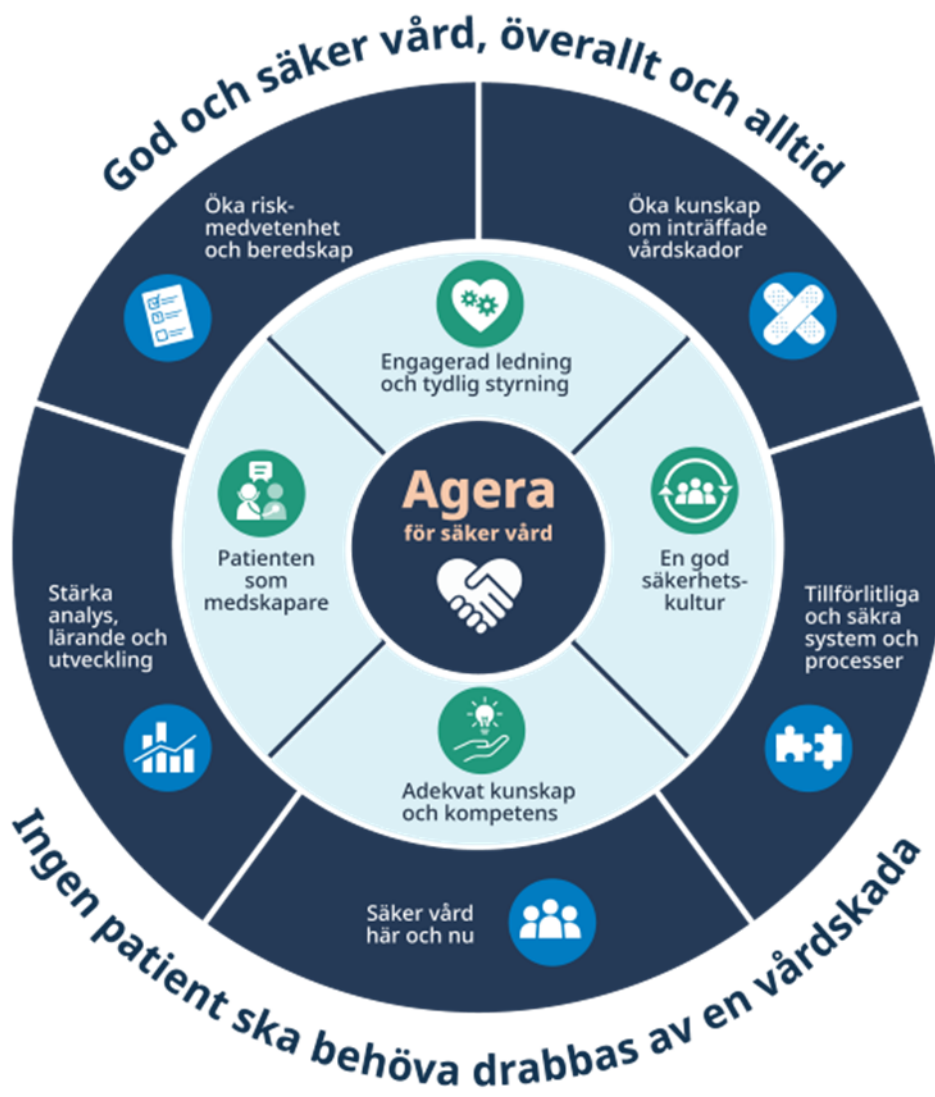


Patientsäkerhetsberättelse 2025, Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg



Innehållsförteckning

1.	Inledning	3
2.	Sammanfattning	3
3.1	Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.2	Informationssäkerhet	7
3.3	Strålskydd	8
4.	Grundläggande förutsättningar för säker vård	9
4.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	9
4.2.	En god säkerhetskultur	11
4.3	Adekvat kunskap och kompetens	12
4.4	Patienten som medskapare	16
5.	Agera för säker vård	18
5.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
5.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	22
5.3	Säker vård här och nu	23
5.4	Stärka analys, lärande och utveckling	24
5.4.1	Avvikelse	25
5.4.2	Klagomål och synpunkter	25
5.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
6	Mål, Strategier och utmaningar för kommande år	31

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. 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 2025–2030"

2. Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet inom Region Gävleborg har under 2025 präglats av ett systematiskt, långsiktigt och utvecklingsinriktat arbete med fokus på att förebygga vårdskador, stärka säkerhetskulturen och skapa förutsättningar för en god och säker vård – överallt och alltid. Arbetet utgår från den regionala Strategin för ökad patientsäkerhet, som är baserad på den nationella handlingsplanen, och är integrerat i regionens styr- och ledningssystem med stöd av det digitala verktyget Stratsys.

Under året har fortsatt implementering och utveckling av strukturer för uppföljning, analys och lärande varit centrala. Patientsäkerhetsmodulen i Stratsys används i ökande grad för dokumentation och uppföljning av mål, aktiviteter och egenkontroller, även om tillämpningen fortfarande varierar mellan verksamheter. Genom verksamhetsuppföljningar, patientsäkerhetsdialoger och riktade utbildningsinsatser har kunskap och medvetenhet om patientsäkerhetsfrågor stärkts hos chefer och medarbetare.

Arbetet med säkerhetskultur har varit prioriterat. Index för hållbart säkerhetsengagemang visar på en stabil men ännu inte tillräcklig nivå, vilket tydliggör behovet av fortsatt fokus på

psykologisk trygghet, lärande och öppen dialog kring risker och avvikelser. Patientsäkerhetsdialoger har vidareutvecklats som ett viktigt verktyg för att identifiera förbättringsområden, sprida goda exempel och stärka det gemensamma lärandet i organisationen.

Kompetensförsörjning och utbildning utgör en grundläggande förutsättning för säker vård. Under 2025 har regionen haft ett omfattande utbildningsuppdrag genom verksamhetsförlagd utbildning, utbildningstjänster, AT- och BT-tjänstgöring samt fortbildning av medarbetare och chefer. Kliniskt träningscentrum och Centrum för klinisk utbildning har haft en central roll, även om begränsad kapacitet under året påverkat möjligheterna till träning och simulering. Åtgärder planeras för att stärka detta inför kommande år.

Patientens och närståendes delaktighet har fortsatt att utvecklas som en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet. Personcentrerade arbetssätt, förbättrad information, digitala stöd och strukturer för att ta tillvara patienters erfarenheter har bidragit till ökad trygghet och delaktighet, även om tillämpningen varierar mellan verksamheter. Samverkan med patientnämnden har varit ett viktigt stöd i detta arbete.

Regionen har fortsatt att utveckla tillförlitliga och säkra system och processer, bland annat genom arbete med vårdförlopp, vårdens övergångar, informationssäkerhet och strålsäkerhet. Avvikelsehantering, händelseanalyser och uppföljning av vårdskador används för att identifiera systembrister och driva förbättringsarbete. Samtidigt visar analysen att variationer i rapportering, dokumentation och återkoppling kvarstår och behöver hanteras för att stärka det förebyggande arbetet.

Slutligen har arbetet med beredskap och resiliens stärkts under året. Förändringar i organisation och roller, tillsammans med utbildningar, övningar och samverkan, har förbättrat regionens förmåga att hantera påfrestningar och oväntade händelser med bibehållen patientsäkerhet.

3. Organisation och ansvar

Regionstyrelsen, vårdgivaren är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom regionen.

Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) har ett delegerat ansvar som vårdgivare. HSN planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses.

Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) är funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. HSD fastställer patientsäkerhetsberättelse samt regiongemensamma styrdokument för hälso- och sjukvården.

Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör har ett övergripande ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom förvaltningens verksamheter.

Verksamhetschef (VC) Ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt. I ansvaret ingår att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet samt att implementerade rutiner finns för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse. Verksamhetschef rapporterar till, utreder och samarbetar med chefläkare vid risk för eller inträffad vårdskada.

Vårdenhetschef (VEC) Ansvarar för tillämpning av fastställda styrdokument. Ansvarar för att tid avsätts för förbättringsarbeten, riskanalys och händelseanalys samt att implementerade rutiner tillämpas.

Medarbetare arbetar utifrån regionens regelverk och tillämpar fastställda styrdokument. Medverkar i utrednings- och utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet samt i förbättringsarbete.

3.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

Patientsäkerhet och Vårdkvalitet har uppdrag att stödja ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskulturen inom Hälso- och sjukvården. Chefläkare ansvarar för anmälnings-skyldigheten enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), i samarbete med och som stöd för verksamhetschefer. Chefsjuksköterskan ansvarar för att stötta och utveckla det strategiska omvårdnadsarbetet inom regionen.

Kvalitetssamordnare/motsvarande är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Hälso och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR) är en avdelning inom Hälso och sjukvårdsförvaltningen vars uppdrag är att stötta hälso och sjukvården:

- Centrum för klinisk utbildning
- Kliniskt träningscentrum
- Ledningsstöd Hälso och sjukvård
- Lokal Stramagrupp
- Läkemedelsenhet
- Medicinsk teknik
- Patientsäkerhet och vårdkvalitet
- Samordning kunskapsstyrning hälso- och sjukvård
- Utvecklingsenhet
- Vårdhygien

Stabschef HSR har ansvar att samordna och prioritera resurser samt beakta och lyfta upp patientsäkerhetsfrågor i Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) och FSAM.

Centrum klinisk utbildning bidrar till hälso-och sjukvårdens verksamhetsplan och möjligheter att kunna ge patientsäker vård, god klinisk utbildningsmiljö samt att utveckla och upprätthålla strategisk kompetensförsörjning. Genom samverkan med Region Gävleborgs (RG) övriga verksamheter, länets kommuner, universitets och högskolor, säkerställs att hälso-och sjukvårdens verksamheter oavsett driftform, har förutsättningar att bedriva god klinisk utbildning, handledning och utveckling inom dessa områden. Genom en driftneutral utbildningsverksamhet erbjuds möjlighet till fortbildning.

Kliniskt träningscentrum (KTC) är en länsgemensam resurs som stärker patientsäkerheten genom utbildning, simulering och klinisk färdighetsträning för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Verksamheten omfattar bland annat medicinsk simulering, HLR och akut omhändertagande samt strukturerad introduktion av nya medarbetare. KTC bidrar även till säkrare vårdövergångar genom riktade utbildningsinsatser till bland annat till kommuner och assistansbolag. Genom ökad kompetens, samverkan och beredskap stärks säkerheten i hela

vårdkedjan.

Ledningsstöd Hälso- och sjukvård bidrar med stöd till hälso- och sjukvårdens ledning, kliniska verksamheter och den politiska nivån, med särskilt fokus på hälso- och sjukvårdens prioriterade områden. Ledningsstöd tillhandahåller stöd till flera av de större uppdragsområdena, såsom God och Nära vård, kunskapsstyrning, dokumentstyrning, kvalitetsledningssystem, Länsledning Gävleborg, försäkringsmedicin, hjälpmedel, samt om- och nybyggnation av hälso- och sjukvårdens lokaler. Därtill ansvarar vi för samverkan mellan patient- och brukarorganisationer och Region Gävleborg. Ledningsstöd hanterar även mindre uppdrag, exempelvis ansvar för HoS-stiftelser, bidrag till patientorganisationer, internrevisioner med mera.

Ledningssystemsamordnare ansvarar för att regionens ledningssystem har en struktur och utveckling så det uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.

Lokal Stramagrupp är en strategigrupp som verkar för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens. Strama samverkar med aktörer som förskriver antibiotika.

Läkemedelsenheten samordnar läkemedelsfrågor i regionen och är en stödfunktion för verksamheten i frågor som rör läkemedel, läkemedelshantering och stödsystem. Läkemedelsenhetens medarbetare arbetar på vårdavdelningar och i primärvård, utför kvalitetsuppföljning av vårdens läkemedelshantering samt ansvarar för läkemedelsförsörjning inklusive cytostatikatillverkning till sjukvården.

Medicinsk teknik deltar i "Tekniska kommittén" och "Gaskommittén" vars uppdrag är att stödja verksamhetschefer för en säker teknisk drift för verksamhetskritiska medicinska system och säkerställa kvaliteten på medicinska gasanläggningen. Medicinsk Teknik deltar i upphandlingar för att medverka till att ingångna avtal säkerställer tillgänglighet och kvalitet på medicinteknisk utrustning. Medicinsk Teknik medverkar i verksamheternas teknikronder.

