

# Patientsäkerhetsberättelse

## Region Gotland

### 2025



2026-01-09  
Ansvarig för innehållet Maria Amér  
Diarienummer HSN 2025/14

Region Gotlands Patientsäkerhetsberättelse för 2025 har tagits fram av:

*Maria Amér, chefläkare*

*Emilia Ruth, chefsjuksköterska*

Bidrag har även lämnats av:

*Nils Block, biträdande smittskyddsläkare och ST-vårdhygien*

*Alma Mattisson, smittskyddssjuksköterska och hygiensköterska*

*Sandra Hellgren, smittskyddssjuksköterska och hygiensköterska*

*Klas Berling Eriksson, leg. sjukhusfysiker och strålsäkerhet*

*Björn Hillbom, dataskyddsombud*

*Sofie Ohlsson, samordnare integritetsskydd HSF*

## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	7
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
Övergripande mål och strategier .....	7
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet och GDPR.....	9
Dataskyddsombudets granskningar under 2025 .....	10
Strålskydd.....	10
Dialogsamtal .....	10
En god säkerhetskultur .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Patienten som medskapare .....	12
Nationell patientenkät – Patientupplevelser .....	12
Din säkerhet i vården – anpassad till primär- och öppenvård .....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
Har vården varit säker.....	14
Uppföljning av Fokusveckor - Omvårdnads kvalitet i slutenvården.....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	19
Nytt avvikelsehanteringssystem .....	19
Vårdhygien och Basala hygienregler och klädrutiner (BHK) .....	19
Vårdrelaterade infektioner .....	22
Strama Gotland.....	25
AntibiotikaSmart Sverige .....	27
Vaccination HPV.....	28
Identifiera och fasa ut lågvärdevård – Kloka kliniska val .....	28
Personcentrerad vård .....	29
Löf Säker Sepsisvård.....	29
Säker vård här och nu .....	30
Gröna korset .....	30
Riskhantering .....	30
Stärka analys, lärande och utveckling.....	31
Vårdavvikelse.....	31
Klagomål och synpunkter.....	32

Ärenden som inkommit via patientnämnden (PAN).....	33
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	33
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	34

## SAMMANFATTNING

Region Gotlands patientsäkerhetsberättelse för 2025 redovisar hur arbetet med att förebygga vårdskador och stärka patientsäkerheten har bedrivits inom hälso- och sjukvården. Arbetet utgår från patientsäkerhetslagen och den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, med visionen *”God och säker vård – överallt och alltid”* samt målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Patientsäkerhetsarbetet vilar på fyra grundläggande förutsättningar: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patientens och närståendes delaktighet. Under året har chefläkare och chefsjuksköterska haft en aktiv roll i dialoger med verksamheterna, vilket har bidragit till ett mer strukturerat och gemensamt arbete med patientsäkerhetsfrågor i hela organisationen.

Ett centralt inslag har varit användningen av dialogsamtal och metoden Gröna Korset, som stärker den lokala riskmedvetenheten och främjar ett öppet, icke skuldbeläggande klimat. Patientsäkerhetssamordnare har stöttat verksamheterna i avvikelshantering, internutredningar och utbildningsinsatser. Samverkan med Patientnämnden har fortsatt att utvecklas för att bättra ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter.

Under 2025 genomfördes totalt 24 internutredningar av allvarliga händelser, med ytterligare utredningar påbörjade inför 2026. Antalet lex Maria-anmälningar ökade jämfört med föregående år, vilket speglar en ökad uppmärksamhet och rapporteringsbenägenhet snarare än en försämrad vårdssäkerhet. Utredningarna har resulterat i konkreta åtgärder som följs upp på både verksamhets- och övergripande nivå.

Arbetet med vårdhygien har varit omfattande, med fokus på basala hygienrutiner och klädregler, utbildningar, hygienronder samt förbättrade rutiner för bland annat endoskophantering. Införandet av Infektionsverktyget har gett bättre möjligheter att följa och analysera vårdrelaterade infektioner och utgör en viktig grund för fortsatt förbättringsarbete.

Inom omvårdnads kvalitet har uppföljning av tidigare fokusveckor visat på förbättringar men också kvarstående utvecklingsområden, särskilt inom dokumentation, riskbedömningar och förebyggande åtgärder gällande trycksår, nutrition, fall och venösa infarter. Resultaten har lett till riktade utbildningsinsatser och fortsatt utvecklingsarbete.

Informationssäkerhet och dataskydd har hanterats i enlighet med gällande lagstiftning. Under året utreddes och anmäldes personuppgiftsincidenter enligt GDPR, och flera granskningar genomfördes av dataskyddsombudet.

Patientsäkerhetsberättelsen avslutas med en framåtblick mot 2026, där införandet av ett nytt avvikelshanteringssystem, fortsatt kompetensutveckling och ett stärkt patientsäkerhetskulturellt arbete lyfts som prioriterade områden. Sammantaget visar berättelsen på ett systematiskt och engagerat arbete med tydlig ambition att ytterligare minska vårdskador och säkerställa en trygg och säker vård för Region Gotlands invånare.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

Region Gotland har antagit den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. För 2026-2028 har en ny regional handlingsplan i patientsäkerhet tagits fram.

## Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

Patientsäkerhet ska vara en självklar återkommande punkt på alla nivåer i organisationen. Varje medarbetare ska tillse och beakta patientsäkerhet i det dagliga arbetet. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. God ledning och styrning är att aktivt efterfråga och arbeta med patientsäkerhetsfrågor på samtliga nivåer i organisationen.

Engagerad och kompetent ledning och styrning, från den politiska nivån till samtliga chefer inom hälso- och sjukvården, är en grundläggande förutsättning för säker vård. Ledningens beslut, kunskap, agerande och förhållningssätt är avgörande för patientsäkerheten.

För att stärka arbetet med patientsäkerhet har chefläkare och chefsjuksköterska under året besökt ledningsgrupper för sjukhuset (SLG) och primärvården (PLG). För tandvårdens samt psykiatrins ledningsgrupp är möte inplanerat under början av 2026. Vid ledningsgruppsmötet diskuterades aktuella patientsäkerhetsfrågor, viktiga lärdomar och åtgärder från genomförda utredningar samt genomgång av statistik. Chefläkare deltar i förvaltningens ledningsgrupp (FLG) och tillser att patientsäkerhet kontinuerligt finns på agendan.

Verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare ansvarar för patientsäkerheten inom sina ansvarsområden. I dialogsamtal har det framkommit att samtliga verksamheter har ett högt engagemang och lyfter regelbundet avvikelser i arbetsgrupperna. Flertalet verksamheter har valt att regelbundet diskutera avvikelser och åtgärder inom ramen för APT, medan en del verksamheter istället har dedikerade patientsäkerhetsmöten, skilt från APT.

Samtliga dokument som rör patientsäkerhet är samlade under rubriken ”Patientsäkerhet” i dokumenthanteringssystemet DocPoint, för att tillse att alla dokument gällande patientsäkerhet är lättillgängliga för medarbetarna.

Under året har fyra patientsäkerhetssamordnare varit verksamma i organisationen. Samtliga har uppdraget på halvtid och kombinerar med annan tjänst i regionen; en inom psykiatri, en inom primärvården och två inom den somatiska slutenvården. Patientsäkerhetssamordnarna har stöttat verksamhetschefer och

enhetschefer med avvikelshantering, genomfört internutredningar samt att tagit fram statistik över avvikelser samt genomfört utbildningsinsatser i grundläggande patientsäkerhet på planeringsdagar och APT.

Under året har en chefsjuksköterska rekryterats, vilken ersätter den tidigare funktionen patientsäkerhetsstrateg. Den nya rollen som chefsjuksköterska ger förutsättningar för ett tydligare nationellt sammanhang genom samverkan inom Nätverket Sveriges chefsjuksköterskor. Chefsjuksköterskan koordinerar arbetet med internutredningar och är ett stöd för patientsäkerhetssamordnarna. Tillsammans med medarbetare på kvalitetsenheten har arbetet fortsatt med att förankra metoden Gröna Korset som den självklara plattformen för patientsäkerhetsdiskussioner arbetsplatserna. Chefsjuksköterskan har under hösten bland annat deltagit i konfigurationen av det nya avvikelssystemet, tagit över ansvaret för slutenvårdens Dokumentationsgruppen och genomfört uppföljning av Fokusveckorna.

Regionens övergripande chefläkare har det övergripande ansvaret för patientsäkerhet inklusive anmälningsansvar till IVO. Arbetet sker i nära samarbete med chefsjuksköterskan.

Regionens Patientnämnd (PAN) hanterar inkomna klagomål och begär in yttranden från vården i de fall där patienterna så önskar. Arbetet sker i nära samarbete med chefsjuksköterska och chefläkare.

Ytterligare funktioner som arbetar för att stärka patientsäkerheten är Strama, Samverkan mot antibiotikaresistens. I Region Gotland finns en lokal Stramagrupp. I arbetet ingår att varje år besöka samtliga verksamheter och informera om antibiotikaförsäljning, antibiotikaresistens, aktuella behandlingsriktlinjer och diskutera enhetens antibiotikaföreskrivning. Vårdcentralerna får ersättning från Strama baserat på uppnådda kvalitetsmått samt processmål med syfte att uppnå en fördjupad insikt och ge utrymme för egen reflexion inom området infektioner och antibiotikaföreskrivning.

Vårdhygien har en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet. Uppdraget är att tillse god kännedom om basala hygienrutiner och klädregler (BHK), kunskap om vårdrelaterade infektioner (VRI), hur VRI kan förebyggas samt riskfaktorer för VRI. Vårdhygien arbetar även med att tillse vårdhygieniska arbetssätt och deltar i byggprojekt för att beakta och utveckla förutsättningarna för goda hygienrutiner inom vården.

Kliniskt träningscenter (KTC) har en viktig roll i att praktiskt utbilda och ge en möjlighet att träna akuta situationer och handgrepp.

Samtliga verksamhetschefer och enhetschefer har under året deltagit i Dialogsamtal tillsammans med chefläkare och chefsjuksköterska. Målet för samtalen har varit att ge tillfälle för fördjupad diskussion inom patientsäkerhet rörande styrkor och utmaningar, men också att fånga frågor där det kan finnas behov av gemensamma insatser på en övergripande nivå.

Region Gotland deltar i det sjukvårdsregionala arbetet med patientsäkerhet tillsammans med Region Stockholm genom Kunskapsstyrningen och RSG-Patientsäkerhet.

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

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Vårdens övergångar är ett område där det finns risk för en otydlighet i ansvar, varför det är ett prioriterat område inom patientsäkerhetsarbetet.

Den kommunala vården, hälso- och sjukvården samt elevhälsan samarbetar inom strukturen Strategiskt Samverkansledning (SSL), där förvaltningscheferna för Socialförvaltningen (SOF), Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) samt Utbildnings- och arbetslivsförvaltningen (UAF) ingår. Kopplat till denna finns en Operativt Samverkansledning (OSL), varifrån frågor spelas in till arbetsgrupper som hålls samman av samverkansledare.

För ett tydligare samarbete kring utskrivningar från slutenvården med bättre förutsättningar för gott omhändertagande och en sammanhängande vårdkedja har en kommunikationsplattform implementerats under året. Systemet bedöms som ett viktigt hjälpmedel, men fortsatt finns utvecklingsområden för att uppnå smidiga och säkra övergångar inom vården.

## Informationssäkerhet och GDPR

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Hälso- och sjukvårdsnämnden har delegerat till Hälso- och sjukvårdsdirektören att leda och samordna informationssäkerhetsarbetet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Arbetet delas mellan chefläkare med ansvar för patientsäkerhet, samordnare för integritetsskydd, samt informationssäkerhetssamordnare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens samordnare för integritetsskydd är nämndens regionala kontaktperson för dataskyddsfrågor i enlighet med den europeiska dataskyddsförordningen GDPR.

