

Patientsäkerhetsberättelse för Region Uppsala 2025



Datum: 2026-02-27

Ansvarig för innehållet:

Patientsäkerhetsteamet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Ann-Sofie Geschwindt, patientsäkerhetsstrateg.

Charlotta Nelsson, regionchefläkare.

Lise Llerena, utredare.

Marielle Falk, utredare.

Diarienummer: RK2026-00081

Innehåll

Inledning och sammanfattning	5
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	9
Informationssäkerhet	10
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur	12
Arbetsätt för att en god säkerhetskultur ska genomsyra vården	12
Kopplingen arbetsmiljö och patientsäkerhet	13
Hållbart medarbetarengagemang (HME) och hållbart säkerhetsengagemang (HSE)	13
Adekvat kunskap och kompetens	14
Ledarskap och kompetens	14
Kompetensöverföring och kompetensutveckling	15
Kompetensförsörjning	16
Bemanning och schemaläggning	16
Patienten som medskapare	17
Patientrapporterade mått	18
Prioriterade fokusområden:	20
Fokusområde 1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Utredning av händelser – vårdskador	21
Avvikelser	21
Händelseanalys	21
Lex Maria	22
Lärande	23
Vårdprevention	23
Trycksår	24
Fall och fallprevention	27
Nutrition	29
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	31
Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer	32

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	33
Suicidpreventivt arbete	34
Antibiotikaförskrivning	34
Säker läkemedelshantering	35
Fokusområde 3 – Säker vård här och nu	36
Riskhantering	36
Överbeläggningar och utlokaliseringar	37
Försäkringsmedicin	38
Medicinsk teknik	38
Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling	39
Avvikelser	39
Avvikelser i samverkan	43
Synpunkter och klagomål	43
Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg	45
Patientnämnden	45
Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap	47
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	49
Bilaga, 1 Egenkontroll	50

Inledning och sammanfattning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024" (Socialstyrelsen, 2021)

Patientsäkerhet är en prioriterad fråga inom Region Uppsala och målet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. Patientsäkerhetsarbetet omfattar hela vårdkedjan och bygger på engagerad ledning, en stark säkerhetskultur, tillförlitliga system och ett kontinuerligt lärande. Arbetet bedrivs systematiskt och långsiktigt i linje med nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och regionens egna styrande dokument.

Ett av fokusområdena i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2025 har varit aktiviteter i syfte att stärka säkerhetskulturen. Detta har skett i olika forum, från tertialvisa verksamhetsdialoger till chefsintroduktioner och ledningens genomgång. Under 2025 har kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet stärkts genom gemensamma insatser mellan HR och patientsäkerhetsfunktionerna. Säkerhetskulturen följs årligen via HME/HSE, där HSE-index ligger stabilt på regionsövergripandenivå men varierar mellan verksamheter, vilket motiverar riktade stödinsatser.

År 2025 ökade antalet rapporterade avvikelser, vilket ses som tecken på ett öppet säkerhetsklimat och viljan att lära av inträffade händelser.

Det vårdpreventiva arbetet har gett tydliga resultat under 2025. Andelen sjukhusförvärvade trycksår har fortsatt att minska inom samtliga förvaltningar och riskbedömningar för trycksår, fall och nutrition har ökat. Samtidigt når inte alla verksamheter målvärden för dokumenterade

åtgärder, vilket pekar på behov av fortsatt fokus på dokumentation, uppföljning och kompetensstöd.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är fortsatt den vanligaste vårdskadan. På grund av tekniska brister har inte VRI kunnat följas enligt tidigare modell för uppföljning. Ett viktigt steg framåt är starten av ett regionsövergripande arbete med automatiserad, algoritmbaserad övervakning av VRI, vilket skapar bättre förutsättningar för det proaktiva arbetet.

Utveckling av kvalitetsledningssystem, förbättrad produktions- och kapacitetsstyrning samt insatser för säkrare vårdövergångar har fortsatt under året. Samverkan med länets kommuner, särskilt kring utskrivningsprocesser och informationsöverföring, är en central del i detta arbete.