Samordning kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. 2017 beslutades av landsting och regioner att gemensamt etablera en långsiktig och sammanhållen struktur för kunskapsstyrning som stödjer en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Som en del av detta fattade Region Gävleborg beslut om att anpassa sin lokala organisation till de nationella och sjukvårdsregionala strukturerna. Utifrån detta har hälso- och sjukvårdsdirektören etablerat ett kunskapsstyrningsråd som säkerställer att den lokala arbetsmodellen följer den nationella strukturen. Rådet ansvarar även för att stärka samverkan med berörda aktörer utanför hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Utvecklingsenheten, består av hälsoinformatiker, produktion- och leansamordnare, kodningssamordnare, cancersamordnare och verksamhetsutvecklare. Enheten bistår verksamheterna inom samtliga dessa områden med verktyg, kunskap och metoder i syfte att stärka kvaliteten och förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården.

Vårdhygien Vårdhygiens övergripande uppdrag är att minska och förebygga vårdrelaterade infektioner samt att förhindra smittspridning inom hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdhygien utgör en viktig del av regionens patientsäkerhetsarbete genom bland annat framtagande av övergripande rutiner, rådgivning, utbildning och systematiska hygienronder. Genom detta stödjer Vårdhygien verksamheterna i arbetet med att upprätthålla en hög hygienisk standard. Insatserna är avgörande för att förebygga vårdskador, begränsa antibiotikaresistens och säkerställa en trygg och säker vård

Övriga regionala aktörer som bidrar till en säker vård

Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG) stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom regionen samt bidrar till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvaliteten i landstingets olika verksamheter.

Folkhälsa och hållbarhet är ett kunskapsstöd i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet gentemot hälso- och sjukvården. Avdelningen verkar för en god jämställd och jämlik hälso- och sjukvård. Avdelningen verkar också för att hälsofrämjande insatser integreras i hälso- och sjukvårdens verksamhet samt att patientinformation målgruppsanpassas för en vård på lika villkor.

Internkontrollenheten säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll och riskanalyser.

Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter på vården samt bidrar med erfarenheter från dokumentation och analys av patientsynpunkter till hälso- och sjukvårdens ledning.

Samhällsmedicin Gävleborg ansvarar för övergripande analyser, ger förslag till förbättringsområden samt samordnar Regionens medverkan i den Nationella Patientenkäten.

Smittskydd Gävleborg har det regionövergripande myndighetsansvaret för länets smittskyddsarbete som regleras bl. a av smittskyddslagen. Smittskydd Gävleborg arbetar med att förebygga och minska risken för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontakter läkare, verksamhetschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektör i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Smittskyddsläkaren ansvarar för epidemi- och pandemiplanering i regionen.

Stabsdirektör för regionstyrelseförvaltning ansvarar för arbete i det koncernövergripande Lednings- och kvalitetsrådet vars syfte är att säkerställa dialog kring och utveckling av ledningssystem i Region Gävleborg

3.2 Informationssäkerhet

Region Gävleborg arbetar systematiskt och riskbaserat med informationssäkerhet enligt ledningssystemet LIS, som även omfattar dataskydd och integritetsskydd enligt GDPR. Arbetet samordnas med dataskyddsombudet (DSO) för att säkerställa en enhetlig tillämpning och ett rättssäkert skydd av personuppgifter. Arbetet styrs av flera lagar och författningar, bland annat OSL, PDL, NIS2, GDPR samt, när tillämpligt, säkerhetsskyddslagen (2018:585) med tillhörande föreskrifter. Detta är särskilt viktigt eftersom regionen hanterar samhällsviktig verksamhet.

Uppföljningar och självskattningar visar att organisationen har en god mognadsnivå inom informationssäkerhet. Samtidigt identifieras förbättringsområden som beaktas i kommande handlingsplaner, i linje med principen om kontinuerlig förbättring enligt ISO/IEC 27001.

Det har funnits en hög efterfrågan på utbildningsinsatser från vården. Juridikavdelningen har därför genomfört riktade utbildningar med fokus på säker hantering av patientinformation, dataskydd och medarbetares ansvar. Insatserna stärker även organisationens säkerhetskultur.

Det har även funnits en hög efterfrågan på utbildningsinsatser från vården.

Systematiskt informationssäkerhetsarbete fortsätter i samband med förvaltningen av det nya vårdinformationssystemet. Det omfattar uppdatering av styrdokument och rutiner, tekniska och organisatoriska skyddsåtgärder samt uppföljning av personuppgiftsincidenter samt åtkomst- och tillgångshantering.

3.3 Strålskydd

Under 2025 har regionens arbete med strålsäkerhet fortsatt med tydligt fokus på patientsäkerhet, kvalitetssäkring av röntgensystem och strålskydd samt optimering av rutiner och metoder. Ett kontinuerligt och systematiskt arbete pågår avseende optimering av stråldos i relation till bildkvalitet. Metoden för uppföljning och justering av datortomografiundersökningar har vidareutvecklats och strukturerats, vilket ger förbättrad överblick och uppföljning i optimeringsarbetet.

Flera upphandlingar av röntgensystem och strålskydd har genomförts eller pågår, där sjukhusfysiker medverkar för att säkerställa att strålsäkerhetskrav uppfylls.

Arbetet har över lag präglats av kontinuerliga förbättringar av strålskyddsrutiner samt utbildningsinsatser för medarbetare inom strålsäkerhet och avvikelserapportering. Nya riktlinjer och krav från Strålsäkerhetsmyndigheten har integrerats i det dagliga arbetet. Bland annat har riktlinjer för remittering gjorts mer tillgängliga för remitterenter.

Inom nuklearmedicin har profilsctintmetoder optimerats med reducerade DT-doser. Tidigare har generella metodikmöten genomförts, men från och med 2025 har metodoptimeringsmöten införts. Där träffas metodansvariga yrkeskategorier för specifika metoder för genomgång och optimering. Resultat redovisas vid metodikmöten samt i isotopkommittén. Förberedelser har även genomförts inför planerad upphandling av PET/DT-system.

Inom strålbehandlingen pågår ett kontinuerligt arbete med att optimera behandlingsmetoder och följa nationella vårdprogram avseende dosplanering. Under året har en av tre acceleratorer bytts ut, vilket inneburit omfattande ombyggnationer i manöverhallen. Ombyggnationen, som pågick under cirka fem månader, medförde arbetsmiljöutmaningar i form av buller och begränsad drift med endast två acceleratorer. Trots detta har strålsäkerheten för både patienter och medarbetare upprätthållits och inga ökade avvikelser har noterats. Sedan mitten av december är samtliga tre acceleratorer åter i drift.

Ett komplett ytskanningssystem har upphandlats till strålbehandlingen och kommer att driftsättas under 2026. Autokontureringsystemet för riskorgan (MVision) har uppdaterats och omfattar nu samtliga patienter. Under året har inga avvikelser rapporterats till Strålsäkerhetsmyndigheten. Endast mindre strålavvikelser har förekommit.

Centrala strålskyddskommittén har regelbundet följt upp internrevisioner, utbildningsinsatser samt implementering av nya arbetssätt, med målet att upprätthålla en hög säkerhetsnivå i vården. På grund av resursbrist har tidsplanen för genomförande av internrevisioner behövt revideras.

Under årets slut påbörjades förberedelser inför Strålsäkerhetsmyndighetens (SSM) planerade inspektion av verksamheterna, som genomförs vecka 7, 2026. Inspektionen kommer att fokusera på avvikelshantering samt krav kopplade till ledningssystem. I dagsläget saknas

ett fastställt övergripande ledningssystem, men arbete pågår för att färdigställa detta.

4. 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.

I början av 2024 fastställde hälso- och sjukvårdsdirektören ”Strategi för ökad patientsäkerhet”, som beskriver regionens långsiktiga och systematiska arbete med patientsäkerhet. Strategin anger mål och inriktning som ska integreras i verksamheternas styrning. Strategin kommer att följas upp och uppdateras i början av 2026.

Vision: God och säker vård – överallt och alltid.

Övergripande mål: Ingen patient ska drabbas av vårdskada.

Regionens digitala verktyg Stratsys utgår från Strategi för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhetsmodulen i Stratsys stödjer ett sammanhållet och systematiskt patientsäkerhetsarbete på samtliga nivåer i organisationen. De mål som beskrivs i efterföljande text är hämtade från ”Strategi för ökad patientsäkerhet”.

4.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Mål: Tydlig organisationsstruktur och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet från högsta ledning till enhetsnivå

Flera verksamheter har en organisationsstruktur med ett övergripande dokument som grund. På övergripande nivå finns dock inget uppdaterat och fastställt dokument. Den låga svarsfrekvensen samt avsaknaden av ett uppdaterat och fastställt övergripande dokument på regionnivå indikerar att ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet inte är tillräckligt tydlig eller känd i alla delar av organisationen. Detta kan medföra variation i hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs och följas upp.



Mätetal	Aktiviteter
Organisationsstruktur och ansvarsfördelning ska finnas beskrivet/vara känt inom alla verksamhetsområden Ja (Eget) 38 st Nej Ja Ej svarat 2 st (5%) 20 st (53%) 16 st (42%)	Uppdatera rutinen Kommentar Av totalt 38 enheter har 20 svarat ja och 2 svarat nej. 16 enheter har inte lämnat något svar, vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet.

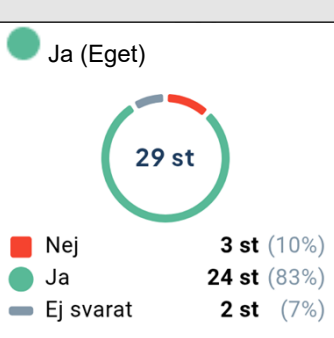
Mål: God kunskap hos ledning och chefer om Regionala strategins mål.

Under 2025 har införandet av patientsäkerhetsmodulen fortsatt. Majoriteten av verksamhetsområdena samt flera enheter har påbörjat och i flera fall etablerat sitt arbete i modulen. Parallellt har ett kontinuerligt utvecklingsarbete bedrivits med fokus på att stärka modulens struktur och användarvänlighet samt att förbättra funktionaliteten. Ett särskilt fokus har legat på att möjliggöra automatisk överföring av resultat, i syfte att effektivisera uppföljning och minska manuellt arbete.

För att säkerställa en hållbar implementering och ett gemensamt, regionalt arbetssätt har riktade workshops genomförts under året för kvalitetssamordnare. Workshoppen har haft som mål att fördjupa deltagarnas kunskap om patientsäkerhetsmodulen, tydliggöra arbetssätt och ansvar samt stärka kvalitetssamordnarnas roll som stöd och kunskapsbärare gentemot verksamheternas medarbetare. Detta har bidragit till ökad samsyn och bättre förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet har under året skett via Stratsys och integrerats i ordinarie verksamhetsuppföljningar vid två tillfällen per år. Genom denna struktur har patientsäkerhetsarbetet följts upp på ett enhetligt sätt och utgjort en naturlig del av den övergripande styrningen och ledningen av verksamheten.

Sammantaget bedöms kunskapen om strategin ha ökat hos chefer och kvalitetssamordnare, men graden av faktisk tillämpning varierar mellan verksamheter. Fortsatt fokus krävs på att omsätta strategins mål i konkreta åtgärder på enhetsnivå.

Mätetal	Aktiviteter
Använder patientsäkerhetsmodulen i Stratsys för dokumentation och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet.  ● Ja (Eget) ■ Nej ● Ja ■ Ej svarat 29 st 24 st (83%) 3 st (10%) 2 st (7%)	Workshop med Kvalitetssamordnare fortsättning. Implementering av Forms egenkontroll Verksamhetsuppföljning med alla verksamhetsområden tillsammans med Bitr. HSD. Kommentar Under året har verksamhetsuppföljningar genomförts vid två tillfällen med samtliga verksamhetsområden.