Med lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174) infördes EU:s NIS-direktiv (nätverk och informationssystem) i svensk rätt. Enligt MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) tillhörande föreskrifter om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster (MSBFS 2018:7) utpekas hälso- och sjukvård som en sådan samhällsviktig tjänst. Därav följer en rapporteringsskyldighet för hälso- och sjukvårdsnämnden vid incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som nämnden tillhandahåller.

### Under 2025

- har inga incidenter ansetts fått betydande inverkan på kontinuiteten i samhällsviktiga tjänster inom HSF och därmed uppnått kravet på rapporteringsskyldighet.
- har eHälsa/MIT arbetat med att tillse att alla informationshanterande system inom HSF har en fungerande objektsförvaltning med dokumenterad förvaltningsplan.
- har alla objektägare, objektsförvaltare och andra intressenter inbjudits till utbildning inom cybersäkerhetslagen (NIS2). En gap-analys av hur väl vi är följ samma till lagstiftningen är påbörjad och kommer att leda till en större arbetsinsats under 2026, tillsammans med övriga förvaltningar inom Region Gotland.
- har 32 personuppgiftsincidenter utretts och anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten IMY. Den personuppgiftsansvarige ska anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten IMY utan onödigt dröjsmål, detta framgår i artikel 33 i dataskyddsförordningen (GDPR).
- har 12 begäran om registerutdrag besvarats. Varje individ har rätt att få tillgång till sina personuppgifter och kompletterande information, ett så kallat registerutdrag, detta framgår av artikel 15 i dataskyddsförordningen (GDPR).

- har ingen begäran om rättelse av personuppgifter inkommit. Den registrerade har rätt att få felaktiga personuppgifter som rör honom eller henne rättade enligt artikel 16 i dataskyddsförordningen (GDPR).
- har ingen begäran om radering av personuppgifter inkommit. Den registrerade kan under vissa förutsättningar ha rätt att få sina personuppgifter raderade enligt artikel 17 i dataskyddsförordningen (GDPR).

## **Dataskyddsombudets granskningar under 2025**

Dataskyddsombudet genomför årligen ett antal tillsynsaktiviteter/granskningar inom dataskyddsområdet och under 2025 har det genomförts fyra olika granskningar;

1. Laglighet för behandling av personuppgifter, förekommer behandlingar utan rättslig grund?
2. Behandling av uppgifter som rör barn, rättsliga grunder, skydd och fullgörande av skyldigheter mot dem. Hur uppgifter om barn ska behandlas är omgärdade med särskilda regler.
3. Processorienterad dokumentation av personuppgiftsbehandling, LISa-kompletterande redovisning där mer än ett system används för behandling utifrån ett ändamål och syfte med behandlingen.
4. Behandling av personuppgifter med AI. Olika former av maskininlärning har blivit allmänt tillgängligt på kort tid och kan vara ett bra hjälpmedel men kan även innebära komplexa problem. I vilka processer förekommer användning av AI och vilka risker kan behandlingen medföra.

Samtliga svar från förvaltningen på de fyra olika granskningarna återfinns i HSN 2025/422.

Dataskyddsombudet har till dagens datum ännu inte återkopplat med slutgiltig rapport/rekommendation kring dessa områden.

## **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Se separat sammanställning.

## **Dialogsamtal**

Dialogsamtal är en metod där verksamhetschefer, enhetschefer, chefläkare, chefsjuksköterska och patientsäkerhetssamordnare i ett samtal resonerar kring patientsäkerhet för att synliggöra enheternas styrkor och utmaningar i arbetet.

Samtliga verksamheter har under året haft ett dialogsamtal. Samtalet har utgått från Socialstyrelsens nationella handlingsplan i patientsäkerhet, enkätfrågorna från Hållbart säkerhets engagemang (HSE) samt verksamheternas statistik avseende avvikelser, klagomål, PAN-ärenden samt Gröna korset. Även BHK mätningarnas resultat har diskuterats med förslag på åtgärder.

Dialogformen har gynnat ett strukturerat samtal om patientsäkerhet, där varje verksamhet får utrymme att lyfta utmaningar i patientsäkerhetsarbetet. Vissa frågor har lyfts vidare och hanteras på en mer övergripande nivå.

## En god säkerhetskultur

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

En organisation har en god säkerhetskultur när arbetet med patientsäkerhet genomsyras av ett tillåtande och icke-skuldbeläggande förhållningssätt. Målet är att ge förutsättningar för trygga medarbetare som rapporterar om risker och inträffade händelser på ett öppet och ärligt sätt där fokus ligger på systemnivå. Medarbetare som är inblandade i vårdavvikelse ska känna trygghet och få stöd av chefer och organisationen. Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen. Patienter och närståendes synpunkter och klagomål ska bemötas respektfullt.



Patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetskulturtrappan är en återkommande del av utbildningar och informationstillfällen i patientsäkerhet på samtliga nivåer i organisationen. Patientsäkerhetskultur ingår i dialogsamtalet, vid information till ledningsgrupper, i utbildningar för chefer i patientsäkerhet och hantering av avvikelssystemet Flexite samt i den återkommande introduktionsutbildningen för AT-läkare.

Genom metoden Gröna korset främjas dialog om patientsäkerhet och risker i vården, vilket blir en stund för reflexion som avser att bidra till en god säkerhetskultur.

## 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. För att vården ska vara säker behöver personalen ha rätt utbildning, erfarenhet och förhållningssätt. En bra arbetsmiljö gör att personalen kan utveckla och använda sin kompetens, vilket stärker engagemang och bidrar till en hållbar bemanning. Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i organisationen.



Med en ökad andel egen personal förbättras förutsättningarna för att bygga medarbetarnas kompetens i patientsäkerhet långsiktigt. En viktig förflyttning mot större oberoende av hyrpersonal har skett de senaste åren men kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning.

Under året har chefsjuksköterskan ansvarat för att erbjuda utbildningar i anmälningar i avvikelshanteringssystemet för chefer. För medarbetare finns en film tillgänglig via Insidan som ett stöd vid anmälan av avvikelser. Då ett nytt avvikelshanteringssystem ska implementeras under 2026 så kommer det att ställa stora krav på utbildningsinsatser för såväl medarbetare som chefer.

Socialstyrelsens e-utbildning ”Säker vård” ger en viktig grund för patientsäkerhetsarbete samtidigt som den väcker frågeställningar och dilemman. Samtliga verksamhetschefer och enhetschefer uppmanas att gå utbildningen, vilket har lyfts under Dialogsamtalet och ingår som en aktivitet i Handlingsplan för patientsäkerhet för 2026 - 2028.

Chefläkare och/eller chefsjuksköterska har deltagit vid AT-läkarnas introduktionstillfällen en gång i kvartalet samt vid introduktion av nyutexaminerade sjuksköterskor under Bas-året för att ge grundläggande utbildning i patientsäkerhet och hur anmälningar görs i avvikelshanteringssystemet.

Patientsäkerhetssamordnarnas har en roll i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att sprida kunskap, till exempel via verksamheternas APT. Chefer på samtliga nivåer har ett ansvar att tillse och följa upp att medarbetarna har tagit del av regionens utbildning i avvikelserapportering.

Genom regelbunden användning av Gröna Korset uppmärksammas enhetschefen på riskområden där det behövs kompetensutveckling eller fortbildning.

Genom att Hälso- och sjukvårdsförvaltningens medarbetare deltar i kunskapsstyrningen och andra nationella nätverk ges verksamheterna förutsättningar för att arbeta efter bästa tillgängliga kunskap på alla nivåer i organisationer.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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.



### Regionalt cancercentrum

Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm-Gotland erbjuder kunskapsstöd och samverkansformer som underlättar och stödjer patienters och närståendes delaktighet i cancervården. RCC stödjer också utvecklings- och forskningsprojekt kring delaktighet, egenvård och patientsäkerhet.

### 1177 Journal

1177 journal är en tjänst som gör det möjligt för invånarna att läsa delar av sin hälso- och sjukvårdsjournal på 1177.se. Syftet med 1177 journal är att öka patientens delaktighet och stärka möjligheten till aktivt deltagande gällande beslut och uppföljning av sin vård och därmed stödja engagemanget för den egna hälsan. Möjligheten att kunna ta del av sin hälso- och sjukvårdsjournal ökar även transparensen inom hälso- och sjukvården och är en del i utvecklingen som betonar patientens roll som en likvärdig partner i sin vård och behandling.

### Patientens erfarenhet av vården

Patient och närstående har tillgång till flera kontaktvägar för att delge sina erfarenheter av vården: direkt till verksamheten, via 1177 eller via "Lämna dina synpunkter" på regionens hemsida.

Patientnämnden har ett särskilt uppdrag att stödja patienter som vill framföra sina synpunkter till vården. Chefläkare och chefsjuksköterska samarbetar regelbundet med Patientnämnden för att ta del av patienters och närståendes erfarenheter och önskemål.

Vid utredning av misstänkt eller konstaterad vårdskada efterhörs patientens och närståendes upplevelser av vården. Deras erfarenheter bidrar till att identifiera åtgärder för att vidareutveckla enheternas patientsäkerhetsarbete. Varje internutredning återförs sedan till patient och närstående.

### Nationell patientenkät – Patientupplevelser

Under 2025 har patientenkäter genomförts inom somatisk slutenvård, vuxenpsykiatri slutenvård och öppenvård, barn- och ungdomspsykiatri öppenvård samt standardiserat vårdförlopp inom cancervård.

Resultaten finns tillgängligt på SKR:s hemsida för Nationella patientenkäter. Inom Standardiserade vårdförlopp inom cancervården genomförs kontinuerligt patientenkäter och resultaten publiceras på hemsidan Regionalt Cancercentrum (RCC).

## Din säkerhet i vården – anpassad till primär- och öppenvård

Syftet med informationsmaterialet ”Din säkerhet i vården” är att öka patientens möjlighet att bli mer delaktig i sin vård och behandling. Grunden till en trygg och säker vård är en god dialog mellan patient och vårdpersonal. En patient som aktivt deltar i sin vård ökar säkerheten och bidrar till att göra vården bättre. Materialet ”Din säkerhet i vården” ska vara ett stöd och påminna patienten om vad som har diskuterats under sjukvårdsvistelsen.

Informationsmaterialet ”Din säkerhet i vården”, som riktade sig främst till slutenvården publicerades under 2024. Under året har en ny version tagits fram som har anpassats till primär- och öppenvård. Materialet finns tillgängligt som poster, informationsbroschyr och digital version för tv-skärm.

*Bild visar digital version för tv-skärm*



**Du kan bidra till en säkrare vård**

Om du deltar aktivt i din vård ökar säkerheten och vården blir bättre.

- **Informera vården** om vilka mediciner du tar
- **Fråga om du har funderingar** om din behandling, vård eller dina mediciner.
- **Förebygg smittspridning** både för din egen och andras skull.
- **Minska riskerna för fallolyckor**, berätta om du fallit under det senaste året – vi ger gärna råd och stöd i fallprevention.
- **Innan du går hem, se till att du har fått:**
  - information om din vård och dina aktuella läkemedel
  - information om uppföljning av din vård och behandling
  - veta vem du ska kontakta om du har frågor eller behöver söka vård igen

Modificerat efter Region Skånes informationsmaterial



Läs mer på [1177.se/gotland](https://1177.se/gotland)



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*

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

Mindre allvarliga vårdskador hanteras inom avvikelssystemet Flexite av ansvarig chef. Vid allvarliga händelser eller vid risk för allvarliga händelser genomförs internutredningar. Beslut om att göra en internutredning kan fattas av verksamhetschef eller chefläkare. Patientsäkerhetssamordnarna finns som stöd till cheferna och genomför internutredningar. Vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ansvarar chefläkare för anmälan enligt lex Maria.

