsten för Synpunkter och Klagomål fortsätter att öka, se figur 9.



Figur 9: Antal anmälda ärenden via 1177 e-tjänst för Synpunkter och klagomål, fördelat per år. (Under 2020-2021 använde regionen en egenutvecklad e-tjänst, där endast ett fåtal enheter var anslutna. Från 2022 har regionen varit ansluten till Ineras centrala e- tjänst)

I samband med att patient/ närstående rapporterar in ett ärende i 1177 e-tjänst görs en kategorisering utifrån problem och delproblem. Posten "övrigt" är fortsatt den enskilt största kategorin. Enligt verksamheterna används det valet när invånaren saknar eller inte hittar annan, önskad e-tjänst. Därefter är det inom problemområdena *Vård och behandling* - undersökning/bedömning, *Kommunikation*- information och bemötande samt *Tillgänglighet och väntetider* som invånare har flest synpunkter och klagomål.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Privatperson (patient/ närstående) kan även anmäla klagomål direkt till IVO. Om vårdgivaren inte fått möjlighet att hantera klagomålet, kommer IVO att avsluta ärendet från patient/ närstående och skicka ett meddelande till vårdgivaren om att de överför ärendet för utredning (så kallat Enskilt ärende från IVO). Det saknas en övergripande statistik för antal inkomna enskilda ärenden, då IVO både skickar ärenden via regionens centrala diarium men även direkt till enhet eller medarbetare om de är namngivna. Till det centrala diariet har det under 2025 kommit in 15 enskilda klagomål.

Patientnämnden

Patientnämndens årliga rapport visar att antal klagomål och synpunkter var på ungefär samma nivå som föregående år. Under 2025 tog patientnämnden emot 557 ärenden (2024 var det 542 ärenden). De vanligaste klagomålen under 2025 handlade om vård och behandling, och framföra allt bristfälliga undersökningar och bedömningar samt synpunkter på behandling. Kommunikationsproblem mellan vårdgivare och patient, såsom brister i information och delaktighet är den näst vanligaste kontaktorsaken. Andra stora problemområden rör synpunkter på brister i vårdansvar och organisation, tillgänglighet till vården, samt bristfällig dokumentation och sekretess.

Patientnämnden lyfter i sin årsberättelse för 2025 att antal riskområden som påverkar patientsäkerheten, vilka kan leda till en ojämlik vård. *Digitalisering* inom vården skapar nya möjligheter- men också utmaningar. E-tjänster som 1177.se kan förenkla kontakten med vården, men patienters berättelser visar att brister i funktioner och information leder till frustration och risk för exkludering och ojämlik vård. Patientnämnden har under året mottagit synpunkter från patienter som upplever *svårigheter att ligga ute med pengar* för sjukresor. Nuvarande sjukresoreglemente bygger på att patienten själv bokar och betalar resan, för att senare ansöka om ersättning. Reglementet bidrar till ojämlik vård där ekonomiska förutsättningar avgör tillgång till vård och behandling. Bland *äldre personer* framkommer beskrivningar av brister i samordning vid vårdens övergångar, utebliven vårdplanering och fördröjd diagnostik, vilket i vissa fall fått allvarliga konsekvenser. Det finns en risk för åldersdiskriminering, då patienter uttrycker att de känner sig åsidosatta eller inte prioriterade och misstänker att det beror på deras höga ålder. För *barn och unga* handlar klagomålen främst om bristfälliga undersökningar och bedömningar vilket lett till fördröjda diagnoser. Flera synpunkter handlar om bemötandet inte anpassats till barnets mognadsnivå och behov. Vårdnadshavare upplever att deras oro för barnets tillstånd inte tas på allvar.

Processteamet för klagomål

I processteamet ingår deltagare från involverade förvaltningar och enheter (1177/ Platina- och Centuri-förvaltningarna, arkiv/ diarium och patientnämnd) samt en verksamhetsrepresentant från division medicin. Teamets uppgift är bland annat att bedöma om processen tillämpas som tänkt/ att vi gör som vi bestämt, hur mål uppfylls (ledtider, statistik) eller om det är något som inte fungerar och behöver förbättras.

Verksamheternas kommentarer

Åtgärder och förbättringsförslag

- Förbättrad verbal och skriftlig information till patienter (vardagsinformation, vårdplaner, 1177-material, affisch med qr-kod för att enklare kunna rapportera synpunkter och klagomål).
- Stärkt fokus på bemötande i personalutbildning och uppföljning.
- Åtgärder för att förbättra tillgänglighet (telefonrutiner, call-back, reservrutiner för telefoni och el).
- Ökad samverkan mellan vårdinstanser (primärvård, specialistvård, kommun) och tydligare ansvarsfördelning vid gränsdragningar.
- Systemförbättringar för att samla och analysera inkomna klagomål och synpunkter i gemensam ärendelogg för att möjliggöra bättre uppföljning och lärande.