4.2. En god säkerhetskultur

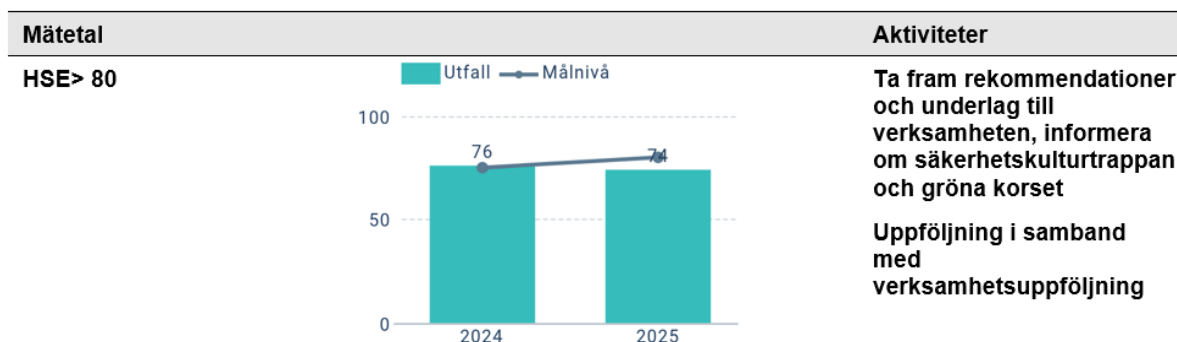
En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Mål: Index för hållbart säkerhetsengagemang totalt. Hållbart säkerhetsengagemang följs upp och aktiviteter vidtas utifrån resultat.

Under 2025 har rekommendationen att analysera resultatet av HSE på enhetsnivå presenterats på Plexus i samband med återkoppling av resultaten till enheterna. I samband med detta har även verktyget "Säkerhetskulturtrappan A-E" lyfts fram som ett stöd vid analysen. Verktyget har tidigare introducerats i Kvalitetssamordnarnätverket och har under 2024 - 2025 inkluderats i den patientsäkerhetsutbildning för chefer som anordnas av Patientsäkerhetsenheten.

Målvärdet för 2025 var satt till ett index på 80. Utfallet på övergripande nivå uppgick till index 74.



Mål: Patientsäkerhetsdialoger genomförs i alla verksamhetsområden

Under 2025 har arbetet med patientsäkerhetsdialoger vidareutvecklats och genomförts i en ny, modifierad form. Dialogerna har genomförts vid två tillfällen, under vår respektive höst. Besöken har genomförts utifrån geografisk placering och har inte varit kopplade till specifika verksamhetsområden.

Syftet med patientsäkerhetsdialogerna är att stärka patientsäkerhetskulturen samt att följa upp det pågående patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna. Dialogerna möjliggör en öppen medarbetardialog kring risker, förbättringsområden och trygghet i vården. Vidare syftar de till att sprida och lyfta fram goda exempel inom verksamheten samt att främja lärande och en kontinuerlig förbättring av patientsäkerheten. Under dialogerna har bland annat följande områden behandlats: patientsäkerhetskultur, ledning och styrning, kompetens, patientens medskapande, personcentrerad vård, avvikelshantering, basala hygienrutiner, vårdrelaterade infektioner och trycksår samt samverkan/teamarbete och läkemedel (inklusive antibiotika, STRAMA och beroendeframkallande läkemedel). Återkoppling har skett till respektive ledningsgrupp i samband med planerade verksamhetsuppföljningar.

Patientsäkerhetsdialogerna bedöms vara ett viktigt verktyg för att stärka säkerhetskulturen och skapa lärande i organisationen. Samtidigt finns behov av att ytterligare systematisera uppföljningen av identifierade förbättringsområden för att säkerställa långsiktig effekt.

4.3 Adekvat kunskap och kompetens

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



Verksamhetsförlagd utbildning: Under 2025 har 1 817 specifika individer haft någon form av verksamhetsförlagd utbildning (praktik) inom hälso-och sjukvården, vilket innebär totalt 7 517 studerandeveckor och 279 auskultationsveckor. De största volymerna utgörs av studerande inom sjuksköterske-, vård och omsorg- och läkarprogrammet.

Parallellt med detta har hälso-och sjukvården tagit emot 104 elever från grundskolan för PRAO. Under året har Centrum klinisk utbildning samordnat cirka 34 utbildningsaktiviteter. Utifrån ny läkarutbildning och sjuksköterskeutbildning har olika förändringsprocesser initierats.

Utbildningstjänster: Hälso- och sjukvårdsförvaltningens behov av specialistkompetens utifrån ett strukturerat arbetssätt kring utbildningstjänster fortgår med målet att täcka regionens behov av specialistsjuksköterskor. Utbildningstjänster avser specialistsjuksköterskeutbildning, specialistutbildning för BMA, legitimationsgrundande psyko-terapeututbildning, hälso- och sjukvårdskurator samt specialistundersköterskeutbildning.

Antalet utbildningstjänster per år i regionen är satt till 35 för specialistutbildning sjuksköterska, fem utbildningstjänster gemensamt till leg psyko-terapeut, hälso- och sjukvårdskurator och specialist för biomedicinska analytiker (BMA) samt fem utbildningstjänster till specialistundersköterska. Totalt 45 utbildningstjänster.

Utveckling av AT- och BT-tjänster: Totalt har 214 personer genomfört sin AT eller BT tjänstgöring inom regionens hälso-och sjukvård samt privata hälsocentraler (HC). Av dessa har 198 personer varit anställda inom CKU.

Rekrytering till AT har skett en gång per termin, med fyra starter under året. Totalt har 66 personer nyanställts vilket innebär att 172 personer haft anställning som AT-läkare under året.

Gällande BT har 26 personer varit anställda i fristående grupp delar av/eller hela året och deltagit i BT-programmet omfattande 12 månader, 16 personer har under året genomfört sin BT under ST-anställning delar av/ hela året,

Under året har processen med omställning från AT till BT fortsatt genom bland annat konsekvensanalyser och information/utbildningsinsatser.

Utbildning ST läkare: Under året har 10 A-B kurser, 2 C-kurser för ST läkare samt fyra startseminarier anordnats.

Medicinska biblioteket: Säkerställer spridning av bästa tillgängliga kunskap genom:

- Beställning av böcker, ljudböcker och tidskrifter i både elektronisk och tryckt form
- Tillgängliggöra databaser
- Erbjuder stöd vid informationssökning - enskilt eller i grupp
- Genomföra utbildning enskilt eller i grupp

- Lån av facklitteratur från andra bibliotek
- Inköp av litteratur till verksamheten
- Samordning av regionens tidskriftsprenumerationer

Kliniskt träningscentrum (KTC)

Kliniskt träningscentrum (KTC) genomför kompetenshöjande utbildning för vårdpersonal och har under året haft en lägre kapacitet än tidigare på grund av underbemanning. Det har påverkat planerade kompetensutvecklingssatsningar i vården och tillgängligheten för övningar har varit otillräcklig. Detta förväntas åtgärdat under 2026.

Under 2025 har införande av ”Tidig upptäckt och behandling” (TUB) fortsatt, främst genom utbildning av verksamhetsinstruktörer och som del av introduktionsprogram för läkare, undersköterskor och sjuksköterskor. TUB är ett utbildningskoncept som tillhandahåller verktyg för ett strukturerat arbetssätt kring patienter med sviktande vitalfunktioner i syfte att öka patientsäkerheten och att förebygga undvikbara vårdskador och riktar sig till all sjukvårdspersonal. Av extrainsatta kurstillfällen ses ett visst ökat intresse och behov av kurser i SBAR.

Kliniskt träningscentrum erbjuder introduktionsutbildningar för undersköterskor, sjuksköterskor och läkare och främjar en lärandekultur inom Region Gävleborg. Under 2025 startade nya yrkesintroduktionsprogrammet för sjuksköterskor. Programmet har utvecklats tillsammans med Omvårdnadsrådet syftar till att ge nyexaminerade sjuksköterskor stöd i rollklarhet, handlingskraft, social integrering samt återhämtning under det första året som sjuksköterska. Under det gångna året har även övningsdagar för läkare som ska göra praktiskt prov för svensk legitimation vidareutvecklats och genomförts med goda resultat.

Omvårdnadsrådet

Omvårdnadsrådet består av representanter från specialistvården, psykiatrisk vård och primärvården samt HR-representant, studierektor för sjuksköterskeprogrammen och chefsjuksköterska. Under året har omvårdnadsrådet tagit fram underlag till Excellent omvårdnad, en organisatorisk struktur med syfte att stärka patientens omvårdnad, minska risken för vårdskador och attrahera och bibehålla sjuksköterskor. Omvårdnadsrådet har ansvarat för Omvårdnadsdagarna – en årligen återkommande endagsutbildning som vänder sig till sjuksköterskor, undersköterskor och hälsoprofessioner samt första linjens chefer. Årets tema var Yrkesstolthet och att arbeta på toppen av sin kompetens, med föreläsningar om personcentrerad och evidensbaserad vård och omvårdnad, bemötande, teamarbete och psykologisk trygghet. Omvårdnadsrådets utformning av ett forskningsbaserat yrkesintroduktionsprogram för nyutexaminerade sjuksköterskor startades med hjälp av Kliniskt träningscentrum.

Mål: Hälso- och sjukvårdens chefer ska genomföra patientsäkerhetsutbildningen som anordnas av Patientsäkerhetsenheten.

Patientsäkerhetsutbildningen för chefer har genomförts vid ett digitalt utbildningstillfälle under våren och två fysiska utbildningstillfällen under hösten. Majoriteten av deltagarna har varit vårdenhetschefer. För att ytterligare stärka det strategiska patientsäkerhetsarbetet identifieras ett behov av att även verksamhetschefer i högre utsträckning deltar i dessa utbildningar under 2026.

Genomförda utvärderingar visar över lag ett positivt resultat. Deltagarna har upplevt utbildningen som relevant och lärorik samt att den bidragit till en ökad förståelse för

ledarskapets betydelse i patientsäkerhetsarbetet.

Utbildningsinsatsen har stärkt chefernas kompetens och medvetenhet inom patientsäkerhet, vilket bidrar till att främja en kultur präglad av öppenhet, lärande och kontinuerlig förbättring i verksamheten. Fortsatt och återkommande kompetensutveckling för chefer bedöms vara en viktig förutsättning för att patientsäkerhetsarbetet även fortsättningsvis ska vara prioriterat och för att chefer ska kunna arbeta proaktivt i syfte att förebygga vårdskador.

Mål: Samtliga chefer och medarbetare bör genomföra Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet som finns i Kompetensportalen

Eftersom utbildningen administreras av Socialstyrelsen och ligger utanför vår egen lärplattform är statistiken över genomförda utbildningar inte helt tillförlitlig. Även om statistiken bör tolkas med försiktighet är det glädjande att antalet som genomfört utbildningen har ökat under 2025. Detta indikerar en positiv utveckling i att stärka kunskapen om patientsäkerhet i verksamheten.

I samband med verksamhetsuppföljningar och på patientsäkerhetsutbildningen för chefer har vi aktivt uppmuntrat chefer och medarbetare att genomföra utbildningen. Syftet är att säkerställa att så många som möjligt får den kunskap som krävs för att kunna leda och stödja patientsäkerhetsarbetet i verksamheten.

Mål: Medarbetare ska alltid ha rätt utbildning och kompetens för sina arbetsuppgifter

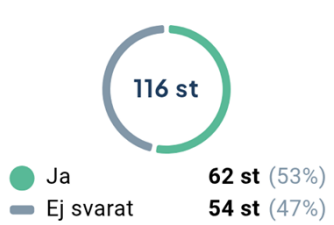
En övergripande introduktionsutbildning för sjuksköterskor har införts i år. Syftet är att säkerställa en gemensam grundkompetens och en trygg start för nyanställda sjuksköterskor. På de flesta enheter finns även lokala introduktionsprogram och checklistor som omfattar de flesta professionerna.

Kompetensportalen används som ett digitalt verktyg för både chefer och medarbetare. I portalen genomförs medarbetarsamtal och planering av kompetensutveckling. Chefen har även möjlighet att följa och dokumentera medarbetarnas formella kompetens, vilket underlättar planering av utvecklingsinsatser samt bidrar till en ökad patientsäkerhet genom rätt kompetens på rätt plats.

Under året har chefsjuksköterskan, tillsammans med Omvårdnadsrådet, genomfört Omvårdnadsdagarna med temat *"Yrkes stolthet och att arbeta på toppen av sin kompetens"*. Syftet med dagarna var att stärka vårdkvaliteten och patientsäkerheten genom att lyfta fram professionens kompetens och bidra till en tryggare och mer personcentrerad vård.

Kliniskt träningscentrum (KTC) genomför kompetenshöjande utbildning för vårdpersonal och har under året haft en lägre kapacitet än tidigare på grund av underbemanning. Det har påverkat planerade kompetensutvecklingssatsningar i vården och tillgängligheten för övningar har varit otillräcklig. Detta förväntas åtgärdat under 2026.