Det är önskvärt att en utredning påbörjas i nära anslutning till händelsen, eftersom minnet och upplevelsen av händelsen påverkas med tiden. För en patient och närstående som har drabbats av en vårdskada kan det vara en viktig del i läkandet att veta att vårdgivaren tar händelsen på allvar, att det görs en utredning som klargör vad som inträffat och att åtgärderna syftar till att tillse ett lärande i organisationen så att ingen annan ska behöva drabbas.

Totalt har 24 internutredningar genomförts under 2025, vilket är en liten ökning i jämförelse med 2024. Vid årsskiftet pågår 10 utredningar som beräknas slutföras under början av 2026 (se tabell).

Genomsnittliga utredningstiden under 2025 är nio veckor, vilket är en försämring jämfört med 2024. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens mål är att internutredningar ska slutföras inom fyra veckor. Handläggningstiden har varit något längre i år än ifjol, vilket delvis förklaras av att flertalet utredningar har varit omfattande och tidskrävande.

Under året har 13 allvarliga vårdskador eller risk för vårdskada anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt Lex Maria, vilket är en ökning från 2024 då 8 anmälningar gjordes till IVO.

Verksamhetsområde	Antal internutredningar 2025
<b>Primärvård</b>	4 slutförda 3 påbörjade 0 väntande
<b>Psykiatri</b>	4 slutförda 3 påbörjade 0 väntande
<b>Somatisk specialistsjukvård</b>	16 slutförda 4 påbörjade 0 väntande
<b>Tandvård</b>	0
<b>Totalt antal utredningar</b>	34 st

Tabellen visar antal utredningar fördelat över verksamhetsområde

Information om inträffade vårdskador eller risk för vårdskador har kommit från medarbetare via vårdavvikelser, direkt från verksamhetschefer som identifierat händelser där det misstänkts en vårdskada eller från inkomna ärenden via patientnämnden (PAN).

Varje internutredning resulterar i en lista med åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för att liknande avvikelse skulle kunna inträffa igen. För att tillse att inga viktiga lärdomar går förlorade innehåller åtgärdslistan vem som är ansvarig för åtgärden och en tidsplan för när förändringen ska vara genomförd samt när uppföljning ska ske. Chefsjuksköterska sammanställer alla åtgärder som beslutas vid internutredningar inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Åtgärder som berör flera verksamhetsområden identifieras och återkopplas via varje verksamhetsområdes ledningsgrupp.

## Uppföljning av Fokusveckor - Omvårdnads kvaliteten i slutenvården

### Mål

Under 2024 genomförde patientsäkerhetsstrateg och vårdutvecklare journalgranskning och samtal med medarbetare i realtid inom slutenvården på Visby Lasarett under fem riktade veckor. De undersökte fem fokusområden inom omvårdnad: venösa infarter, läkemedelshantering, fall och fallriskprevention, nutrition samt trycksår. Resultatet visade bland annat på behovet av förtydligande kring rutiner, gemensamt dokumentationssätt och fortbildning inom alla fokusområden.

Under hösten 2025 genomfördes en uppföljning av de fem omvårdnadsindikatorer genom journalgranskning av 50 stycken slumpmässigt utvalda slutenvårdspatienter på Visby Lasarett.

### Bakgrund

Omvårdnadsindikatorer är ett kvantitativt mått för kvalitet och kan användas som en hjälp för att registrera och utvärdera patientvården. Sedan 2024 genomför inte Sveriges kommuner och regioner (SKR) punktprevalensmätningar och förvaltar inte databaser för markörbaserad journalgranskning (MJG). Varje kommun och region ansvarar för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet. För att säkra och utveckla vårdkvaliteten samt öka patientsäkerheten behövs kvantitativa data inom delar av omvårdnadsarbetet.

## Metod

Granskning genomfördes av dokumentationen gällande perifera venösa infarter (PVK), trycksår, nutrition samt fall och fallrisk. Inklusionskriterier var avdelningar som vårdar vuxna från 18 år och ineliggande patienter med vårdtid på minst 3 dygn. Granskningen utgick från riktlinjerna i Vårdhandboken.

Läkemedelshantering för sjuksköterskor granskades separat, genom vårdavvikelse gällande läkemedel registrerade av sjuksköterskor från alla slutenvårdsavdelningar, under tidsperioden augusti 2024 till augusti 2025.

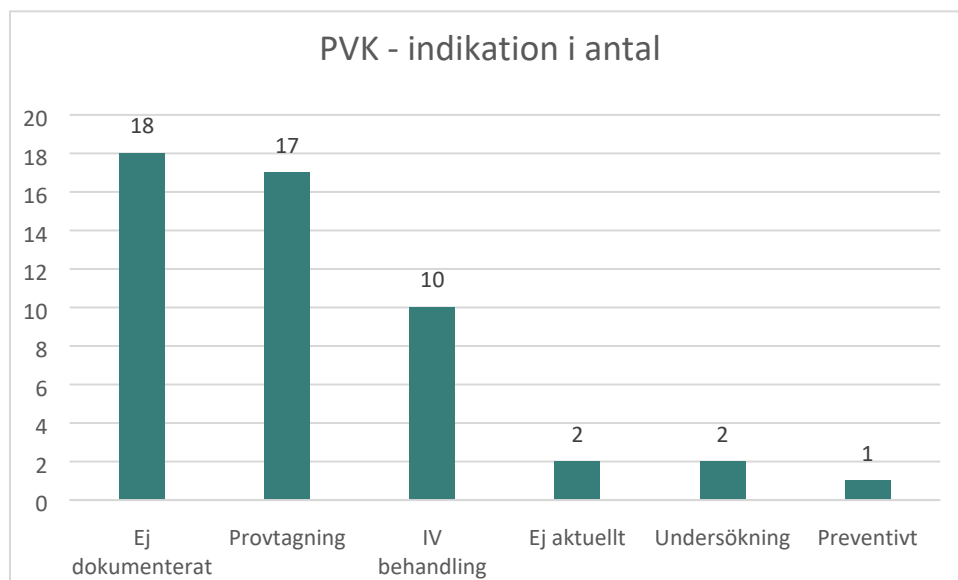
## Resultat

Antalet granskade journaler var begränsat (n=50), vilket innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet. Journalgranskningen syftar till att beskriva förekomst och verka som uppföljning av Fokusveckorna 2024 och möjliggör inte statistiska jämförelser eller generalisering.

### Perifera venösa infarter (PVK)

Perifera infarter utgör en riskfaktor för vårdrelaterade infektioner och lokala inflammationer. Indikationer för att få en PVK är enligt Vårdhandboken behov av upprepad provtagning och intravenös behandling. Under Fokusveckorna 2024 framkom att flera venösa infarter inte sattes på rätt indikation, inte hade inspekterats var 8:e timme, inte byttes ut/togs bort i tid och inte dokumenterats korrekt.

Vid uppföljningen av Fokusveckorna granskades PVK satta på slutenvårdsavdelning. Av 50 granskade journaler var det 2 fall där patienten hade annan typ av infart. I 54% (n=27) av fallen hade korrekt utförd dokumentation av PVK genomförts. I 36% (n=18) av de dokumenterade perifera venösa infarterna saknades indikation. Den vanligaste dokumenterade indikationen för PVK var provtagning (se tabell).



Av 50 granskade journaler hade 24% (n=12) dokumenterade komplikationer. Den vanligaste angivna komplikationen var tromboflebit och rodnad (n=8). Median användningstid för PVK med komplikation var 72 timmar (min-max 24-96) jämfört med 48 timmar (min-max 24-144) för PVK utan komplikation. I vissa journaler saknades uppgift om hur länge en PVK suttit, dessa exkluderades från analys av användningstid, men inkluderades i beräkning av förekomst av komplikationer. Av alla granskade

journaler dokumenterades daglig inspektion av PVK i 28% (n=14) av fallen. Bland de PVK som hade dokumenterad komplikation förekom daglig inspektion i endast 3 av 12 fall.

I samband med Fokusveckorna 2024 genomfördes förändringar i hur perifera venösa infarter ska dokumenteras, vilket har förtydligat och förbättrat resultatet. Det kvarstår ett arbete med att hitta lösningar för de enheter som använder sig av andra dokumentationssystem än TakeCare.

### **Trycksår**

Trycksår är vanligt hos patienter på sjukhus och klassificeras som en undvikbar vårdskada. Alla patienter kan utveckla trycksår, men vanliga riskfaktorer är nedsatt rörlighet, hög ålder, försämrat nutritionsstatus och uttorkning.

En vedertagen metod för att identifiera risk för trycksår är modifierade Norton-skalan. Skalan kan användas för att bedöma risk för trycksår genom att poängsätta allmäntillstånd, aktivitet, mobilitet, mental status och kontinens. Under höstens granskning av 50 journaler inom slutenvårdsavdelningarna hade sjuksköterskor dokumenterat risk för trycksår i 6 av fallen. I samband med inskrivning hade den modifierade Norton-skalan använts i 8 av 50 fall.

Trots att majoriteten av patienterna inte bedömdes ha någon risk för trycksår vid inskrivning, uppstod trycksår hos nästan var fjärde patient. Av 50 granskade journaler hade trycksår uppstått under vårdtiden i 28% av fallen (n=14 st). Av de 14 dokumenterade trycksåren hade 8 bedömts att ingen risk förelåg vid inskrivning. I 3 av 14 fall hade preventiva åtgärder vidtagits när registrerad risk för trycksår dokumenterats.

Riskbedömningen vid inskrivning riskerar att inte fånga alla faktorer som kan bidra till trycksår och det finns ett behov av upprepade bedömningar och preventiva åtgärder.

### **Nutrition**

Vid ett bra nutritionsomhändertagande behövs tidig riskidentifiering och insättning av adekvata åtgärder. Sjukdomsrelaterad undernäring kan orsakas av många faktorer och ger risk för komplikationer under vårdtiden, som till exempel försämrad sårhäkning, förlust av muskelmassa och försämrat immunförsvar. Under Fokusveckorna 2024 framkom att det fanns ett behov av förtydligande vilka faktorer som behöver ingå i tidig riskidentifieringen.

Under höstens journalgranskning hade riskbedömning för undernäring genomförts i 88% av fallen (n=44). Endast 3 av 50 har använt screeningverktöget Mini Nutritional Assessment (MNA). Av 44 fall, som genomfört riskbedömning, bedömdes det föreligga risk för undernäring i 14 fall. Inkomstsvikt hade registrerats hos 9 av 14 hos de som bedömdes ha risk för undernäring. Aktivitetsplanen ”Risk för undernäring” användes inte i något fall.

### **Fall och fallrisk**

Enligt Socialstyrelsen ska en fallskada räknas som en vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta adekvata åtgärder för att förhindra fallet. Adekvata åtgärder kan till exempel handla om att hälso- och sjukvårdspersonalen genomför fallriskbedömning, sätter in förebyggande åtgärder och identifierar risker i vårdmiljön. Under Fokusveckorna 2024 påvisades att riskbedömningar gjordes i stor utsträckning, men att det saknades en enhetlig struktur och det var oklart vilka riskfaktorer som värderades.