Övergripande bedömning

- Processerna fungerar i praktiken; många ärenden löses genom dialog och lokala åtgärder, men systematisk registrering och samlad uppföljning behöver förbättras för att möjliggöra bättre analys och förebyggande arbete. Kommunikation och bemötande framstår som centrala områden att prioritera för att minska klagomål och stärka patientsäkerheten.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vårdhygien

För att omsätta teoretiska kunskaper till praktiskt handlande har vårdhygien arbetat med stöd av simulering av patientfall på KTC tillsammans med vårdens medarbetare.

Riskfylld läkemedelsbehandling

Det finns riskfyllda situationer med läkemedel som ständigt behöver lyftas för att kunskap ska bibehållas och också läras ut mellan varandra. Avvikelse rapporter om läkemedelshantering följs på övergripande nivå. Där fångas områden aggregerat och/eller isolerat för att lyftas och utbildas kring i de forum som finns för sjuksköterskor, läkare och chefer.

Några av de läkemedelsområden som lyfts särskilt under året och fortsatt arbetas med är:

Förväxlingsrisker

En allmän riskmedvetenhet behöver finnas för att förebygga förväxlingssituationer. Det kan handla om att rätt patient får rätt läkemedel på rätt tidpunkt, för detta finns författningsmässiga krav med procedurer som syftar till en patientsäker hantering. I regionen finns återkommande avvikelser där patienter fått annan patients läkemedel. Vid den övergripande introduktionen av nyanställda går detta igenom. Det egna arbetet på vårdenheter behöver också ses över så rutiner för identitetskontroll och märkning av läkemedel ska bli säkert och att vårdskador därmed kan undvikas.

Ordination

Regionen arbetar kontinuerligt med informationsinsatser och åtgärder kopplade till felaktiga läkemedelslistor då detta är ett återkommande problem.

Införande av elektroniska ordinationer i Utdelningsvyn på hälsocentraler och mottagningar slutfördes 2025. Syftet är att ordination och administrering av läkemedel ska bli säkrare och det ska bli tydligare att följa läkemedelsbehandlingen i läkemedelsmodulen istället för i löpande journaltext.

Lokal arbetsgrupp Opioider har under året initierats med syfte att minska förskrivning av opioider och identifiera iatrogen skapat beroende.

Övrigt

Tidigare års problematik med avvikelser kring missade insulindoser och felkopplad syrgas har minskat i stor utsträckning efter att nya rutiner tagits fram.

Verksamheternas kommentarer

Huvudmålet för samtliga verksamheter är att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten genom systematiskt kompetensarbete, stabil bemanning, tydliga rutiner och ökad samverkan. Följande centrala teman och åtgärder återkommer:

Kompetensutveckling och träning

- Löpande och strukturerad utbildning för alla yrkesgrupper: interna kurser, externa kurser, konferenser, nätverk och individuella utbildningsplaner (inklusive ST-läkare).
- Årliga och återkommande övningar i HLR/akutsjukvård, simuleringar (trauma, överkänslighetsreaktioner m.fl.) och micro-/skills-övningar via kliniska träningscenter eller lokalt.
- Certifieringar/körkort via kompetensportal och införande av ett "utbildningshjul" för en fast årlig utbildningsplan.
- Fokus på ledarskap för händelseanalys, utbildning av instruktörer och analysledare för att sprida lärande från avvikelser.

Bemanning, rekrytering och arbetsmiljö

- Säker bemanning och ökad andel fast anställda för att bevara kontinuitet och kompetens internt.
- Aktiv rekrytering och åtgärder för att minska personalomsättning, inklusive bättre schemaläggning, rimliga arbetstider och möjligheter till återhämtning.
- Användning av intern redundans och samverkan mellan enheter vid frånvaro för att trygga drift.

Arbetsätt, rutiner och teknik

- Standardiserade och spårbara arbetsrutiner: dokumentation, läkemedelslistor, utskrivningsinformation och egenvårdsplaner i journalsystem (t.ex. COSMIC, integration med SPECTRA/Sectra).
- Fortsatt arbete med avvikelshantering: rapportering, delning och analys av avvikelser för lärande och rutinförändring.
- Införande och utveckling av tekniska stöd (journalsystem, videoöverföring i ambulansjournaler, läkemedelshanteringssystem) för ökad säkerhet och effektivitet.
- Beredskap och kontinuitet: riskanalyser vid förändringar, avbrottsplanering (el, vatten, IT) och produktions-/kapacitetsstyrning.