Under 2025 har införande av "Tidig upptäckt och behandling" (TUB) fortsatt, främst genom utbildning av verksamhetsinstruktörer och som del av introduktionsprogram för läkare, undersköterskor och sjuksköterskor. TUB är ett utbildningskoncept som tillhandahåller verktyg för ett strukturerat arbetssätt kring patienter med sviktande vitalfunktioner i syfte att öka patientsäkerheten och att förebygga undvikbara vårdskador och riktar sig till all sjukvårdspersonal. Av extrainsatta kurstillfällen ses ett visst ökat intresse och behov av kurser i SBAR.

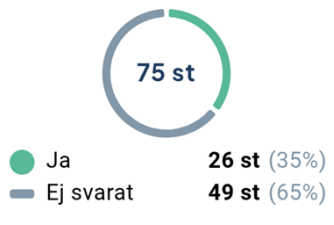
Mätetal	Aktiviteter
Plan för introduktion, kompetens- och kunskapsutveckling finns.  116 st Ja 62 st (53%) Ej svarat 54 st (47%)	Bygga upp och fatta beslut kring gemensam/generell yrkesintroduktion för ssk. Stöddokument till verksamheten vad som ska ingå i usk-introduktionen. Introduktionsutbildning för nya sjuksköterskor Kommentar Av totalt 116 enheter har 62 svarat ja och 54 enheter har inte lämnat något svar, vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet.

Mål: Vid förändringar i till exempel bemanning / arbetssätt eller omfördelning av arbetsuppgifter som avsevärt riskerar att påverka patientsäkerheten negativt ska riskbedömning göras.

Under året har systematiska riskanalyser genomförts inom flera verksamhetsområden i syfte att tidigt identifiera och förebygga potentiella patientsäkerhetsrisker. Arbetet har i huvudsak varit inriktat på att säkerställa en trygg och säker vård i samband med förändringar i verksamheten samt införande av nya arbetssätt. Riskanalyser har bland annat genomförts kopplat till införandet av Cosmic, stängning av vårdplatser, sommarsamverkan samt förändrade vårdflöden och vårdprocesser.

Identifierade risker har bedömts och prioriterats samt lett till framtagande av förebyggande åtgärder för att minimera risken för vårdskador. Arbetet med riskanalyser utgör ett viktigt underlag för verksamheternas patientsäkerhetsarbete.

Resultatet visar att riskbedömningar inte genomförs eller dokumenteras systematiskt i tillräcklig utsträckning. Det pågår ett arbete kring ett tydligare gemensamt arbetssätt för dokumentation och uppföljning av riskanalyser.

Mätetal	Aktiviteter
Riskbedömning ur patientsäkerhetsperspektiv har utförts  75 st Ja 26 st (35%) Ej svarat 49 st (65%)	Tydliggöra var och hur verksamheten ska dokumentera sina riskanalyser. Samarbete med HR och internkontrollenheten. Kommentar Av totalt 75 enheter har 26 svarat ja och 49 enheter har inte lämnat något svar, vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet.

4.4 Patienten som medskapare

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



Mål: Ett personcentrerat arbetssätt där patientens och närståendes kunskap, erfarenhet och resurser tas tillvara i patientens vård. Identifiera kulturella och organisatoriska hinder för en personcentrerad vård.

Under året har verksamheten bedrivit ett systematiskt och långsiktigt arbete för att utveckla det personcentrerade arbetssättet som en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet. Arbetet har syftat till att i ökad utsträckning ta tillvara patienters och närståendes kunskaper, erfarenheter och resurser för att stärka delaktighet, trygghet och kontinuitet i vården samt förebygga vårdskador.

Utvecklingen i riktning mot en god och nära vård har fortsatt under 2025, med fokus på personcentrering och kunskapsbaserade insatser. Flera nya arbetssätt har implementerats och breddinförts, bland annat teamarbete och teamronder i primärvården, fortsatt implementering av asynkrona chattar samt uppstart av SPOT-team inom psykiatrin. Under året har även förberedelser genomförts för Sammanhållen Vård- och Omsorgsdokumentation (SVOD) i Ljusdal, och beslut har fattats om att fortsätta utvecklingen mot sammanhållen planering via 1177.

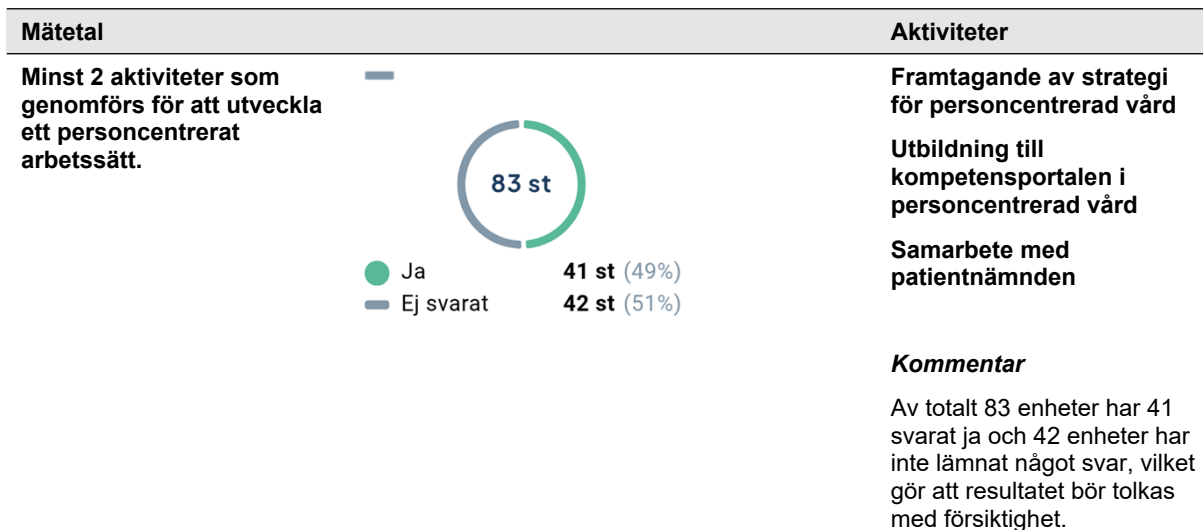
Personcentrerad vård har varit ett prioriterat utvecklingsområde och har följts upp genom återkommande dialoger och reflektioner på lednings- och enhetsnivå. I detta arbete har flera personcentrerade aktiviteter genomförts, såsom fortsatt utveckling av teamarbete och teamronder, införande och uppföljning av fast vårdkontakt samt ökad användning av individuella vårdplaner.

För att stärka patienternas delaktighet och tillgänglighet har digitala stöd använts och vidareutvecklats, exempelvis Min vård Gävleborg, triagering enligt BEON-principen samt trygg uppföljning. Arbetet med tydlig och anpassad information har också förstärkts genom bland annat SMS-påminnelser och strukturerat informationsmaterial vid inskrivning, i syfte att öka följsamhet och minska risken för uteblivna eller felaktiga vårdkontakter.

Patienters och närståendes erfarenheter har använts aktivt i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom patientenkäter, deltagande i brukarråd samt samverkan med patientföreningar. Resultat och synpunkter har återkopplats till verksamheterna och legat till grund för förbättringsåtgärder.

Särskilda patientsäkerhetsfrämjande insatser har riktats till sårbara patientgrupper. För barn och nyblivna familjer har arbetet med barnanpassad och sammanhållen vård fortsatt att utvecklas. För patienter med allvarlig sjukdom har personcentreringen stärkts genom införande av kontaktsjuksköterska och mer strukturerade vårdplaneringar, vilket bidragit till ökad trygghet och kontinuitet i vården.

Sammanfattningsvis visar resultatet att arbetet med personcentrerad vård är påbörjat i många verksamheter, men att tillämpningen varierar. Den ojämna svarsfrekvensen indikerar behov av ett mer sammanhållet och övergripande stöd för att säkerställa att personcentrering blir en integrerad del av det dagliga arbetet i hela organisationen.



Mål: Patienter och närståendes erfarenheter och kunskaper ska tas till vara i de förbättrings- och förändringsarbeten som genomförs inom hälso- och sjukvården

Flera verksamheter beskriver att patienters och anhörigas synpunkter aktivt tas tillvara och används i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Detta sker både i samband med hantering av klagomål och vid utredning av avvikelser, där återkoppling och dialog med berörda parter ses som en viktig del av lärandet. I arbetet med händelseanalyser erbjuds patienter och anhöriga alltid möjlighet att beskriva sin upplevelse och bidra med sina perspektiv. Genom att ta tillvara deras berättelser får verksamheten värdefull information om händelseförlopp och vårdprocesser, vilket bidrar till en djupare förståelse av orsaker och möjliga förbättringsåtgärder.

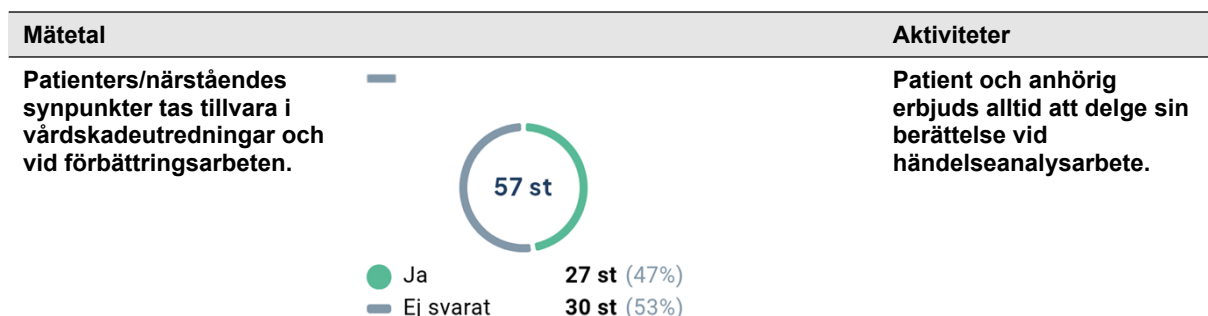
Samarbetet med patientnämnden bidrar till att patientperspektivet lyfts och att erfarenheter från synpunkter och klagomål tas tillvara i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Samarbetet stärker även möjligheten att arbeta förebyggande och förbättra vårdens kvalitet ur patientens perspektiv.

Rapporter från patientnämnden återkopplas till verksamheterna och diskuteras på enhetsnivå eller i ledningsgrupper. I vissa fall har dessa rapporter också legat till grund för konkreta förbättringsåtgärder och utvecklingsarbete inom vården.

Under 2025 har patientnämnden genomfört fyra analyser. Dessa har handlat om Förlossningsvård, Ögonsjukvård, Primärvård samt Ortopedi. Berörd verksamhetschef har bjudits in för att ta del av presentationen av analysen vid patientnämndens sammanträde. Analyserna har också presenterats i sin korthet på Hälso- och sjukvårdsnämnden. Vidare har rapporterna förmedlats och presenterats i berörd ledningsgrupp med förhoppning att de ligger till grund för förbättringsarbeten.

Även om patienters och närståendes erfarenheter tas tillvara i flera sammanhang finns fortsatt behov av att säkerställa att dessa erfarenheter systematiskt leder till

förbättringsåtgärder och återkoppling i verksamheterna.



5. Agera för säker vård

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

5.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts.

Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Mål: En god avvikelseprocess.

För att vården ska bli säkrare är det centralt att ha kontroll över verksamheten – både vad som redan inträffat, vad som pågår och vad som kan komma att ske. Detta kräver en hög riskmedvetenhet.