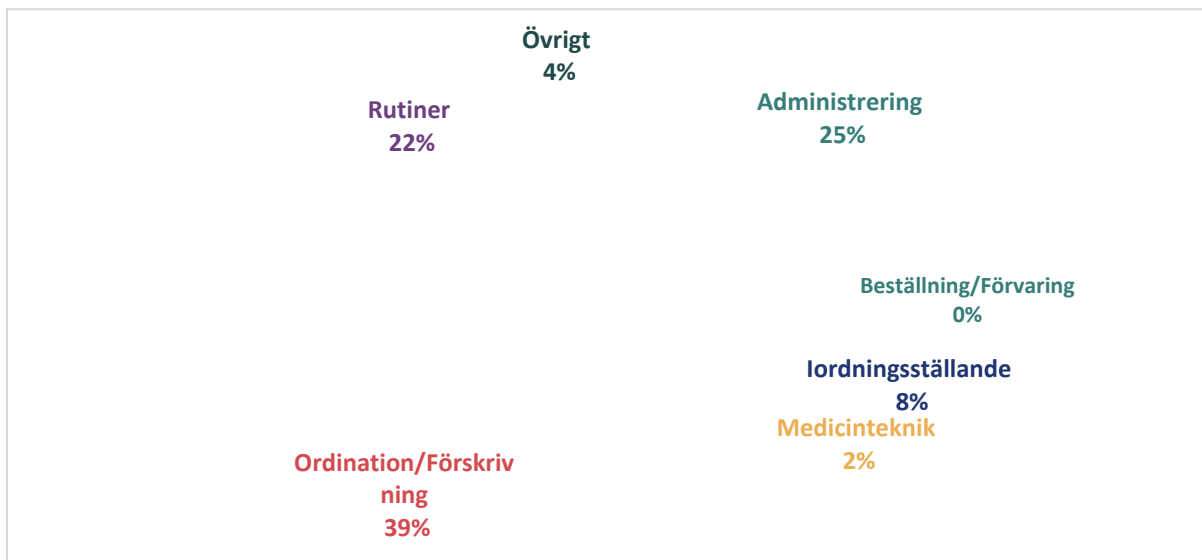
Av 50 granskade journaler under hösten 2025 förekom fallriskbedömning vid inskrivning i 90% (n=45) av fallen och 56% (n=28) uppgavs ha en uttalad fallrisk. Vid 2 av 45 fallriskbedömningar har fallriskbedömningsinstrument Downton Fall Risk Index använts. Totalt registrerades 3 fallhändelser och

vid inskrivning bedömdes att ingen fallrisk förelåg i samtliga 3 fall. Kontinuerliga fallriskbedömningar under vårdtiden förekom i 3 av 50 granskningar.

### Läkemedel

Läkemedelshantering utgör en stor del av sjuksköterskans tid och ansvar inom akutsjukvården. Vanliga risker och vårdskador förknippade med läkemedelshantering kan till exempel handla om fel vid administrering, utebliven behandling eller bristande uppföljning. Under Fokusveckorna 2024 identifierades flera riskområden: Muntliga ordinationer vanligt förekommande i icke-akuta situationer, läkemedelslistor som inte är genomgångna och signerade vid inläggning, brister i rutinen för läkemedelsvagnar och stökig arbetsmiljö i samband med läkemedelsdelning.

Granskning och klassificering genomfördes av 234 läkemedelsavvikelser skrivna av sjuksköterskor från slutenvårdsavdelningarna under perioden 2024-08-30 till 2025-08-30. I granskningen framkom att 39% handlade om ordination och förskrivning (se diagram). Två övriga identifierade områden var följsamhet till rutiner och administrering. Resultatet bekräftar 2024 års riskobservationer och under hösten 2025 har ett arbete påbörjats gällande tydligare struktur och ordination i läkemedelslistan vid inskrivning.



### Uppföljning och planering

Fokusveckorna 2024 resulterade i ett utbildningsmaterial i PowerPoint format, tillgängligt för alla medarbetare på Intranätet. Resultat och utbildningsmaterial presenterades i samband med chefsmöte inom slutenvården. Spridning av materialet har varit varierande och det finns ett uttryckt behov av utveckling och fortbildning inom området omvårdnads kvalitet.

För att identifiera rätt omvårdnadsbehov och öka förutsättningarna för säker vård framkom det under höstens journalgranskningar att det fortsatt finns ett behov av att öka användandet av validerade bedömningsinstrument.

I samband med den nationella Trycksårsdagen i november 2025 genomfördes föreläsningar på lasarettet, öppna för alla medarbetare inom HSF.

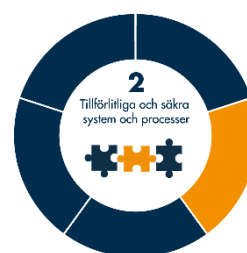
I december genomfördes en nutritionsvvecka i samband med den internationella kampanjen ”Malnutrition Awareness Week”, vilken uppmärksammade sjukdomsrelaterad malnutrition och erbjöd flera föreläsningar.

I Dokumentationsgruppen har arbetet med en enhetlig omvårdnadsdokumentation fortgått under 2025 och det har sammanställts en riktlinje gällande sjuksköterskans dokumentation. Arbetet i Dokumentationsgruppen kommer att fortsätta under 2026.

För att följa omvårdnadsindikatorer inom slutenvården har ett samarbete med E-hälsa/MIT initierats i syfte att kunna ta ut automatiserade data från omvårdnadsjournalen. Förhoppningen är att det ska ge ett fortlöpande underlag för avdelningarna att arbeta med.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Nytt avvikelshanteringssystem

För att kunna följa och vidareutveckla arbetet inom patientsäkerhet behövs ett mer användarvänligt avvikelssystem som underlättar avvikelshandlingen och samtidigt möjliggör uttag och åskådliggör av statistik på ett mer överskådligt sätt.

Under 2025 har ett nytt avvikelssystem upphandlats och under hösten har arbetet med konfiguration och integrering påbörjats tillsammans med region Stockholm. Chefsläkare och chefsjuksköterska deltar i operativ styrgrupp respektive operativ projektgrupp.

## Vårdhygien och Basala hygienregler och klädrutiner (BHK)

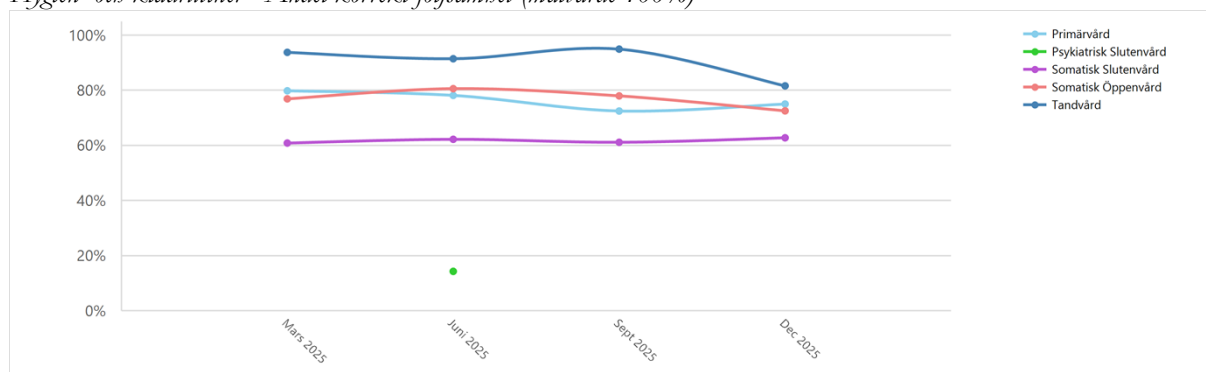
I Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag ingår att säkerställa kompetens inom sakområdet vårdhygien för att uppfylla kravet på god vårdhygienisk standard som kvalitetssäkring inom verksamheterna. Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har detta uppdrag tilldelats enheten Vårdhygien, bestående av en heltidstjänst som delas mellan två hygiensköterskor, samt att vårdhygien ingår i smittskyddsläkarnas uppdrag. Biträdande smittskyddsläkare är tillika ST-läkare i vårdhygien.

Området omfattar Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt den avtalade överenskommelsen för Socialförvaltningen. I de fall privata vårdgivare efterfrågar stöd i vårdhygieniska frågor tillhandhåller Vårdhygien detta mot ersättning.

Vårdhygien skall arbeta långsiktigt för att förebygga och begränsa vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården och att tillse att vårdhygieniska aspekter tillvaratas i planering av ny- och ombyggnationer samt vid nya medicinska metoder. Arbetet bedrivs främst genom tillsyn, rådgivning och utbildning men innebär även akuta insatser vid utbrott eller pågående smittspridning. Uppdraget är att i sin sakkunskap vara rådgivande till vårdgivaren. Ett särskilt fokus är arbetet med basala hygienregler och klädrutiner (BHK).

## Resultat BHK

### Hygien- och klädrutiner - Andel korrekt följ sambet (målvärde 100%)



### Andel korrekt följ sambet uppdelat per verksamhetsområde och månadsvis

	Mars 2025	Juni 2025	Sept 2025	Dec 2025
Primärvård	80%	78%	72%	75%
Psykiatrisk Slutenvård		14%		
Somatisk Slutenvård	61%	62%	61%	63%
Somatisk Öppenvård	77%	81%	78%	73%
Tandvård	94%	91%	95%	82%
<b>Totalt</b>	<b>73%</b>	<b>75%</b>	<b>72%</b>	<b>73%</b>

## Samverkan

För att kunna arbeta framgångsrikt med vårdhygieniska frågor krävs nära samverkan mellan olika aktörer och där chefernas engagemang och förståelse är helt central. Genom att vårdhygieniska frågor har varit prioriterade har flera stora och viktiga projekt kunnat genomföras under året.

## Utbrottshantering och smittspårning

Vårdhygien bistår med sakkunskap vid eventuella utbrott och deltar vid smittspårning inom vården. Arbetet sker genom telefonrådgivning, mejl och arbetsplatsbesök. Under året har risk för smittspridning via endoskop varit i fokus.

Vårdhygieniska rutiner och riktlinjer: Ett ständigt pågående arbete är att uppdatera och utveckla vårdhygieniska rutiner i DocPoint, efter enheternas önskemål och behov.

Under året har ett större arbete gjorts för att tillse rutiner för hantering av endoskop.

## Utbildningar

Vårdhygien har genomfört utbildningar i BHK mot verksamheterna och för hygienombud.

Hygienombuden har en viktig roll genom att stötta chefer i enheternas vårdhygieniska arbete och mätningar avseende BHK. Utbildningarna har varit välbesökta och uppskattade. Vårdhygien har även deltagit på ett möte för verksamhetschefer och enhetschefer inom slutenvården, ett så kallat Chefnätverk, för att tydliggöra chefernas ansvar avseende god vårdhygienisk standard och efterlevnad till BHK.

Vårdhygien ingår i AT-läkarnas utbildningsprogram, i sjuksköterskornas introduktionsår samt i undersköterskornas kompetensutveckling (RAUK).

Det har tagits fram nya utbildningar inom vårdhygien som kommer att vara klara att börja användas i början av nästa år. En utbildning vänder sig till alla som arbetar patientnära och en till alla chefer.

### **Information och verksamhetsbesök**

Verksamheternas resultat avseende BHK har lyfts vid Stramas verksamhetsbesök. Enheternas resultat avseende BHK ingår i verksamheternas dialogsamtal med chefläkare och chefsjuksköterska.

Vårdhygien har arbetat med att förbättra informationsutflödet till medarbetare. Genom utveckling och tydligare struktur på Vårdhygiens Insida finns fördjupad information mer lättillgängligt. Utöver det har en grupp för hygienombud skapats. På så sätt har hygienombuden fått ett eget forum där vårdhygieniska frågor kan diskuteras och där information kan delas om till exempel kommande utbildningar.

### **Rådgivning och verksamhetsutveckling**

Vårdhygien är en rådgivande instans vid utarbetande och revidering av metoder för vård och behandling. Under året har en större översyn av sjukhusets hantering av endoskop genomförts. Ett arbete har gjorts för att säkra god funktionalitet avseende sterilcentralens autoklaver.

### **Ny- och ombyggnationer**

Samarbetet med lokalansvariga har fördjupats och utvecklats med regelbundna avstämningar veckovis. Därtill deltar vårdhygien på byggmöten och verksamhetsbesök vid förstudier inför ombyggnationer. Vårdhygien har också tagit fram ett informationsbrev till verksamheterna om vad de bör tänka på inför ny- och ombyggnationer.

En god ventilation är en lokalmässig förutsättning för god vårdhygien. För att säkra arbetet framöver har det bildats en ventilationskommitté där vårdhygien deltar.

### **Upphandlingar**

Under året har det varit fokus på upphandling av utförare av CFU-mätningar samt avseende desinfektionsprodukter mot HPV.