Patientsamverkan och övergångar i vården

- Förbättrad utskrivningsplanering och samarbete mellan region och kommuner, tydliga övergångar och personcentrerade vårdplaner (SIP, LINK).
- Ökad patientdelaktighet, information och tydliga självhanteringsplaner vid utskrivning.

Säkerhetskultur och teamarbete

- Främjande av en stark säkerhetskultur där ansvar klargörs, attityder värdesätts och psykologisk trygghet stärks.
- Fokus på teamutveckling, sektionering och etablering av specialist-/felsökningsgrupper för bättre samarbete och kvalitet.

Uppföljning, analys och styrning

- Regelbunden uppföljning av kvalitetsdata, avvikelser, patientenkäter och

journalgranskningar för att identifiera risker och förbättringsområden.

- Patientnära analysforum (patientsäkerhetsteam) som stödjer organisationen med prioriteringar, riktlinjer och informationsmaterial.
- Strategiskt arbete med att anpassa vården efter förändrade behov och demografi, samt att flytta vården närmare patienterna enligt långsiktiga planer.

Prioriterade insatser för 2026

- Implementering av strukturerad årlig utbildningsplan ("utbildningshjul").
- Fördjupade simuleringar och fortsatt HLR-träning.
- Effektivare utskrivningsprocesser i linje med ny samverkansöverenskommelse.
- Fortsatt teknisk integration och förbättrad dokumentation för läkemedelshantering och spårbarhet.
- Förstärkt rekrytering, stabilisering av anställningsförhållanden och fortsatt fokus på arbetsmiljö.

Sammanfattningsvis är bilden samlad kring att genom kontinuerlig kompetensutveckling, bättre bemanning, standardiserade rutiner, tekniskt stöd, stärkt säkerhetskultur och ökad samverkan skapa en mer robust, säker och patientcentrerad vård.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Patientsäkerhet är ett arbete som behöver och ska bedrivas på kort sikt i det dagliga arbetet och strategiskt på lång sikt. Bedömningen är att fortsatt arbete med fokus på "Säker vård" och stöd från den nationella -och regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är nödvändig. Målet är fortsatt oförändrat: ingen patient i Region Jämtland Härjedalen ska behöva drabbas av vårdskada.

I arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är tillgång till vårdhygienisk expertis ett grundläggande krav. Två infektionsläkare arbetar på den vårdhygieniska enheten och båda har påbörjat en ST-utbildning inom vårdhygien. På grund av att en ny lagstiftning trädde i kraft 1 juli i år har dock handledare för ST-utbildningen saknats sedan dess och arbete med att hitta handledare för ST-läkarnas fortsatta utbildning pågår. Verksamhetsansvar för Vårdhygien ligger på Regionens Smittskyddsläkare.

Uppdaterad version av nationell handlingsplan Agera för säker vård presenterades maj 2025. Som en följd av detta behöver Regionen under 2026 uppdatera den regionala handlingsplanen och med den säkerställa att dels strategiska arbetssätt för arbete med patientsäkerhet och dels operativt särskilt angelägna områden i arbetet med patientsäkerhet. Arbetet med patientsäkerhet behöver vara långsiktigt och ske i anslutning till den utveckling som sker i den nära vården.

Verksamheternas kommentarer

Sammantaget ger verksamheterna flera förslag på mål, strategier och utmaningar för kommande år, de sammanfattas nedan :

Regionens verksamheter planerar för 2026 med fokus på säker, tillgänglig och personcentrerad vård. Målen är att förebygga vårdskador, stärka patientsäkerheten, säkra bemanning och kompetens samt förbättra tillgänglighet både fysiskt och digitalt — allt inom ramen för ekonomiska förutsättningar och pågående omställning mot fler uppgifter i primärvården (God och Nära vård).

Patientsäkerhet och kvalitet

- Patientsäkerhetsarbete är integrerat i verksamhetsplanering: mål, nyckeltal och åtgärder följs upp med månads- och tertialrapporter.
- Fortsatt användning och utveckling av avvikelshantering, Gröna korset, patientsäkerhetsronder, händelseanalyser och spridning av lärdomar via förbättrings- och patientsäkerhetsteam.
- Särskilda insatser för läkemedelssäkerhet, restriktiv antibiotikaförskrivning och säkra rutiner vid operations- och slutenvårdsflöden.
- Bygga ett "klinikminne" för att bevara och använda lärdomar över tid.

Personal, kompetens och arbetsmiljö

- Bemanning är den största utmaningen; fokus på rekrytering, behållning och långsiktig kompetensförsörjning (bl.a. ST-läkarutbildning, distriktssköterskor, specialistvårdspersonal).
- Stärkt introduktion, handledning, individuella kompetensutvecklingsplaner och fortlöpande internutbildning för att minska sårbarhet och säkerställa kunskapsöverföring.
- Insatser för förbättrad arbetsmiljö och att vara en attraktiv arbetsgivare (synligt ledarskap, återhämtningsplanering, tydliga arbetsbeskrivningar).
- Psykosocialt stöd: kamratstöd, krisstödsgrupp och extern psykologhandledning där behov finns.