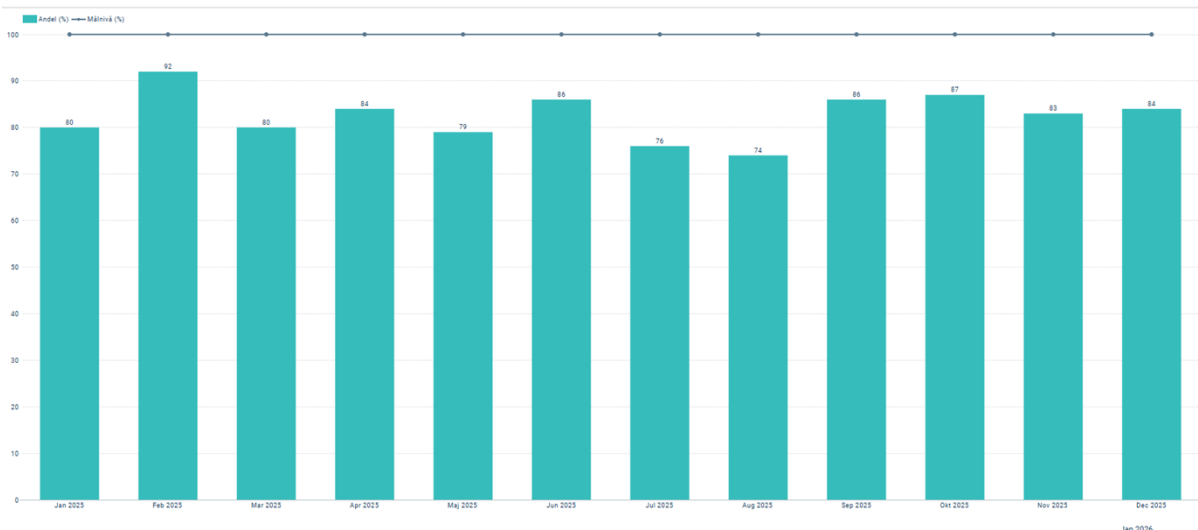
För att uppnå denna kontroll är det viktigt att systematiskt samla in resultat, erfarenheter och synpunkter från både personal och patienter/anhöriga. En välfungerande avvikelseprocess är en förutsättning för att detta ska kunna ske på ett strukturerat sätt. Målet är att: avvikelser rapporteras omedelbart vid upptäckt, utredning påbörjas inom 7 dagar, och avslutas inom 90 dagar.

Det finns stor variation mellan verksamheterna i hur målet uppnås. I de fall avvikelser skickas till externa enheter är svarstiderna ofta långa, vilket försvårar att avsluta utredningen inom 90 dagar. En annan förklaring till längre utredningstid är när allvarliga händelser ska utredas, eftersom dessa kräver mer djupgående orsaksanalys och därmed är mer tidskrävande.

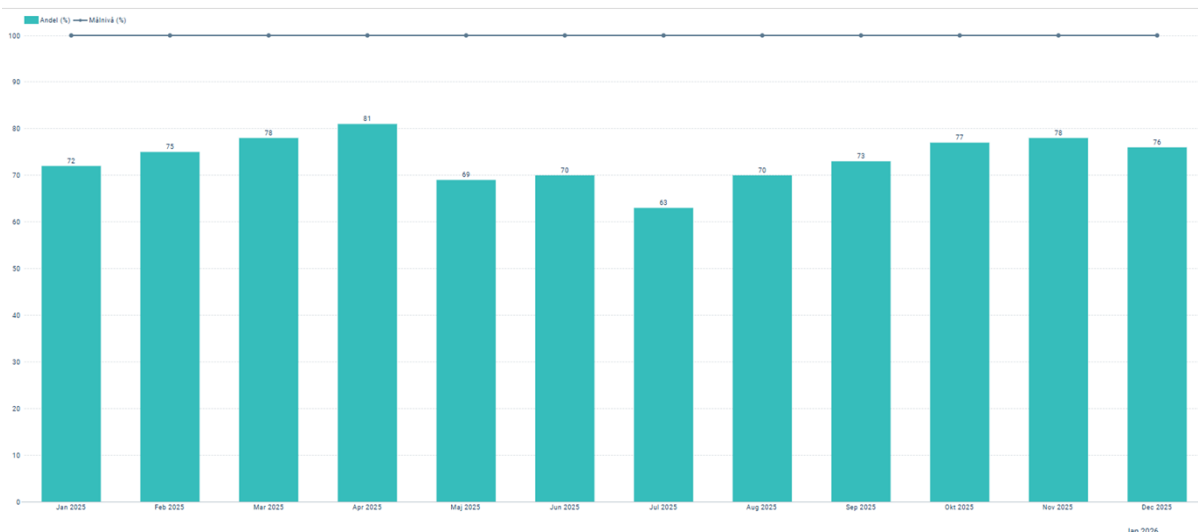
Variationer i handläggningstider och återkoppling mellan olika verksamheter försvårar möjligheten till lärande i nära anslutning till händelsen. Detta riskerar att minska avvikelshanteringens förebyggande effekt och bör därför prioriteras i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Utredning påbörjad inom 7 dagar

Intern produktion Hälso- och sjukvård


Utredning avslutad inom 90 dagar

Intern produktion Hälso- och sjukvård



Mål: Risk för eller inträffade allvarliga händelser ska utredas av verksamheten så att bakomliggande orsaker på systemnivå identifieras och adekvata, effektiva åtgärder vidtas samt följs upp strukturerat

Patientsäkerhet och vårdkvalitet utbildar varje år nya analysledare i metodiken Händelseanalys, som används för att utreda allvarliga händelser. Under det gångna året har utbildningen genomförts vid två tillfällen.

Kompetens inom händelseanalys finns hos de flesta kvalitetssamordnare som är knutna till verksamhetsområdena. Patientsäkerhetssamordnare från Patientsäkerhet och vårdkvalitet stödjer verksamheterna i deras analyser.

Vanligt förekommande bakomliggande orsaker till allvarliga händelser är brister i diagnostisk säkerhet, informationsöverföring (både skriftlig och muntlig, intern och extern), övervakning samt kunskap kring smärtskattning. Återkommande identifieras även brister i samverkan mellan verksamheter (interna och externa) samt bristande personcentrering i

vården.

Mål: Medarbetare som varit delaktiga i allvarliga händelser ska erbjudas stöd för att bibehålla psykologisk trygghet i patientsäkerhetsaspekt

Det finns regionsövergripande rutiner för krisstödshantering samt hantering av hot och våld, vilka följs inom regionens verksamheter. Implementeringen av rutinerna sker lokalt utifrån verksamheternas förutsättningar. Som exempel har kvinnosjukvården påbörjat införandet av kollegialt krisstöd som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Mål: Färre undvikbara vårdskador än föregående år

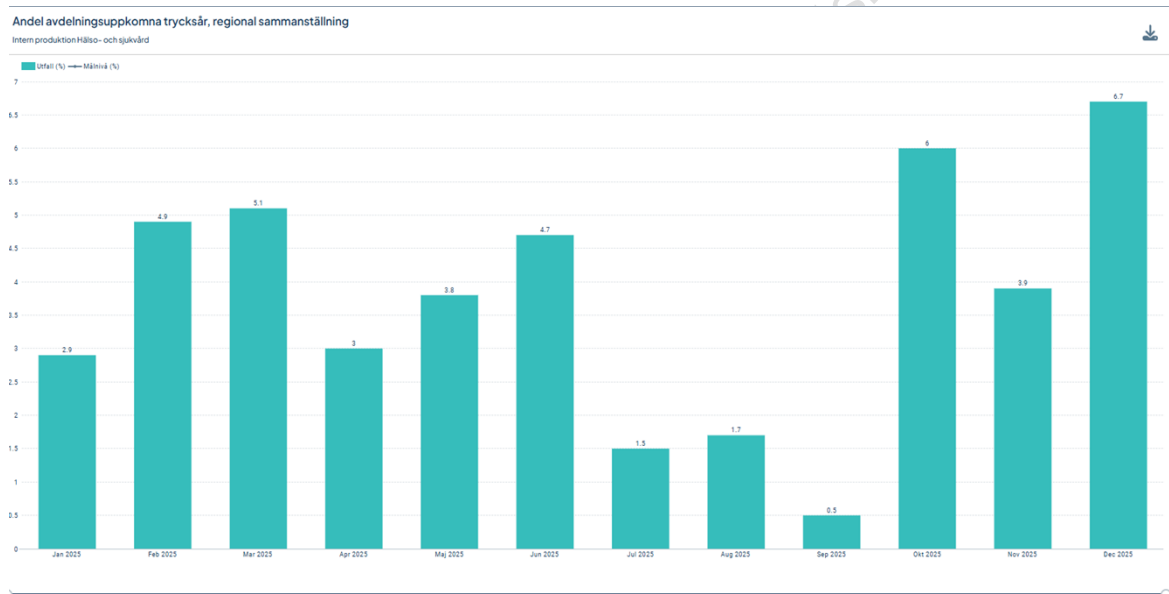
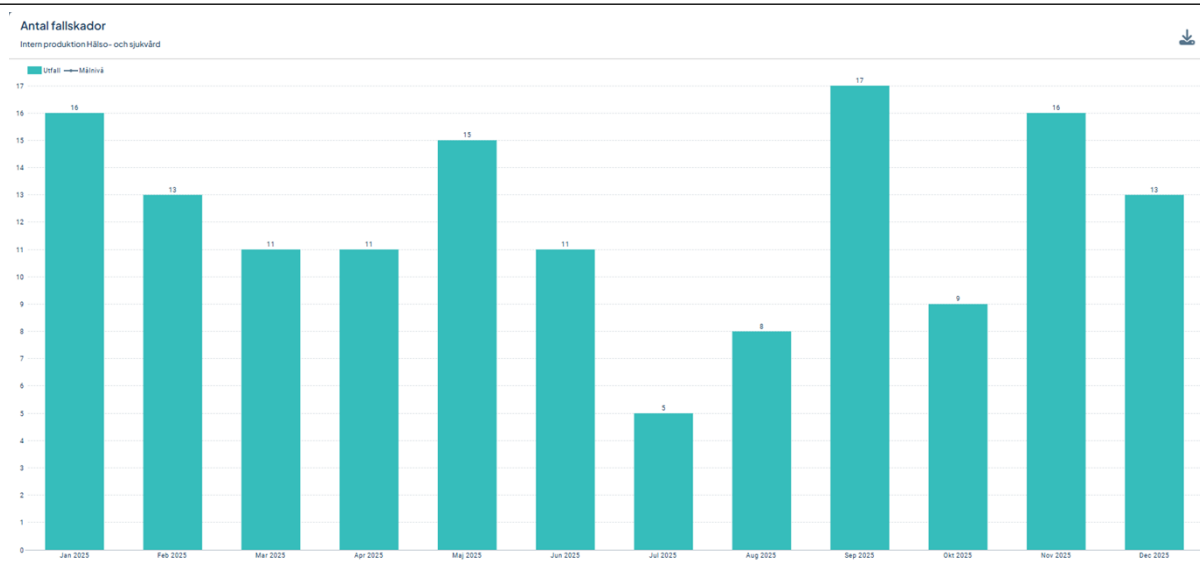
Inom ramen för regionens strategiska uppföljning följs indikatorer såsom fallhändelser, vårdrelaterade infektioner (VRI), följsamhet till basala hygienrutiner (BHK) samt förekomst av trycksår. Under 2025 har uppföljning av enkla läkemedelsgenomgångar inte kunnat genomföras på regionsövergripande nivå till följd av övergången till nytt journalsystem (Cosmic).

Liksom tidigare år är resultaten avseende fallhändelser svåra att analysera. Fallhändelser identifieras via regionens avvikelssystem och är beroende av att avvikelser rapporteras i Platina samt att klassificering sker korrekt. Det bedöms finnas ett visst mörkertal. Ett systematiskt förebyggande arbete avseende fall genomförs inom verksamheterna, där bland annat snubbelronder, SU UPP ronder används på vissa enheter. Projekt pågår för att införa AI-genererad fallprevention, men detta ligger för närvarande på vänt i väntan på beslut inom HSL.