### **Städhandboken**

En uppdaterad städhandbok har tagits fram av vårdhygien och kommer att implementeras under 2026. I den nya städhandboken tydliggörs ansvaret mellan verksamhet och lokalvård, hygienklassificering och en utökad städfrekvens inom en rad verksamheter.

### **Egenkontroller och hygienronder**

Alla enheter inom HSF ska utföra egenkontroll en gång per år. Vårdhygien arbetar för att tillse att det sker i alla verksamheter. Utifrån resultat på egenkontrollerna erbjuds enheterna hygienronder. Vilka enheter som under året har genomfört egenkontroller respektive hygienronder följs av vårdhygien.

### **Nationell samverkan**

Vårdhygien deltar i det nationella nätverket som samordnas av Folkhälsomyndigheten. Vårdhygien ingår i kunskapsstyrningen via RAG, regional arbetsgrupp Vårdhygien Stockholm – Gotland samt deltar i Högisoleringsnätverket, Operationsnätverket, kommunala nätverksdagar samt Svensk Förening för Vårdhygiens nationella konferens. Vårdhygien ingår i Strama Gotland.

## **Beredskap**

Då akutens ombyggnad är klar med tillkomst av det så kallade Akutrum 3 så har sjukhuset väsentligt förbättrat sina förutsättningar för att hantera högsmittsamma patienter tills möjlighet för avtransport till särskild enhet. Vårdhygien deltar i arbetet genom att ha tagit fram rutiner för arbetssätt, på- och avklädning av skyddsutrustning samt avfallshantering. Arbetet planeras fortsätta nästa år genom övning i lokalerna.

## **Fokusområde: Projekt ”Vårdhygienisk handlingsplan”**

Vårdhygien har startat upp ett projekt med vårdhygienisk handlingsplan där Gynekologiska verksamheten (BB/förlossning/gyn.avd./gyn.mott.) är pilot. Projektet kan likställas med en fördjupningskurs som sträcker sig ett halvår inom ämnet vårdhygien. Syftet är att få en överblick över den befintliga vårdhygieniska standarden och sätta in åtgärder efter behov för att kunna höja denna. I projektet utreds befintliga rutiner för rengöring och desinfektion, livsmedelshantering, förrådshantering, tvätt- och avfallshantering samt journalföring av in- och utfarter. En egenkontroll med påföljande hygienrund utförs och man går igenom ansvarsfördelning mellan chef och hygienombud samt uppdragsbeskrivningar. I projektet ingår även utbildning i god handhygien med UV-lampa. Med lampan kontrolleras hur väl handdesinfektion genomförs. Vårdhygien ser också över arbetssätt som kan minska risken för smittspridning i verksamheten. En sammanställning av resultat och utvärdering av projekt sker under februari 2026.

## **Fokusområde BHK**

En god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en grund för ett patientsäkert arbete. Det är angeläget att samtliga enheter genomför mätningarna och rapporterar in sina resultat. För att förbättra efterlevnaden är fokus för det fortsatta arbetet att involvera chefer tillsammans med hygienombud. Under 2025 har efterlevnaden till BHK mäts en gång per kvartal.

Det pågår ett arbete för att strukturera om inrapporteringsverktyget för BHK. Syftet är att uppnå högre en högre detaljnivå i mätningarna och därmed få ett tydligare underlag för vilka riktade åtgärder som behöver vidtas. Den utökade mätningen kommer att implementeras i alla verksamheter efter årsskiftet.

## **Vårdrelaterade infektioner**

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är ett betydande patientsäkerhetsproblem och medför ökad sjuklighet, förlängda vårdtider och ökade kostnader. Nationellt bedöms 30–50 procent av vårdrelaterade infektioner vara möjliga att förebygga.

I regeringens nya nationella strategi mot antibiotikaresistens (AMR) som presenterades under Antibiotikaveckan i november 2025 anges ett mål om att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner med 30 procent.

För att stärka det systematiska arbetet med uppföljning och förebyggande av vårdrelaterade infektioner har Region Gotland under 2024–2025 genomfört ett stegvis införande av Infektionsverktyget (IV).

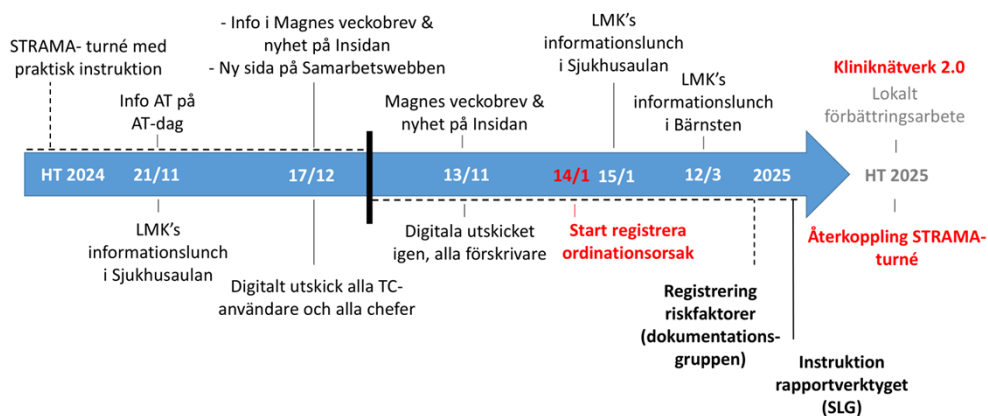
## **Implementering och arbetssätt**

Införandet av Infektionsverktyget har skett successivt och i nära samverkan med verksamheterna. Under perioden har informations- och utbildningsinsatser genomförts via interna kommunikationskanaler, riktade digitala utskick till förskrivare och chefer, information i HSF veckobrev och på Insidan samt

informationsluncher arrangerade av Läkemedelskommittén. Praktiskt stöd har givits vid STRAMAs verksamhetsbesök och riktad information till bland annat AT-läkare.

Under slutet av 2024 och början av 2025 har arbetet fokuserat på att etablera registrering av ordinationsorsak samt att förbereda för strukturerad registrering av riskfaktorer. Parallellt har instruktioner för rapportering och uppföljning i Infektionsverket tagits fram och spridits till bl a sjukvårdens ledningsgrupp.

## Infektionsverket – stegvis införande 24-25



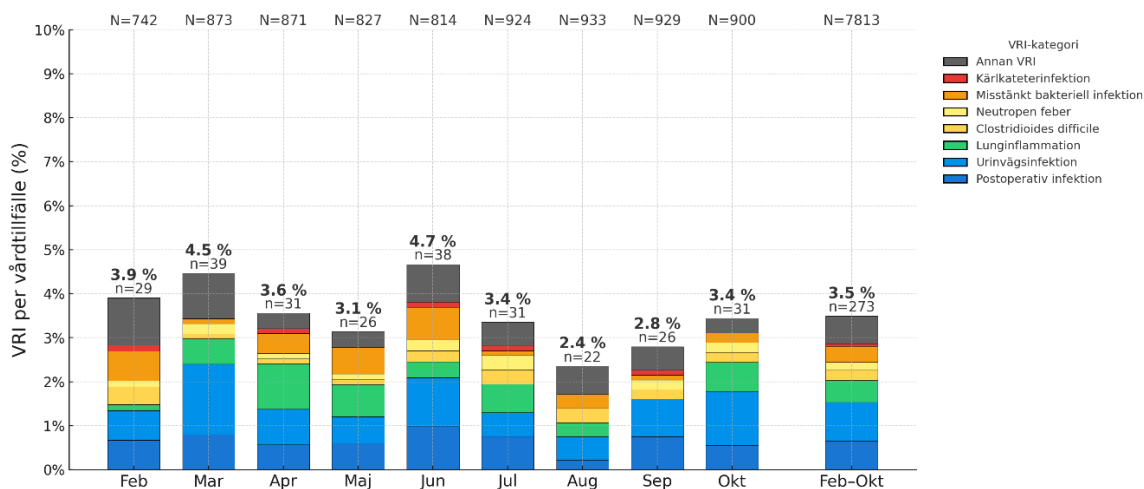
### Nulägesbild – övergripande resultat

Infektionsverket möjliggör nu en mer samlad och strukturerad bild av vårdrelaterade infektioner inom Region Gotlands hälso- och sjukvård. De data som hittills finns tillgängliga avser perioden februari till oktober 2025 och ska i första hand ses som en nulägesbild och baslinje för fortsatt uppföljning. Under införandefasen kan variation i registreringsgrad mellan verksamheter förekomma, vilket beaktas vid tolkning av resultaten.

Under mätperioden utgjorde vårdrelaterade infektioner i slutenvården 3,5 procent av samtliga vårdtillfällen (figur 1). Dessa infektioner motsvarade 42 procent av det totala antalet registrerade vårdrelaterade infektioner (644 fall). Det totala antalet inkluderar även vårdrelaterade infektioner som identifierats inom sjukhusets mottagningsverksamheter. Vårdrelaterade infektioner som identifieras i mottagningsverksamhet följs vidare i särskilda analys- och förbättringsspår.

Infektionsverket utgör därmed ett centralt stöd för att identifiera riskområden, prioritera åtgärder och följa utvecklingen av vårdrelaterade infektioner över tid.

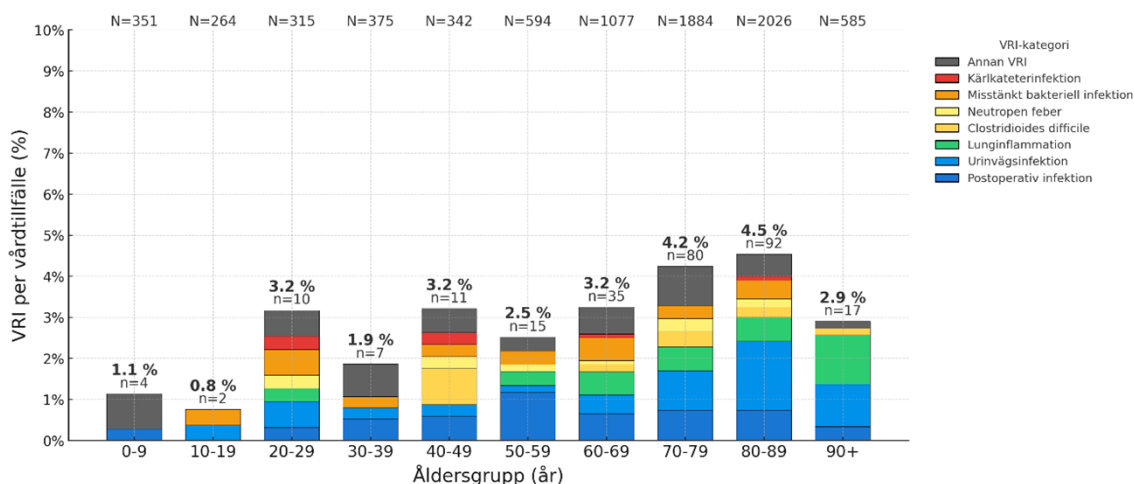
Figur 1. Vårdrelaterade infektioner per månad, slutenvårdsavdelningar Visby lasarett, feb-okt 2025



Figuren visar andel och fördelning av vårdrelaterade infektioner (VRI) av antal vårdtillfällen på y-axeln och tidsperiod på x-axeln. Omedelbart ovanför respektive stapel anges antal episoder med VRI (prefix "n=") och procentandel av totalt antal vårdtillfällen i fetstil. Överst i grafen anges totalt antal vårdtillfällen (prefix "N=") per tidsperiod.

Uppföljningen visar vidare att vårdrelaterad urinvägsinfektion (UVI) är den vanligaste typen av vårdrelaterad infektion inom såväl slutenvårdsavdelningar som sjukhusets samlade vårdenheter. Vidare framgår att äldre patienter drabbas i högre utsträckning, både sett till antal infektioner och i relation till antalet vårdtillfällen (figur 2). Fördelningen av vårdrelaterade infektioner varierar mellan olika vårdenheter, vilket understryker behovet av lokalt anpassade förbättringsinsatser.