Tillgänglighet och produktionsstyrning

- Aktiv kapacitets- och produktionstyrning för att korta köer och säkerställa väntetidsgarantier (planering av mottagningar, operationsflöden och telefonscheman).
- Ökad andel polikliniska/utagerade operationer där möjligt samt förbättrad samverkan vid hög belastning (gemensam introduktion, förbättrade utskrivningsrutiner).
- Webbokning, tidbokskvalitet och minskade sena avbokningar/no-shows prioriteras.

Digitalisering och patientmedverkan

- Utveckling av digitala kontaktytor och verktyg (videomöten, filmat patientinformation, webbsidor, digital mottagning, Amni Care/"Blåappen", TiK-kvalitetssäkring).
- Investering i personalens digitala kompetens och förbättring av intranät/dokumentationsstöd för avvikelshantering.
- Förberedelser för nya IT-lösningar (t.ex. PDMS-styrning, eventuella upphandlingar) och säkrad IT-uppkoppling mellan aktörer.

Organisation, samverkan och styrning

- Förstärkt samverkan inom regionen och med kommuner, inklusive LPO-arbete, Barnskyddsteam, samarbete kring BUP, neonatal hemvård och specialiserade program (t.ex. obesitas, omedelbar hud-mot-hud-kontakt).
- Klara processer och ansvar i nya rapporteringssystem och styrverktyg; dokumentation i planeringsverktyg (Stratsys) och uppföljning genom ledningsgrupper.
- Lokala anpassningar och dialog med medarbetare för att välja konkreta aktiviteter per enhet.

Särskilda verksamheter och områdesspecifika åtgärder

- ICU/AnOpIVA: kostnadsreduktion, förbättrad bemanning för att öppna full kapacitet, förberedelser för TM2 och PDMS-styrning (en total digitalisering av informationshanteringen vid anestesi, operation, postoperativ vård och intensivvård. All teknisk utrustning ska kunna kommunicera och leverera data till ett och samma system).
- Barn- och ungdomsvård: utveckla Barnskyddsteam, ungdomsmottagningar, digitala tjänster och jämlikhetsåtgärder (t.ex. ökad nåbarhet för unga män).
- Tandvård: hantera bemanningsbrist via tillfälliga insatser, nationellt utbyte och utbildningssamarbete; förberedelser för reformer.

Risker och förutsättningar

- Huvudrisker är otillräcklig bemanning, oklara resurstransfereringar i omställningen till primärvårdens roll, och ekonomisk press som kan begränsa förbättringsarbete.
- Framgång beror på finansiering, personaltillgång, fungerande IT-lösningar och långsiktig styrning för att kunna genomföra planerade insatser.

Sammanfattningsvis fokuserar verksamheterna på att kombinera patientsäkerhet, stärkt kompetens och förbättrad tillgänglighet genom systematiskt lärande, digitala lösningar och ökad samverkan. Realisering kräver prioritering av bemanning, tydliga resurstransfereringar samt stabil ekonomi och teknisk infrastruktur.

Tabell 7. Mål och aktiviteter i de fem fokusområdena

Grundläggande förutsättning/ fokusområde	Mål	Aktivitet
1. Öka kunskaper om inträffade vårdskador	Ge underlag till analys av bakomliggande orsaker till vårdskador	Fortsätta arbetet med införandet av avvikelssystemet Synergi Life
2. Tillförlitliga system och processer	Regionens processer och arbetssätt bidrar till säker vård	Införa respektive fasa ut metoder, utrustning, arbetssätt och rutiner på ett systematiskt och säkert sätt
3. Säker vård här och nu	Minska antalet vårdrelaterade infektioner	Omsätta och implementera Vägledning för vårdhygiensikt arbete från ledningsnivå till enhetsnivå
4. Stärka analys, lärande och utveckling	Ta fram processer för indikatorer inom omvårdnad samt för vårdpreventiva områden	Fortsätt utveckla processen tillsammans med Cosmic, Beslutsstöd och Stratsys för att arbeta med data i realtid samt data som stöd i Inblick för systematiskt förbättringsarbete inom omvårdnad i enlighet med SOSFS 2011:9
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	Tillgång till färdighetsträning och simulering för ökad beredskap Fortsatt arbete med att identifiera, åtgärda/hantera och följa upp risker	Planera och genomföra simuleringsövningar som är relevanta för verksamheterna Utveckla stödet för riskhantering i Stratsys