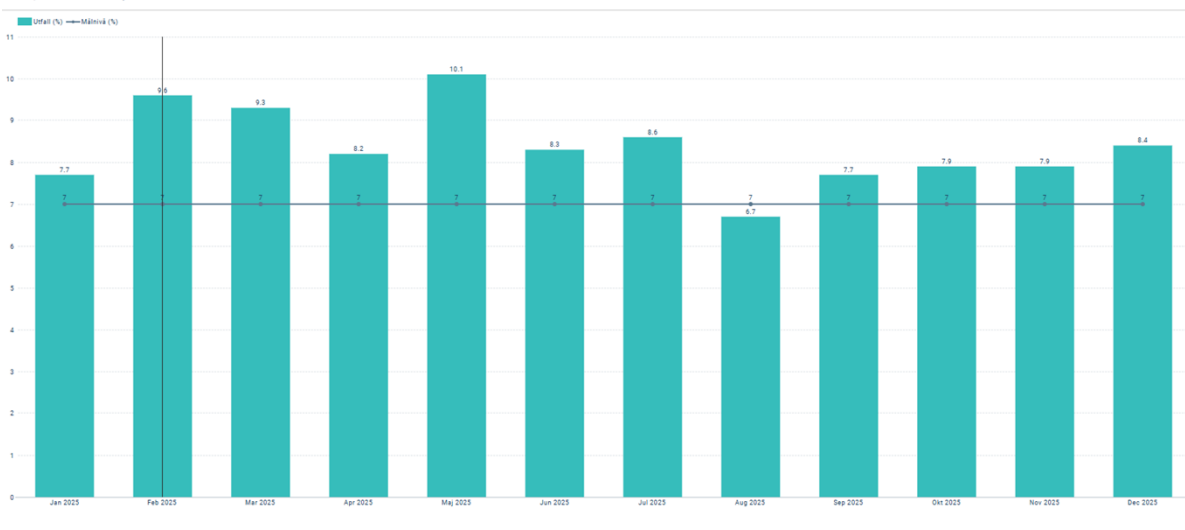
Inom slutenvården finns utsedda trycksårsombud som ansvarar för genomförande av månatliga mätningar. Trycksårsombuden ingår i ett regionsövergripande nätverk som leds av enheten för Patientsäkerhet och vårdkvalitet i samverkan med Kliniskt träningscentrum (KTC). Nätverket syftar till att stärka ombudsrollen, öka kunskapen samt möjliggöra erfarenhetsutbyte. Under året har två nätverksträffar genomförts, en under våren och en under hösten. Under 2025, i samband med övergången till nytt journalsystem, har trycksårsombuden skickat in sina mätningar till enheten för Patientsäkerhet och vårdkvalitet, som sammanställt dem på regionsövergripande nivå. Samtidigt har ett nytt webbformulär tagits fram för att ombuden själva ska kunna registrera mätningarna och få ut statistik från enhetsnivå upp till regionövergripande nivå. Statistik från 2025 bedöms därför inte vara helt tillförlitlig, eftersom kontrollen inte har kunnat ske på samma sätt som tidigare år.

Därutöver finns hygienombud inom verksamheterna som genomför månatliga mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner (BHK) samt förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI). Hygienombuden deltar i återkommande träffar med Vårdhygien med syfte att erhålla utbildning, stärka kompetensen samt möjliggöra erfarenhetsutbyte mellan verksamheter. Andelen som följde basala hygien- och klädrutiner korrekt ökade marginellt från 80,0 % (2024) till 80,9 % (2025). Andelen patienter med VRI minskade från 9,55 % (2024) till 7,9 % (2025).

VRI och BHK har varit prioriterade områden under 2025, och uppföljning har skett via Stratsys samt vid samtliga verksamhetsuppföljningar. Enheten för Patientsäkerhet och vårdkvalitet har tillsammans med Vårdhygien genomfört strategimöten kopplade till VRI. Planen är att under 2026 skapa en övergripande strategi för att ytterligare minska VRI och öka följsamheten till BHK.

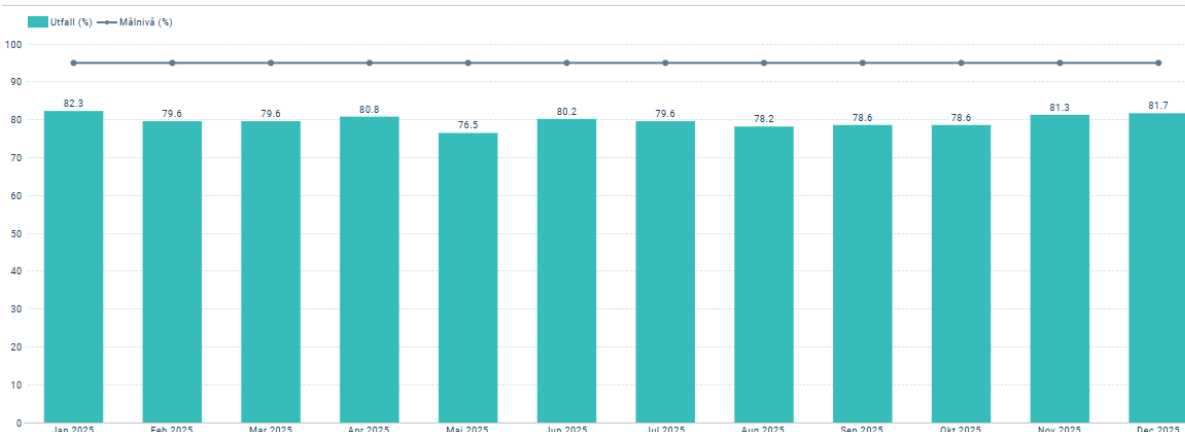


Andelen inläggande patienter med vårdrelaterade infektioner, VRI
Intern produktion Hälso- och sjukvård



Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner

Intern produktion Hälso- och sjukvård

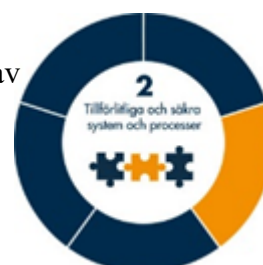


5.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Mål: Kunskapsstyrningens vårdförlopp är implementerade

Region Gävleborg har under 2025 fortsatt arbetet med att implementera personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, takten på arbetet har anpassats så att verksamheten har haft möjlighet att avsätta erforderliga resurser i förberedelserna av bolagiseringen av hälsocentraler och införandet av ett nytt vårdinformationssystem. Under 2025 har inom LPO Psykisk hälsa, två arbetsgrupper startat för att implementera vård- och insatsprogram för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd; ena inom området att främja hälsosamma levnadsvanor och andra inom området delat beslutsfattande. Inom LPO Äldres



Hälsa och Palliativ vård via Palliativa Rådet har införandearbetet för vårdförloppet Palliativ vård påbörjats.

Mål: Risker för vårdskador i vårdens övergångar ska identifieras, analyseras och åtgärdas

Avvikelse kopplade till utskrivning följs kontinuerligt i Utskott vuxna och lyfts i samverkansmöten där chefsjuksköterska, chefsläkare samt MAS/MAR från kommunerna deltar. Under året har en arbetsgrupp kopplad till LSG Patientsäkerhet tagit fram nyckelord för avvikelser samt ett försättsblad som ska användas av kommuner, Region Gävleborg och Folk tandvården, för att möjliggöra bättre uppföljning och identifiering av förbättringsområden. Statistik mellan organisationerna redovisas en gång per termin.

Länsledning Valfärd har under 2025 arbetat med riktade samverkansinsatser, gemensamma rutiner och utbildningar för att minska riskerna vid vårdens övergångar. En förstärkt samordningsstruktur har etablerats för målstyrning, beredning, utredning, genomförande och uppföljning, med syfte att öka evidens- och kunskapsbasen i systemledningsarbetet.

Tre samverkansdagar genomfördes under året med totalt 210 chefer och sakkunniga från regionens slutenvård, primärvård och kommuner. Syftet var att stärka förståelsen för gemensam planering och genomförande av vård, vilket ska bidra till tryggare och säkrare övergångar mellan vårdgivare.

En ny gemensam rutin för egenvård har tagits fram i samverkan mellan region och kommun, med utgångspunkt i egenvårdslagen och Socialstyrelsens kunskapsstöd. Rutinen tydliggör ansvar, arbetssätt och samverkan när patienter behöver stöd i egenvård från hemtjänst, boendepersonal eller personlig assistans.

Ytterligare insatser under året inkluderar:

- Etablerade samverkansgrupper på verksamhetschefsnivå för att säkerställa att gemensamma rutiner fungerar i praktiken.
- Utbildningar i Samordnad individuell plan (SIP) för flera målgrupper för att stärka samordning vid komplexa behov.
- Nytt arbetssätt på akutmottagningen i Gävle med biståndsbedömare på plats för tryggare hemgångar och minskad risk för återinläggningar.
- Gemensamma patientsäkerhetsdialoger vid särskilda boenden (SÄBO) med uppföljning via MAS och Utskott vuxna.
- Nätverksträffar för vårdkoordinatorer och vårdplanerare för att säkerställa rutiner kring utskrivningar och identifiera förbättringsområden.
- Genom förbättrad samverkan, tydligare ansvar vid utskrivning och egenvård samt stärkt uppföljning av avvikelser har förutsättningarna förbättrats för en trygg, säker och sammanhållen vård för patienten.

5.3 Säker vård här och nu

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



Mål: Arbetssätt där man strukturerat och kontinuerligt följer upp risker för att öka patientsäkerheten

Gröna Korset har fortsatt att implementeras på flera enheter inom regionen under året och för närvarande använder drygt 40% av enheterna verktyget. Gröna korset används för att stärka patientsäkerhetskulturen. På många av enheterna har man någon form av daglig styrning för att säkerställa att arbetet med patientsäkerhet och kvalitet kontinuerligt följs upp och förbättras. Denna dagliga styrning är ett viktigt inslag i att skapa en kultur där säkerhetsfrågor aktivt hanteras och där det finns en tydlig struktur för att identifiera och åtgärda risker i realtid.

Att drygt 40 procent av enheterna använder Gröna korset visar på en positiv utveckling, men indikerar samtidigt att arbetssättet ännu inte är fullt implementerat i hela organisationen. Skillnader i användning mellan enheter innebär att förutsättningarna för att tidigt identifiera och hantera risker varierar, vilket kan påverka patientsäkerheten. För att uppnå en mer likvärdig och proaktiv riskhantering bedöms fortsatt stöd, uppföljning och spridning av goda exempel vara nödvändigt.

Ett arbete har initierats för att ta fram en digital lösning för Gröna korset. En digitalisering av verktyget skulle underlätta den dagliga styrningen samt skapa bättre förutsättningar för fördjupade analyser av resultaten retrospektivt, vilket i sin tur möjliggör mer träffsäkra åtgärder. Målsättningen är att en digital lösning ska kunna utvecklas under 2026.

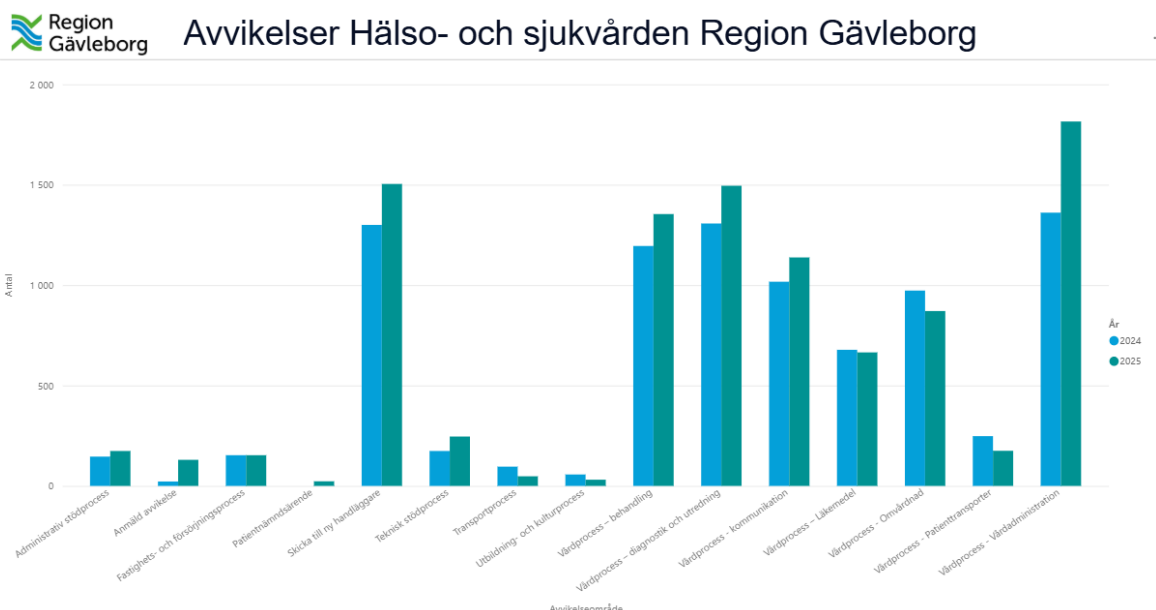
5.4 Stärka analys, lärande och utveckling

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.