Figur 2. Vårdrelaterade infektioner per åldersgrupp, slutenvårdsavd Visby lasarett, feb-okt 2025



Figuren visar andel och fördelning av vårdrelaterade infektioner (VRI) av antal vårdtillfällen på y-axeln och åldersgrupp på x-axeln. Omedelbart ovanför respektive stapel anges antal episoder med VRI (prefix "n=") och procentandel av totalt antal vårdtillfällen i fetstil. Överst i grafen anges totalt antal vårdtillfällen (prefix "N=") per åldersgrupp.

### **Kliniknätverk och fortsatt förbättringsarbete**

Som en del av det fortsatta arbetet har ett kliniknätverk kopplat till Infektionsverktyget etablerats. Kliniknätverket syftar till erfarenhetsutbyte och gemensamt lärande, men även till att ge verksamheterna möjlighet och stöd att själva ta fram, analysera och följa den information i Infektionsverktyget som är mest relevant för den egna enheten.

Genom att arbeta strukturerat med sina egna data om vårdrelaterade infektioner får verksamheterna bättre förutsättningar att identifiera riskområden, följa effekten av vidtagna åtgärder och bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete. Detta är en central del i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner och stärka patientsäkerheten på respektive enhet.

Infektionsverktyget utgör även ett viktigt stöd i arbetet med AntibiotikaSmart Gotland, och i synnerhet inom ramen för AntibiotikaSmarta sjukhus. Genom att koppla samman data om vårdrelaterade infektioner med information om antibiotikaanvändning och ordinationsorsak skapas bättre förutsättningar för verksamheterna att arbeta samlat med förebyggande åtgärder, rationell antibiotikaanvändning och minskad risk för antibiotikaresistens.

### **Fortsatt inriktning**

Under 2026 kommer fokus att ligga på att i ökad utsträckning använda Infektionsverktyget som stöd i det lokala förbättringsarbetet. Ett prioriterat område är rationell användning av kvarliggande urinkateter (KAD), som är en välkänd riskfaktor för vårdrelaterad urinvägsinfektion. Uppföljning via Infektionsverktyget, i kombination med återkoppling inom STRAMA-arbetet med STRAMAs kliniknätverk, utgör en viktig grund för fortsatt utveckling av patientsäkerhetsarbetet inom Region Gotlands hälso- och sjukvård.

## **Strama Gotland**

### **Inriktning och uppdrag**

STRAMA Gotland bedriver ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, i linje med det nationella Strama-uppdraget och regionens uppdragsbeskrivning. Arbetet är en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet och bidrar till färre vårdrelaterade infektioner (VRI), minskad selektion av resistenta bakterier och ökad följsamhet till behandlingsrekommendationer.

### **Genomförda aktiviteter**

Under 2025 har STRAMA Gotland genomfört verksamhetsbesök vid samtliga vårdcentraler samt kliniker vid Visby lasarett, med återkoppling av lokal och nationell förskrivningsstatistik och resistensläge. Utbildningsinsatser har riktats till AT- och ST-läkare samt övriga förskrivare, inklusive aktiviteter under Antibiotikaveckan. Arbetet har skett i nära samverkan mellan primärvård, slutenvård, smittskydd, vårdhygien, mikrobiologi och Läkemedelskommittén.

Ett särskilt fokus har legat på implementering av STRAMAs uppdaterade 10-punktsprogram i praktiken, med betoning på god handhygien, praktisk implementering av Infektionsverktyget, ”rätt antibiotika till rätt patient” och att reservera bredspektrumantibiotika, såsom karbapenemer, för situationer där de verkligen behövs. Utöver tvärprofessionella STRAMA har också ett kliniknätverk av läkare formerats på sjukhuset.

## Antibiotikaanvändning och resultat

Inom slutenvården har mycket tydliga förbättringar uppnåtts. Mellan 2023 och 2025 har rekvirerade antibiotika minskat med cirka 20 % (figur 1), och användningen av karbapenemer har reducerats med drygt 60 % (figur 2).

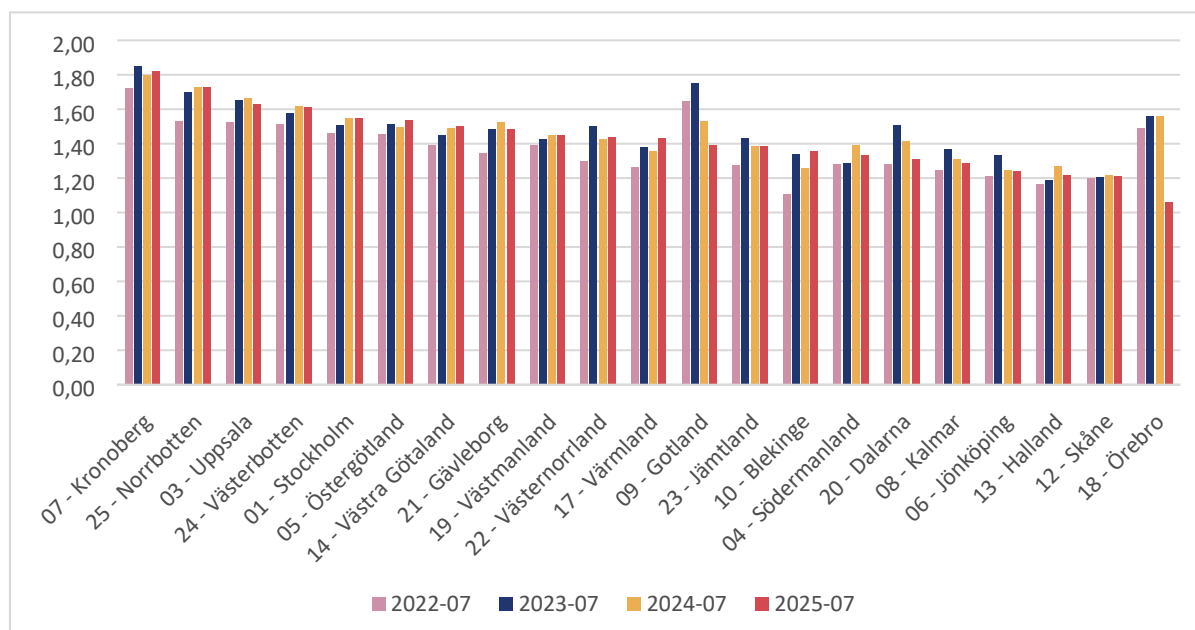
Efter pandemin har den nationella antibiotikaförskrivningen åter ökat. På Gotland ses fortsatt låg förskrivning till barn 0–6 år och inom tandvården, medan förskrivningen i vuxna åldersgrupper ligger nära riksgenomsnittet. Jämfört med föregående år har antalet uthämtade antibiotikarecept på Gotland minskat med 10 % (rullande 12-månadersdata till och med november 2025). Förskrivningen per 1 000 invånare är dock högre än rikssnittet, vilket till stor del förklaras av att Gotland har landets högsta andel äldre invånare, en grupp som oftare drabbas av antibiotikakrävande infektioner. I Folkhälsomyndighetens två kvalitativa markörer (senast tillgängliga data från 2024) ligger Gotland nära riksnivån: 11 % kinoloner av urinvägsantibiotika till kvinnor 18–79 år (målvärde <10 %) och cirka 70 % PcV av luftvägsantibiotika till barn 0–6 år (målvärde >80 %). Den lägre andelen Kåvepenin under 2024 bedöms bero på en nationellt mycket hög incidens av Mycoplasma-infektioner, som behandlas med andra antibiotika.

## Kvalitetsuppföljning i primärvården

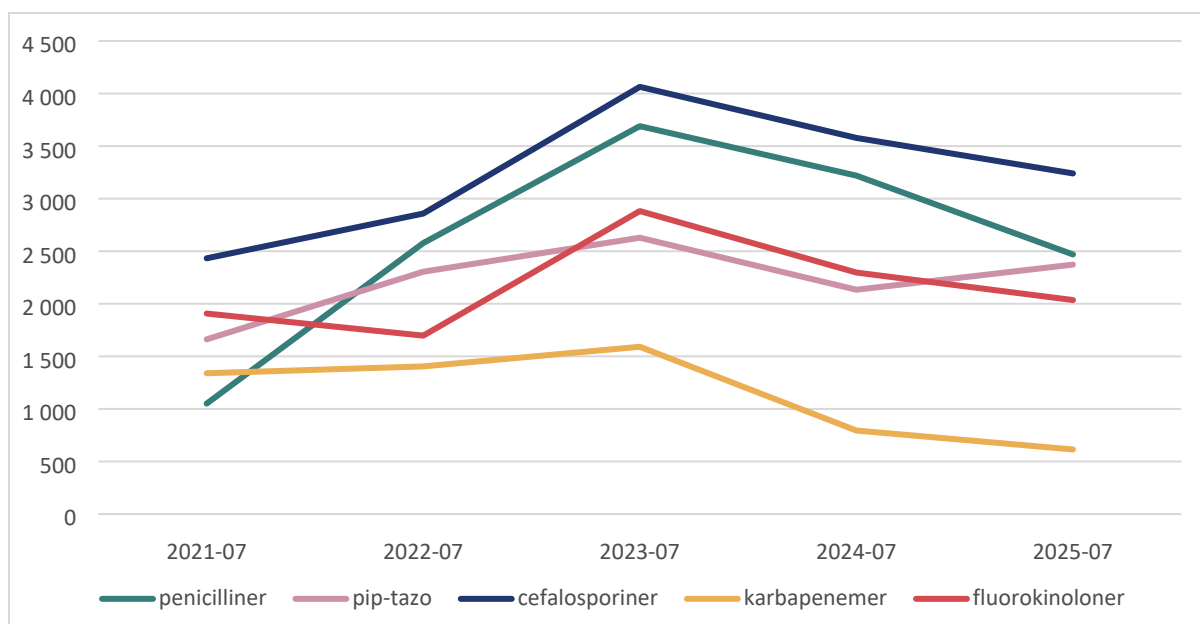
Sedan några år tillbaka är målrelaterad ersättning kopplad till kvalitetsmarkörer inom Strama-arbetet. Under 2025 genomförde vårdcentralerna Visby Norr, Visby Söder, Söderport och Visborg både moment A (fallgenomgång) och moment B (journalgranskning) enligt Stramas modell och uppfyllde därmed kraven för ersättning. Arbetssättet syftar till kollegialt lärande och förbättrad följsamhet till behandlingsrekommendationer.

## Nationell koppling

STRAMAs arbete på Gotland är tydligt kopplat till Sveriges strategi mot AMR 2026–2035, STRAMAs 10-punktsprogram samt handlingsprogrammet Agera för säker vård 2025–2030. Sammantaget utgör STRAMA Gotland en central del av Region Gotlands strukturerade arbete för säker vård och långsiktigt hållbar antibiotikaanvändning.



Figur 1. Rekvirerade antibiotika per län DDD/1000 invånare och dag. Rullande 12 månader juli 2021-2025. Källa Consice



Figur 2. Rekvisitionsbeställningar Visby lasarett, typ av antibiotika (DDD). Rullande 12 månader juli 2020-juli 2025. Källa Consice

## AntibiotikaSmart Sverige

### Bakgrund och styrning

AntibiotikaSmart Gotland är Region Gotlands regionala tillämpning av det nationella initiativet AntibiotikaSmart Sverige, som samordnas av Folkhälsomyndigheten i samverkan med Strama och andra nationella aktörer.

Arbetet syftar till att etablera ett gemensamt och uppföljningsbart arbetssätt för hela organisationen – hälso- och sjukvård, omsorg, förskola/skola och VA.

Under år 2025 har Region Gotland tagit flera steg mot att införa arbetssättet enligt Folkhälsomyndighetens kriterier.

### Genomförande och innehåll

Arbetet med AntibiotikaSmart verksamheter på Gotland hålls samman av STRAMA Gotland och är tvärprofessionellt organiserat. Fokus under år 2025 har legat på att:

- tydliggöra ledningens ansvar och styrning,
- integrera kriterier enligt AntibiotikaSmart Sverige i ordinarie patientsäkerhets- och kvalitetsarbete,
- koppla förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner till rationell antibiotikaanvändning.

Under 2024–2025 infördes Infektionsverktyget i slutenvården, vilket möjliggör strukturerad uppföljning av VRI, ordinationsorsak och antibiotikaanvändning.

### Patientsäkerhetsresultat

Infektionsverktyget visar att vårdrelaterade infektioner under 2025 uppgick till cirka 3,5–4 % av vårdtillfällena, i nivå med eller något lägre än flera jämförbara regioner. Data används som baslinje för fortsatt förbättringsarbete. Vårdrelaterad urinvägsinfektion är den vanligaste VRI-typen, vilket har identifierats som ett prioriterat förbättringsområde. Se också separat rapport om Infektionsverktyget.

Arbetet med AntibiotikaSmart har samtidigt förstärkt STRAMAs arbete med att minska användningen av bredspektrumantibiotika. Den kraftiga reduktionen av karbapenemanvändning (-60 %) i slutenvården är ett tydligt exempel på hur samlad styrning, uppföljning och lokalt förbättringsarbete bidrar till ökad patientsäkerhet och minskad risk för utveckling av resistens.

### **Förskrivningsstatistik och jämförelser**

Folkhälsomyndighetens statistik visar att Gotland under perioden 2024–2025 har förbättrat sin relativa position jämfört med andra regioner.

### **Strategisk koppling och fortsatt inriktning**

AntibiotikaSmart Gotland är en konkret regional tillämpning av Sveriges strategi mot AMR (Antimikrobiell resistens) 2026–2035 och stödjer målen om minskade vårdrelaterade infektioner, ökad patientsäkerhet och hållbar antibiotikaanvändning. Arbetet knyter även an till Agera för säker vård 2025–2030 genom att tydligt integrera antibiotika- och infektionsprevention i Region Gotlands samlade patientsäkerhetsarbete.

### **Vaccination HPV**

Primärvårdens vaccinationsmottagning har tillsammans med barnmorskemottagningen deltagit i det nationella projektet att utrota HPV (humant papillomvirus) genom att erbjuda vaccinationer till kvinnor födda 1994 – 1999. Projektet förlängdes under våren 2025 och uppnådde en vaccinationstäckning på 81% i målgruppen. På grund av manuell registrering finns en eftersläpning av statistiken.

Folkhälsomyndigheten publicerade hösten 2024 en rekommendation att samtliga personer till och med 26 års ålder ska erbjudas vaccin mot HPV. Utan nationell finansiering var resurserna för att genomföra projektet begränsat, varför region Gotland fattade beslut att ta sig an uppdraget genom att i första hand vända sig till målgruppen pojkar på gymnasiet födda 2007 och 2008 med medel från RCC (Regionalt Cancer Centrum). Vaccinationerna erbjöds i samarbete med elevhälsan i gymnasieskolornas lokaler av vaccinatörer från primärvårdens vaccinationsenhet. Vaccinationstäckningen för dos 1 uppnådde 58%. Dos två för samma målgrupp kommer att erbjudas under vårterminen.

Mycket glädjande så konstaterade Socialstyrelsen genom Cancerregistret att Gotland är en av tre regioner som bedöms ha utrotat livmodershalscancer. Färre än 4/100 000 invånare fick diagnosen under 2024 vilket är den nivå som WHO har angett för att sjukdomen ska klassas som ”utrotad som folkhälsoproblem”. Målet har nåtts tack vare screening med HPV-prov tillsammans med vaccination mot HPV som lett fram till den kraftiga minskningen av livmodershalscancer.

### **Identifiera och fasa ut lågvärdevård – Kloka kliniska val**

Genom att sluta göra det som inte skapar nytta för patienten kan vårdens begränsade resurser räcka till fler medicinskt motiverade insatser. Arbetet utgår från kloka kliniska val och handlar i korthet om att vården ska sluta erbjuda tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienterna, så kallad lågvärdevård, och istället använda metoder för diagnostik och behandling som har dokumenterad nytta för patienterna.

Arbetet sker idag nationellt inom många specialitetsföreningar och regionalt på flertalet kliniker. Målet är ett strukturerat förhållningssätt som kommer att integreras i Kunskapsstyrningen framöver.

## Personcentrerad vård

En handlingsplan har tagits fram under året för att tillse att personcentrerad vård definieras på ett likartat sätt i förvaltningen och blir ett förhållningssätt som genomsyrar arbetet.

## Löf Säker Sepsisvård

Under våren 2025 gjorde Löf (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) en granskning av sepsisvården på Visby Lasarett. Projektet Säker Sepsisvård genomförs i samarbete mellan professionella organisationer och nationella kvalitetsregister samt med ekonomiskt och administrativt stöd av Löf.

### Bakgrund och genomförande

Syftet med projektet är att minska morbiditet och mortalitet i sepsis genom att korta tid till korrekt diagnos och behandling.

Medarbetare på det granskade sjukhuset genomför självvärdering utifrån patientfall. Ett granskningsteam går därefter igenom självvärderingen, besöker sjukhuset och intervjuar personalen. Granskningsteamet lämnar sin samlade bedömning över styrkor och förbättringsområden till sjukhuset i en återföringsrapport. En överenskommelse om förbättringsåtgärder sluts och följs upp efter cirka 6 månader.

Syftet med granskningen är att den ska vara ett stöd för sjukhuset i arbetet med att höja kvalitén och säkerheten i omhändertagandet av sepsispatienter, inom befintliga resurser och förutsättningar.

### Sammanfattning

Visby lasarett är ett litet sjukhus och nyttjar fördelarna med detta, för att lösa dess stora utmaningar som kommer med att bland annat befinna sig på en ö. Det finns ett nära samarbete mellan enheterna och granskningsteamet uppfattar att personalen är både engagerade och lösningsorienterade. Generellt verkar personalen tycka att det är en positiv och stöttande kultur vid rådfrågning. Bland ytterligare styrkor nämns bra bakjoursstöd, att AT-läkarna erbjuds utbildning i sepsis, att den ombyggda akutmottagningen har fått ett isoleringsrum och att sköterskorna på akuten alternerar mellan medicin och kirurgi vilket ger en kunskapsöverföring mellan klinikerna.

Gällande sepsis har Visby lasarett en fungerande larmkedja för sepsis och har även aktivitetsplaner för sepsis, dock används de ej i full utsträckning på alla avdelningar.

NEWS2 används men har inte etablerats fullt ut på alla avdelningar vilket bör göras snarast. Det finns även ett stort behov av utbildning om sepsis, inom alla yrkeskategorier och alla enheter/kliniker, ända från vårdcentral till rehab.

Det framkommer även att det finns brister i kunskapen hos vårdpersonal om vikten av korrekt och snabb hantering av blododlingar efter att dessa är tagna.

Bland förbättringsområdena lyftes även att rutinen för ansträngt läge behöver utvecklas och omfatta andra åtgärder utöver att ringa in personal, så som att avsätta en person för att ta kontroller för att inte missa om någon blir dålig. Trots beslut kring vårdförlopp sepsis, sepsislarmsrutiner /aktivitetsmapp /E-sofa, NEWS2 och kvalitetsmåtsregistrering, så har det inte fullt ut fått genomslag och implementerats i alla led varför det finns behov av översyn och nytag kring implementeringen.

### Åtgärder och handlingsplan

Utifrån återföringsrapporten har en handlingsplan formulerats av sjukvårdens ledningsgrupp (SLG):

- NEWS2 ska breddinföras med start hösten 2025. Ansvarig enhet AnOpIVA.
- Infektionskliniken ska kartlägga verksamheternas utbildningsbehov och ta fram förslag på en verksamhetsanpassad utbildning i säker sepsisvård.

- Infektionskliniken tillsammans med medicinska sekreterare på akutmottagningen ska ta fram förslag och arbetsätt för att skapa struktur för korrekt diagnossättning och uppföljning av sepsislarm.
- Infektionskliniken och akutmottagningen ska arbeta för att samtliga berörda verksamheter säkerställer tidig kontakt med infektionsbakjour vid alla sepsispatienter.
- Mikrobiologen åtar sig att erbjuda utbildning till alla enheter om korrekt hantering av blododlingar.
- Chefläkare och chefssjuksköterska tillsammans med patientsäkerhetssamordnare och verksamhetschefer arbetar för en god patientsäkerhetskultur där avvikelsetarbete ingår som en självklar del.

## 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.



## Gröna korset

Metoden Gröna korset infördes i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamheter för att tillse en avsatt tid och en plattform för patientnära dialog kring patientsäkerhet.

Avstämningar enligt Gröna korset innebär att arbetsgruppen samlas för att diskutera patientsäkerhet och fånga eventuella risker, tillbud eller negativa händelser under arbetspasset. Dialogen ska leda till att inträffade händelser rapporteras och analyseras vidare i avvikelssystemet. Dialogen syftar även till ökad förståelse för patientsäkerhetsrisker på den egna enheten och att inkludera samtliga medarbetare i enhetens förbättringsarbete.

För att stödja enheterna med att införa och utveckla metoden har det under året genomförts två grundutbildningar i metodiken.

Under 2025 har två självskattningar genomförts. Vid den senaste mätningen i december rapporterade 42 av 58 verksamheter att Gröna Korset utgör en naturlig del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete, vilket motsvarar ca 72%. Sex verksamheter uppgav att förberedelser och planering pågår för att återuppta eller påbörja arbetet med Gröna Korset och sju verksamheter uppgav att de inte använder Gröna Korset. Enstaka enheter har haft utmaningar med att hitta formerna för avstämningar, eller har tappat strukturen på grund av chefsbyte eller andra utmaningar på enheten. Arbete pågår för att återinföra eller starta upp Gröna Korset på dessa enheter.

Enligt självskattningen inkluderade 31% av enheterna patienterna i arbetet, varför metoden också har bidragit till att öka patientmedverkan i vården.

Utbildning i metoden erbjuds en gång per termin och efter behov till de enheter som behöver stöd. Utmaningarna är fortsatt uthållighet från cheferna att vidmakthålla metoden och tillse ett schema som möjliggör högt deltagande för samtliga yrkesgrupper.

## Riskhantering

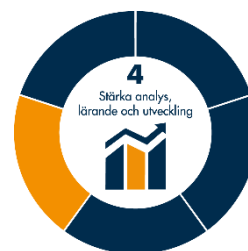
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

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

Risicanalyser ska ske verksamhetsnära och genomförs i stor utsträckning, men upplevelsen är att i vissa fall har risicanalysen skett sent i förloppet när det kan uppfattas som om alla viktiga beslut redan är klara och inte går att påverka. Det är angeläget att en risicanalys även tydliggör de möjligheter som en förändring kan innebära både utifrån ett arbetsmiljöperspektiv såväl som patientsäkerhet. Det finns ett behov av att tydliggöra hur patientsäkerheten beaktas i arbetet med risicanalyser.