**Mål: Händelseanalyser ligger till grund för förbättringsarbete och används för att sprida kunskap.**

Resultat från händelseanalyser ligger till grund för flera förbättringsinsatser och analysresultat samt slutsatser återkopplas till berörda medarbetare, enheter och ledningsgrupper. Bland annat har brister identifierats i handläggningen av barn med sepsis. I samverkan med länets sepsissamordnare har därför ett förbättringsarbete påbörjats för att stärka omhändertagandet av barn med misstänkt sepsis. Under året har även en utbildningsinsats påbörjats med fokus på nekrotiserande fasciit och diagnostisk säkerhet.

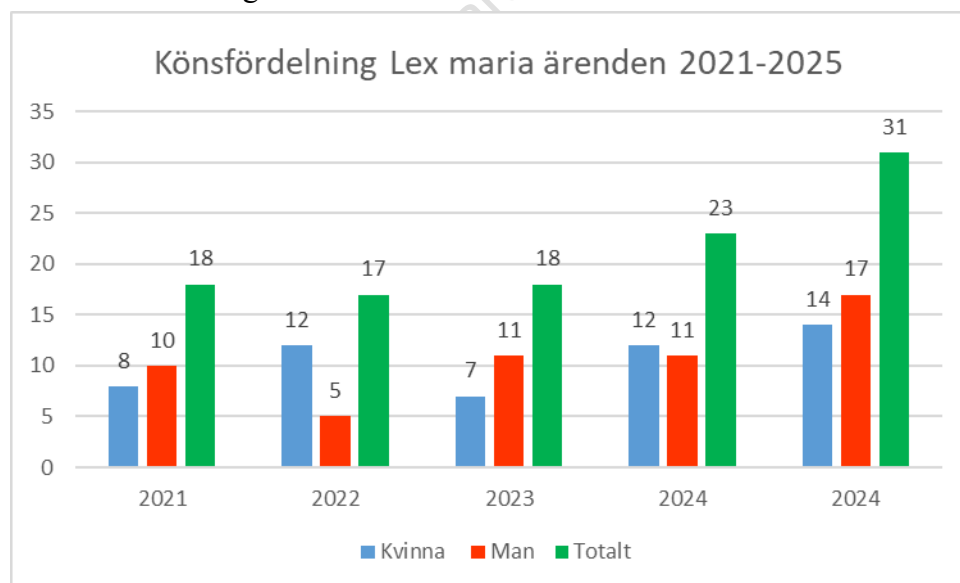
5.4.1 Avvikelser



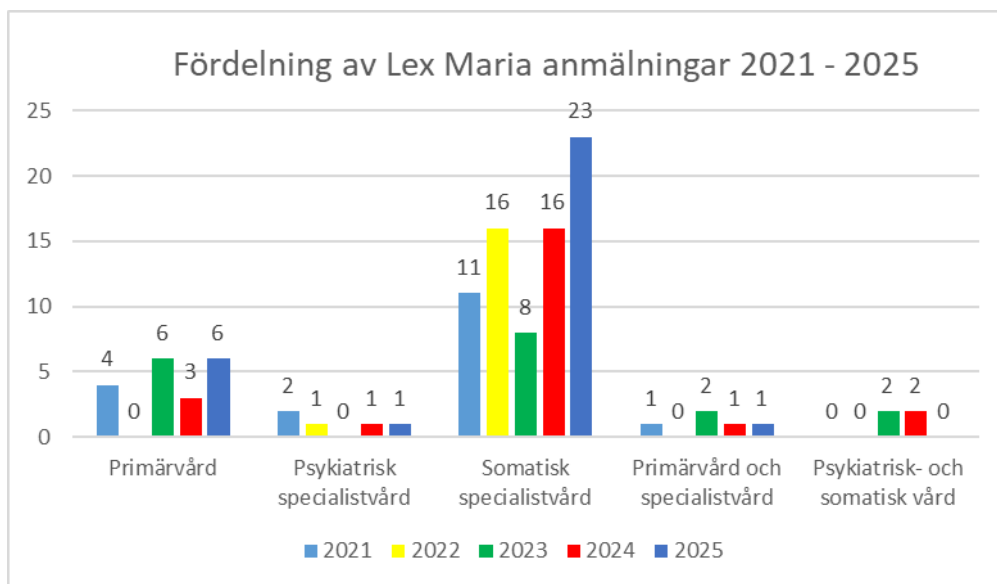
Generellt ökar avvikelserna i alla större vårdprocesser. Vårdadministration, teknisk stödprocess och diagnostik/utredning är de områden med högst volym och tydlig ökning. Mindre processer (transport, patientnämnd, utbildning) är relativt stabila.

5.4.2 Klagomål och synpunkter

År 2025 lämnade hälso- och sjukvårdsförvaltningen in 31 Lex Maria anmälningar till IVO. En ökning med ca 26 % från 2024



Antalet anmälningar per år är relativt få, även om könsfördelningen är relativt jämn så får könsfördelningen ändå bedömas som en slump.



Fördelningen av anmälningar mellan slutenvård, primärvård och psykiatrisk vård följs av regionens chefläkare.

I sammanställningen ingår inte underlag från länets privata vårdgivare.

Handlingsplaner för att säkerställa att risker minimeras finns framtagna för varje Lex Maria anmälan. Berörda verksamhetsområden ges möjlighet till stöttning i förbättringsarbetet av medarbetare från Hälso och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR).

Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen ska legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten anmälas till IVO. Under 2025 har regionen från IVO fått 17 anmälningar/information om och initiativärenden av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Enskilda klagomål

	2021	2022	2023	2024	2025
Enskilda klagomål	79	94	82	69	48

Enskilda klagomål som kommer in till regionens verksamhetsområden från patienter/närstående via IVO. Vi såg en topp 2022 då regionen fick 94 enskilda klagomål från IVO. Från 2023 har antalen minskat och är för 2025 nere på 48 stycken. En minskning på ca 49% från 2022 till 2025. Vad minskningen beror på är svårt att identifiera.

De klagomål som IVO bedömer som allvarliga utreder myndigheten och regionen bistår med exempelvis journalhandlingar utredningar, yttrande etc. De IVO bedömer att verksamheterna inte har haft rimlig möjlighet att besvara avslutas av IVO och skickas tillbaka till berörd region och verksamhet att hantera, utreda och besvara. Medarbetare från HSR stöttar vid behov med utredningar och vid förbättringsarbete. Könsfördelning kan i dagsläget inte tas fram för ovanstående klagomål.

Nationella tillsyner

	2021	2022	2023	2024	2025
Tillsynsärenden/Inspektioner/Dialogmöten	5	5	0	2	1

Under 2023–2025 har IVO ett regeringsuppdrag om att förstärka tillsynen av mödrahälsovård och förlossningsvård. Uppdraget delredovisades i juni 2023 och i juni 2024. IVO ska senast den 31 mars 2026 lämna en slutredovisning av uppdraget. I tillsynen granskar myndigheten vårdgivarnas förutsättningar att bedriva en god och säker vård utifrån tre delar:

Förlossningsvård

IVO:s tillsyn av förlossningsvården omfattar Samtliga förlossningskliniker i Sverige. Både Hudiksvalls sjukhus och Gävle sjukhus ingår i tillsynen.

Följande områden har granskats:

- Information och delaktighet
- Bemanning och kompetens
- Kommunikation och dokumentation
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Mödrahälsovård

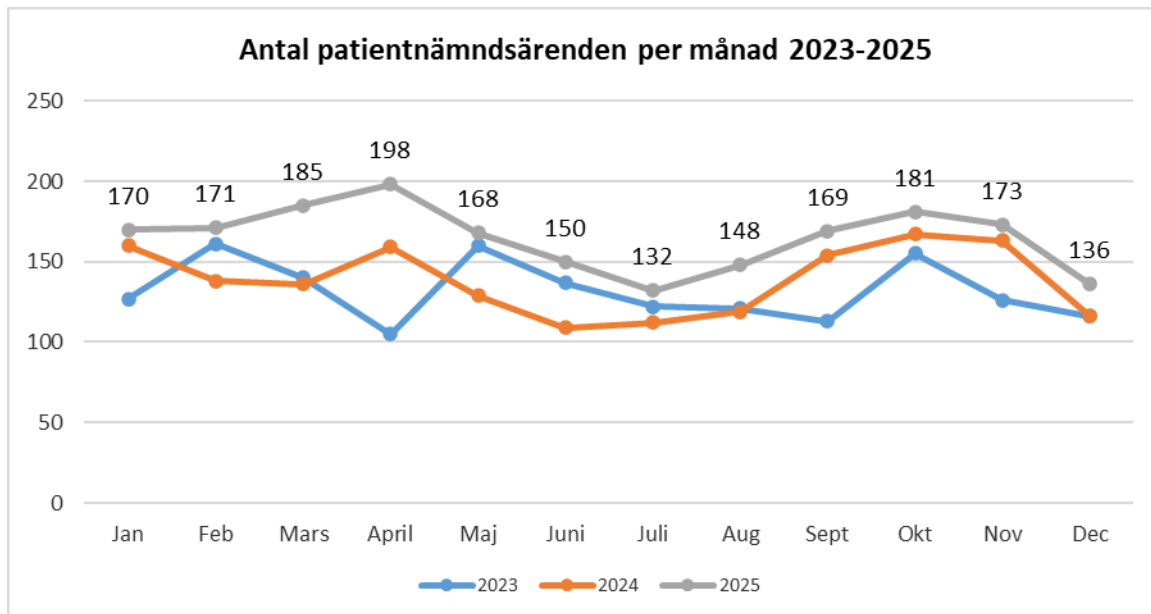
Tillsynen är riktad mot vårdgivare som är utvalda efter en riskanalys. Sammantaget omfattar tillsynen 18 vårdgivare, inom både privat och regiondriven regi, samt deras 34 verksamheter.

Hemförlossning

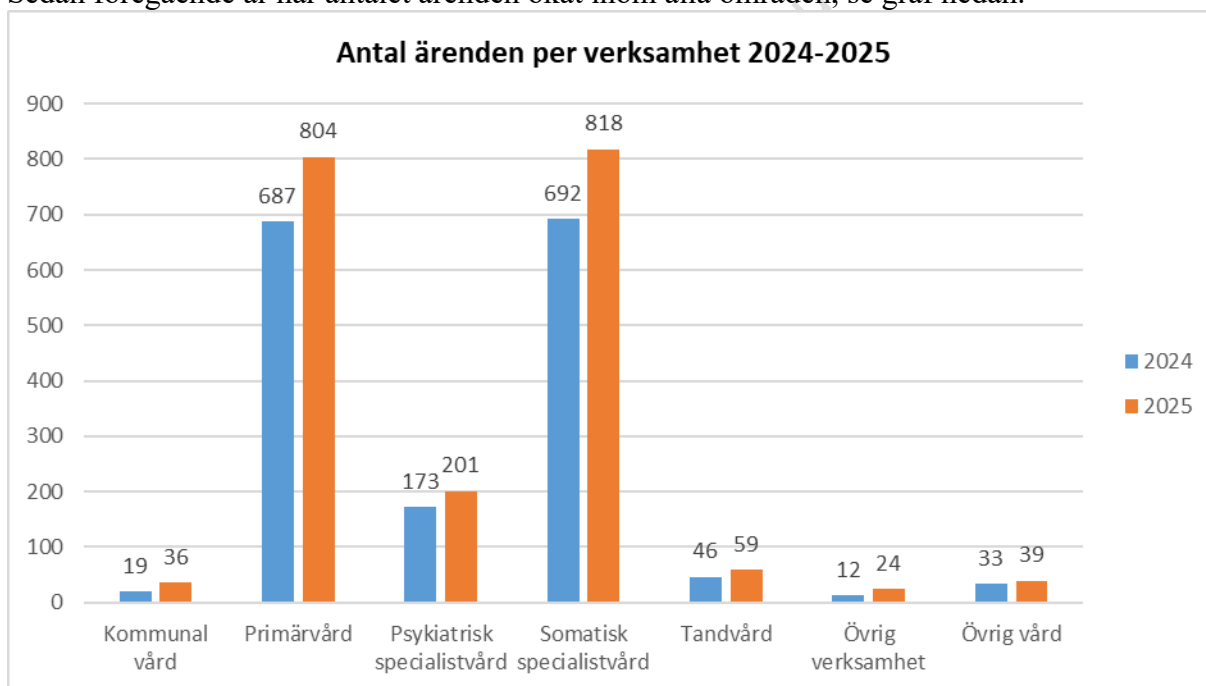
Under 2025 inledde IVO tillsyn mot området hemförlossning. 37 vårdgivare omfattas i tillsynen.