## 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.

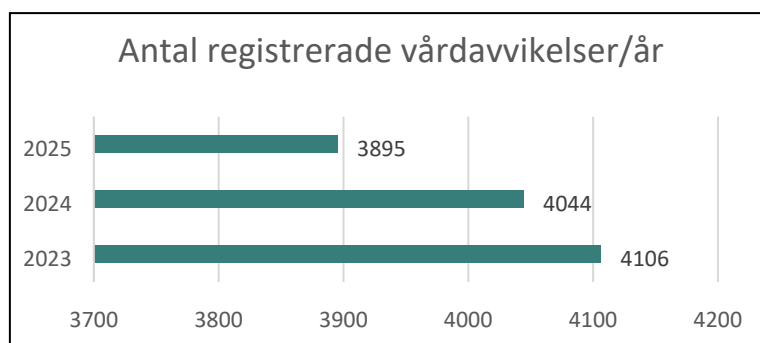


## Vårdavvikelser

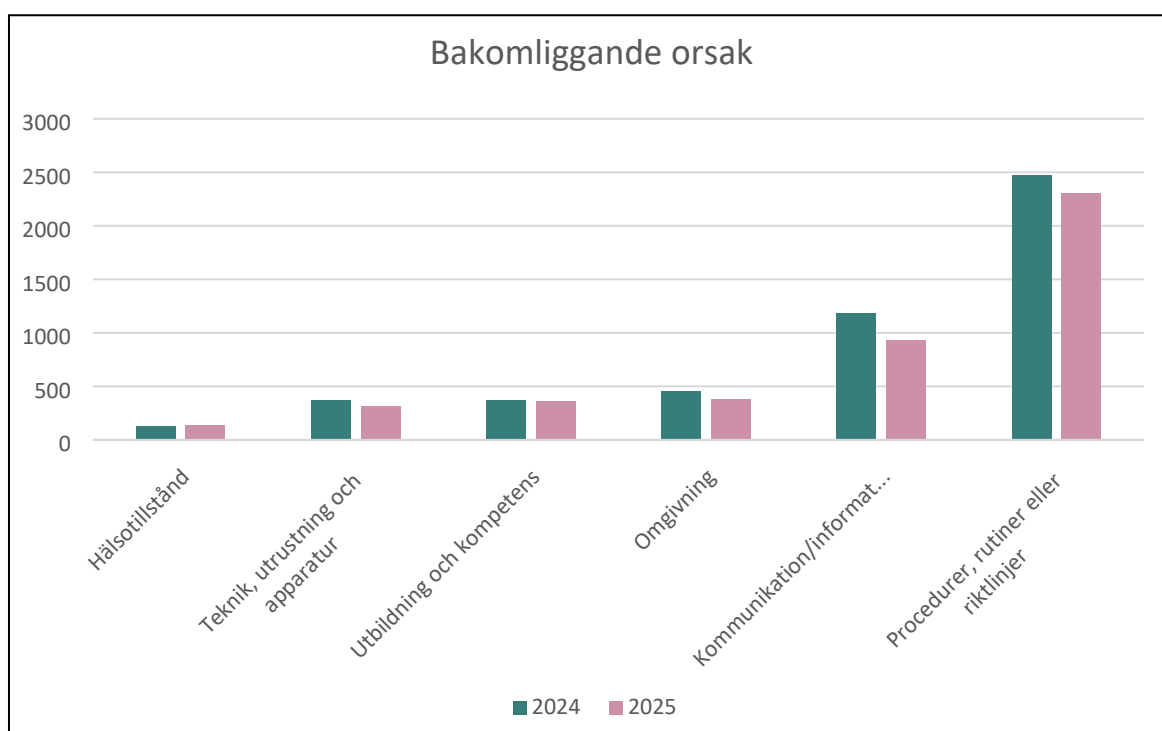
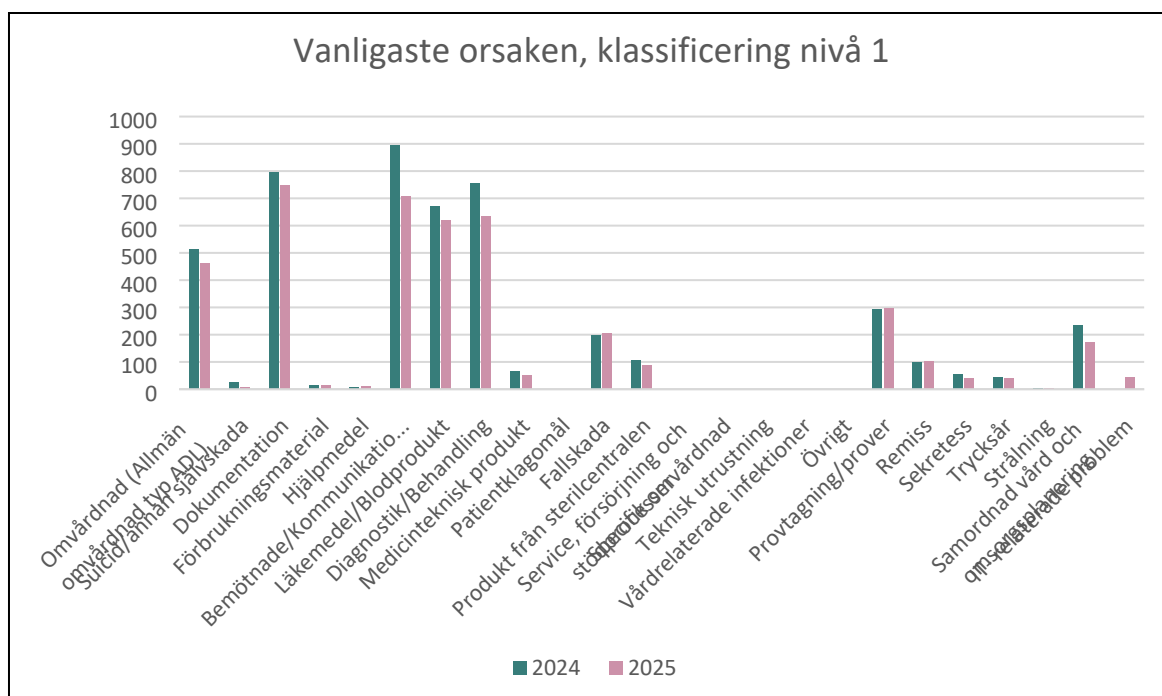
*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Region Gotland hanterar alla avvikelser som rör Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i avvikelssystemet Flexite. I introduktionen av nya medarbetare ska det ingå information om skyldigheten att rapportera risker och inträffade händelser. Som stöd finns en film för att informera om hur rapporter görs i systemet Flexite.

Under 2025 rapporterades 3895 avvikelser i Flexite. Antalet rapporterade avvikelser har minskat marginellt jämfört med 2024. Sedan Gröna Korset infördes 2020 sågs en markant ökning av antalet avvikelser och antalet rapporterade avvikelser är fortsatt på samma nivå, vilket speglar ett aktivt patientsäkerhetsarbete inom förvaltningen.



De vanligaste orsakerna till att en avvikelse skrivs är fortsatt brister i ”Dokumentation”, ”Bemötande och kommunikation” samt ”Diagnostik och behandling”. Även avvikelser som rör ”Läkemedel” fortsätter att ligga högt. De bakomliggande orsakerna till att det uppstår en risk eller inträffat en händelse är att man inte har följt procedurer, rutiner och riktlinjer följt av kommunikation och information.



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården. Resultaten används för att identifiera förbättringsområden inom verksamheterna för att minska risken för återupprepning och öka patientsäkerheten.

### Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedriver en bred verksamhet vilket även speglas i de synpunkter som inkommer. Kännedom om att något har inträffat är av stort värde för vården. Inkomna synpunkter ger lärdomar som kan leda till förbättringsförslag.

Synpunktens innehåll varierar stort. De är i vissa fall utförligt beskrivna och berör en specifik händelse och upplevelse men i andra fall av mer övergripande och allmän karaktär.

Det finns fler kontaktvägar för att lämna synpunkter. En medborgare kan ta direktkontakt med sin vårdgivare, ge synpunkter via 1177Direkt eller använda sig av hemsidans e-tjänst ”Lämna dina synpunkter”. Patienter som upplever svårigheter med att få kontakt med vården eller som önskar stöd med att uttrycka sig kan framföra klagomål och synpunkter på vården med stöd av Patientnämnden (PAN). Det går också att framföra ett klagomål direkt till IVO.

Statistik avseende inkomna synpunkter redovisas i Verksamhetsberättelsen 2025.

### Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Patienter och närstående kan framföra klagomål på vården direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2025 har 3 ärenden inkommit via IVO.

### Ärenden som inkommit via patientnämnden (PAN)

Under 2025 inkom 314 klagomål som rör hälso- och sjukvårdsnämnden. Det är en liten minskning med 6 ärenden (2%) jämfört med 2024. Under 2025 har 6 patienter med tvångsvård fått en stödperson. Patientnämnden har begärt totalt 244 yttranden med svarsdatum under 2025, inklusive begäran om kompletterande yttranden (se nedan för detaljerad statistik). Utav dem har 147 ärenden besvarats inom utsatt tid (61%). Svarstiderna har försämrats under 2025 jämfört med 2024 då 71% av yttrandena inkom i tid. Under samma period (3 december 2024 – 27 november 2025) inkom 322 stycken, varav yttranden begärdes i 201 ärenden vilket motsvarar 62% av inkomna ärenden.

**Tabell över begärda yttranden med svarstid under 2025 respektive vårdens svarstid för yttranden. Medeltal anges inom parentes.**

	2025	2024
Antal begärda yttranden	242	212
Yttranden inkomna i tid	147	150
Yttranden upp till 14 dagar försenade	49 (7)	17 (10)
Yttranden försenade mer än 14 dagar	38 (49)*	37 (32)
Försenade/ej besvarade yttranden (vid årsskiftet)	7	3

\*Utav dessa var 13 yttranden mer än 30 dagar försenade. 3 yttranden har varit mellan 4-5 månader försenade.



### 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.

Den allt osäkrare omvärlden med krig i Europa och påverkan på viktig infrastruktur har påvisat behovet av att uppnå förflyttningar avseende verksamheternas riskmedvetenhet och beredskap för störningar. HSF Beredskap organiserar regelbundet utbildning och övning på alla nivåer inom organisationen. Alla medarbetare ska delta i grundkurs för katastrofmedicinsk beredskap som genomförs av HSF Beredskap. Varje verksamhet ansvarar för att rutiner vid driftstörningar, så som IT, läkemedel, material, värmebölja, är kända och används.

Arbetet med att stärka den katastrofmedicinska beredskapen planeras och följs upp via enheten HSF Beredskap och beskrivs utförligare i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsberättelse för 2025.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

En ny regional handlingsplan för patientsäkerhet för 2026 – 2028 har tagits fram. Ambitionen är att handlingsplanen ska vara ett stöd för verksamheterna i det fortsatta arbetet med patientsäkerhet. Handlingsplanen beskriver det önskade läget, mätbara resultat och lyfter fram aktiviteter för att uppnå önskvärd förflyttning.

Införandet av det nya avvikelssystemet kommer ske under 2026. Systemet innebär en modernisering och kommer ge bättre förutsättningar för struktur och handläggning av inrapporterade avvikelser. Förhoppningen är att det ska förenkla avvikelseprocessen och förtydliga riskområden genom lättillgänglig statistik.

Arbete pågår för att implementera en HSE-enkät (Hållbart säkerhetsengagemang) under 2026 för att mäta organisationens patientsäkerhetskultur.

Från och med 2024 genomförs inga nationella punktprevalensmätningar (PPM) inom trycksår, BHK och vårdrelaterade infektioner via Sveriges kommuner och regioner (SKR). Under 2024 genomfördes Fokusveckor inom slutenvården med journalgranskning av samtliga inneliggande patienter avseende venösa infarter, säker läkemedelshantering, fall och fallriskprevention, nutrition och nutritionsomhändertagande, trycksår och förebyggande trycksårsintervention. För att följa omvårdnadsindikatorer har ett samarbete med E-hälsa/MIT påbörjats. Under 2026 är ambitionen att slutenvårdsavdelningarna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska kunna få ta del av data från automatiserade journaluttag och på så sätt följa sin utveckling inom omvårdnadsområdet.

Under 2026 kommer mätningarna avseende BHK att struktureras om. Syftet är att uppnå högre detaljnivå i mätningarna och därmed synliggöra åtgärder som behöver vidtas. En god följsamhet till BHK är en grund för ett patientsäkert arbete. Det är angeläget att alla enheter genomför mätningarna och rapporterar in sina resultat. För att förbättra efterlevnaden är fokus för arbetet att involvera chefer tillsammans med hygienombud.