Patientnämnden

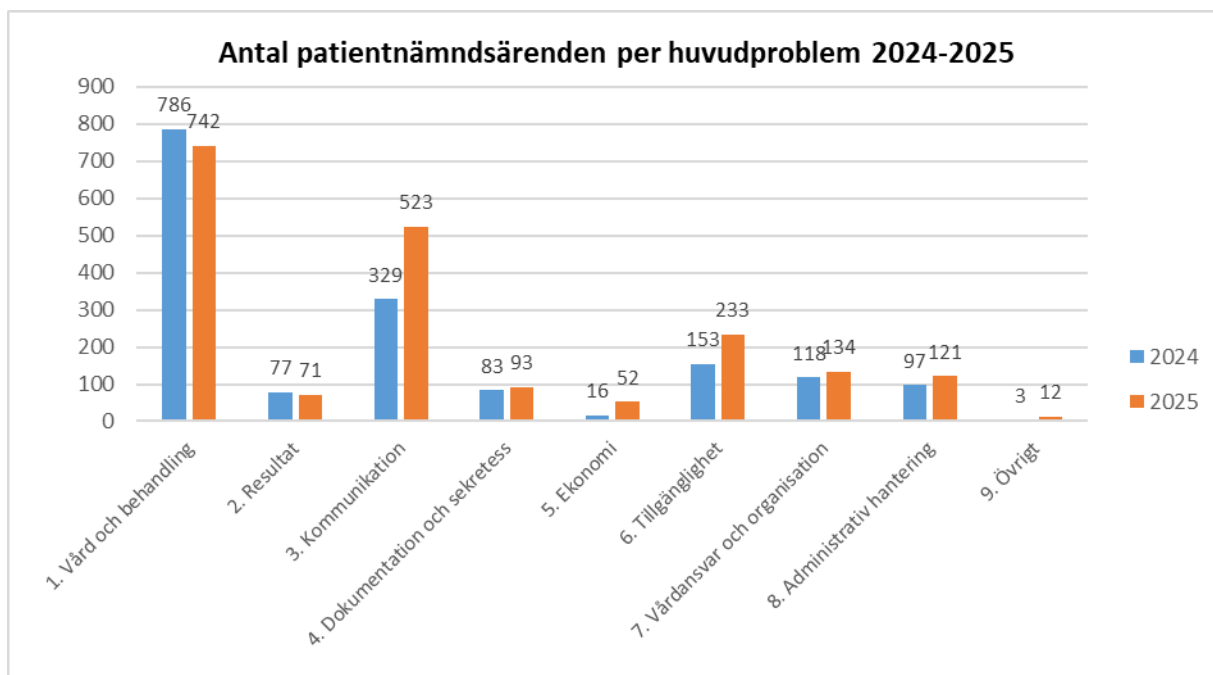
Patientnämndens förvaltning har under 2025 haft 2321 kontakter från patient/närstående varav 1981 har registrerats som ärenden. 340 kontakter handlade om information där det inte skickats något ärende till vården. Antalet ärenden har ökat med 19,2% jämfört med 2024 då det var 1662 ärenden, se graf nedan. Av dessa 1981 ärende var 1146 skrivelser där begäran om yttrande skickats till vården. Denna stora ökning av antal ärenden ökar även arbetsinsatserna för vården i att besvara patient/närstående. Ett digitalt flöde har utvecklats i Platina där många verksamhetsområdena har startat upp vilket säkerställer informationssäkerheten samt minskar administrationen.



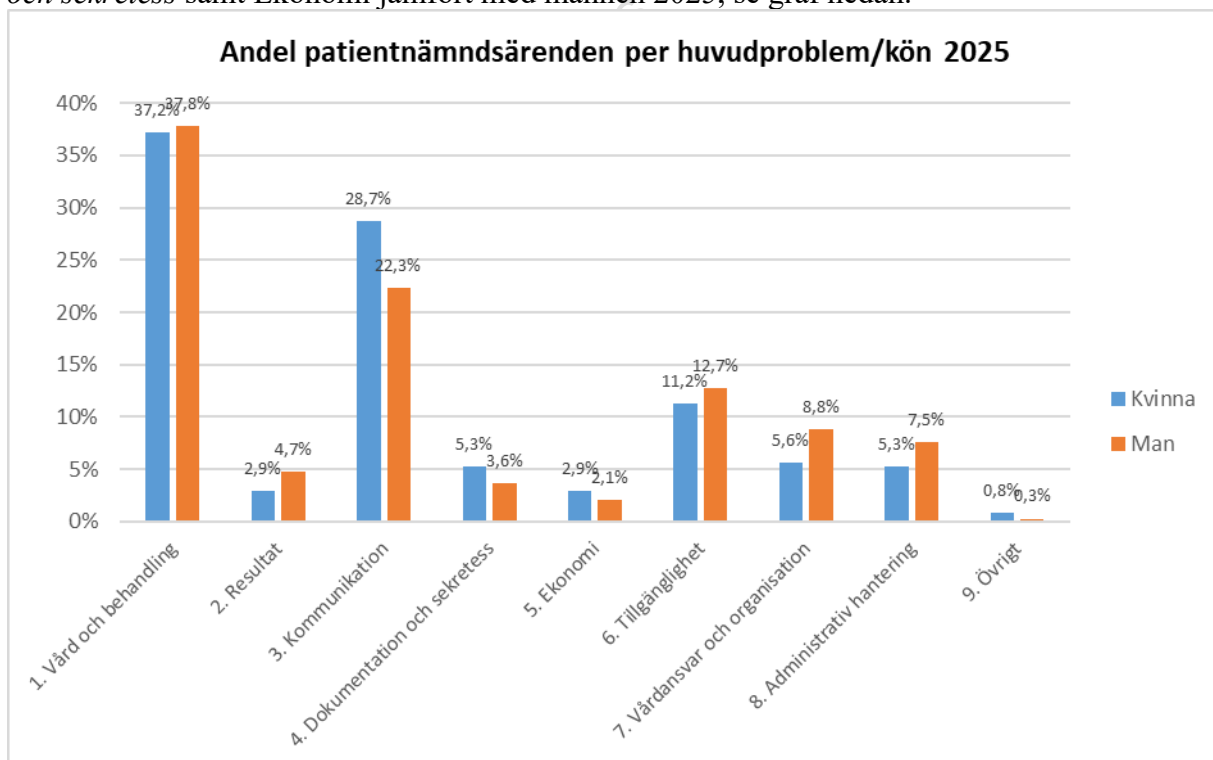
Sedan föregående år har antalet ärenden ökat inom alla områden, se graf nedan.



Antal ärenden inom huvudproblemet *Vård- och behandling* har minskat jämfört med 2024 men är det mest förekommande med 37,5% därefter är det *Kommunikation* med 26,4% som har ökat jämfört med 2024, se graf nedan.



Kvinnor har en ökad andel synpunkter inom huvudproblem *Kommunikation*, *Dokumentation och sekretess* samt *Ekonomi* jämfört med männen 2025, se graf nedan.



Antal patientnämndsärenden som Patientnämnden bedömt som allvarliga har minskat från 70 till 22 år 2025.

Kvinnor har en ökad andel synpunkter inom huvudproblem *Kommunikation, Dokumentation och sekretess* samt Ekonomi jämfört med männen 2025, se graf ovan.

Antal patientnämndsärenden som Patientnämnden bedömt som allvarliga har minskat från 70 till 22 år 2025.

5.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Mål: God beredskap för perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning, tekniska störningar och leveransproblem för läkemedel, medicinsk-teknisk utrustning eller material. Kontinuerligt arbete med vertikala och horisontella prioriteringar på alla nivåer

Under 2025 har den regionala beredskapsöverläkarrollen stärkts och är nu direkt underställd Hälso och sjukvårdsdirektören. Rollen fungerar som kunskapsbärare och ledare i beredskapsfrågor inom HoS, agerar som uppdragsgivare för särskilda utredare och verksamhetschefer med beredskapsuppdrag samt ansvarar för strukturerade avstämningar och samverkan mellan regionalberedskapsöverläkare, HSD-funktionen och andra nyckelpersoner.

Arbetet har under året fokuserat på förberedelser inför Region Gävleborgs implementering av de nya beredskaps- och samarbetsdelarna i den nya Hälso- och sjukvårdslagen. För mer detaljer kring utbildningar, övningar och nationella samarbeten hänvisas till avdelningen för säkerhet och beredskaps årsberättelse.

Mål: Optimera patientnyttan och resursanvändningen genom evidensbaserade och välgrundade vårdåtgärder, "Kloka Kliniska Val".

Under 2025 har verksamheterna påbörjat arbete och dialog kring Kloka Kliniska Val, med utgångspunkt i Svenska Läkaresällskapets material. Uppföljning sker via Stratsys och i samband med verksamhetsuppföljningar. Exempelvis har arbete påbörjats med provpaketet i Cosmic för att säkerställa ett ändamålsenligt analysutbud. Arbetet med Kloka Kliniska Val kommer att fortsätta under 2026.

Mål: Välutvecklad organisation för teamträning och simuleringsövningar för att klara påfrestningar med bibehållen patientsäkerhet.

I plan för 2025 ingick övning i evakuering vid särskild händelse tillsammans med avdelningen för Säkerhet och beredskap, detta genomfördes i interprofessionella grupper enligt plan i Hudiksvall och Gävle. Utöver detta genomfördes en pilotomgång av C-kursen Katastrofmedicinsk grundkurs för ST-läkare med gott resultat. Kursen föreslås permanentas men beslut är vid årsskiftet inte fattat. Stöd till hälso- och sjukvårdens arbete med stärkt beredskap för kris och krig förväntas vara en ökande del av KTC:s arbete även under 2026. KTC erbjuder även simulering och träning i interprofessionella team under 2025 har Uppvakningsavdelning Gävle övat flera scenarion med barn som patient. Tillgängligheten för simuleringsövningar behöver förbättras och KTC ska under 2026 jobba aktivt för att förbättra tillgång på facilitatorer inom medicinsk simulering.

Under 2025 har KTC och CKU jobbat för att ta fram en utbildningsmodell för stödjande samtal som del av chefers ansvar av krishantering på uppdrag av VO barn. Syftet är att förbättra förutsättningar för chefer eller av chef utsedd person att tillhandahålla stöd till vårdpersonal som varit involverad i negativa händelser. Omvärldsspaning och dialoger med andra regioner har förts samt att utsedda representanter från VO akut/ambulans och VO barn har genomgått en kurs i stödjande samtal via Region Västmanland. Upplägget testas och utvärderas men vid årsskiftet finns inget beslut om hur fortsättningen ska se ut. Händelser under 2025 har dock, dessvärre, visat på behovet och vikten av att chefers förutsättningar att hantera svåra samtal efter allvarliga händelser behöver stärkas.

6 Mål, Strategier och utmaningar för kommande år

Vision: God och säker vård - överallt och alltid

Övergripande mål: Ingen patient ska drabbas av vårdskada

Under 2025 har Region Gävleborg fortsatt arbetet med att utveckla patientsäkerheten systematiskt och långsiktigt. Implementering av patientsäkerhetsmodulen i Stratsys har fortgått, utbildningsinsatser för chefer och medarbetare har genomförts, och fokus har lagts på, säker vård i vårdens övergångar samt på att förebygga vårdrelaterade infektioner. Trots framsteg har flera utmaningar identifierats:

- Variationen i avvikelserapportering och analyser mellan enheter, vilket påverkar möjligheten att följa upp vårdskador på ett enhetligt sätt.
- Implementering av nytt vårdinformationssystem har påverkat uppföljning av vissa indikatorer, exempelvis läkemedelsgenomgångar och trycksår.
- Index för Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE) nådde 74 mot målvärdet 80, vilket visar på behov av fortsatt fokus på säkerhetskultur och psykologisk trygghet.

Fokusområden 2026

Fokusområdena för 2026 utgår från Hälso- och sjukvårdsförvaltningens fastställda verksamhetsplan för året.

- Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI)
- Strukturerat arbete med kloka kliniska val
- Etablera ett förvaltningsövergripande koncept för att ge bättre förutsättningar för att förstå och agera personcentrerat i vården
- Implementera och följa av regionen framtagna verktyg för daglig styrning