Resultat från Nationell Patientenkät visar generellt goda resultat i jämförelse med riket och det ses även förbättringar över tid. Samtidigt finns utvecklingsbehov när det gäller förutsättningar för patient- och närståendemedverkan på olika nivåer.

Sammanfattningsvis visar 2025 års patientsäkerhetsarbete på flera positiva resultat.

I denna patientsäkerhetsberättelse kan du bland annat läsa om:

- Hur vi arbetar ur ett organisatoriskt perspektiv med patientsäkerhet.
- Hur vi identifierar och hanterar vårdskador och följer upp patientsäkerhetsarbetet i organisationen.
- Resultat som uppnåtts inom de olika patientsäkerhetsområdena.
- Hur våra patienter bidragit till ökad patientsäkerhet genom patientrapporterade mått.
- Hur vi vill arbeta vidare kommande år med patientsäkerhet i Region Uppsala.

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. [Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030](#)

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 §

Mål 2025

[Patientsäkerhet - Handlingsplan 2022–2025.](#)

Strategier för patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet i Region Uppsala utgår från två styrande dokument; Region Uppsalas patientsäkerhetsstrategi (2021) samt Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet (2022). Båda dokumenten ska stödja en utveckling av patientsäkerhetsarbetet såväl på övergripande nivå som på verksamhetsnivå. Det strategiska arbetet drivs genom lokal samverkansgrupp (LSG) Patientsäkerhet och tillhörande lokala arbetsgrupper (LAG).

Organisation och ansvar

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

Ansvar och engagemang för patientsäkerhetsarbete gäller alla nivåer i organisationen: region, förvaltning och verksamhet. Ledningen sätter mål, följer upp resultat och ger återkoppling. Patienter och anhöriga vara informerade och involverade. Patientsäkerhetskulturen ska präglas av öppenhet och användning av systematiska metoder och verktyg.

Regionfullmäktige beslutar inriktningen för Region Uppsalas verksamhet inom hälso- och sjukvård. Regionstyrelsen leder och samordnar arbetet inom Region Uppsala. Sjukhusstyrelsen ansvarar för verksamheten vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping samt avtalsreglerad specialistvård. Vårdstyrelsen ansvarar för Nära vård och hälsa, Folktandvården, samt avtalsreglerad primärvård, närvård, mobil hälso- och sjukvård, habilitering och tandvård. Organisationsskiss över den [Politiska organisationen \(regionuppsala\)](#).

Varje nämnd har en förvaltning som stödjer dem och verkställer beslut. Regiondirektören samordnar förvaltningschefernas arbete. Ledningskontoret har rollen att styra, stödja och samordna Region Uppsalas verksamheter enligt mål och uppdrag från regionfullmäktige och andra nämnder. Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD) har ett funktionsansvar för frågor som rör vårdens kvalitet och patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsarbetet är organiserat inom alla förvaltningar med chefläkare alternativt cheftandläkare, kvalitet- och patientsäkerhetssamordnare, och verksamhetsutvecklare. Förvaltningsdirektörerna har det övergripande ansvaret för att leda och följa upp arbetet. Chefläkare och cheftandläkare utvecklar säkerhet och kvalitet samt ansvarar för lex Maria-ärenden till IVO.

Förvaltningarna är organiserade på olika sätt, med olika chefsroller på olika nivåer. För alla verksamhetschefer inom vården gäller dock att de ansvarar för patientsäkerheten inom sin verksamhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal spelar en viktig roll i att upprätthålla hög patientsäkerhet. För att säkerställa detta ska personalen rapportera risker för vårdskador samt incidenter som har lett till eller skulle kunna leda till en vårdskada till vårdgivaren. Dessutom förväntas alla medarbetare aktivt delta i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Övriga funktioner:

Smittskydd är en länsövergripande myndighet som leder smittskyddsarbetet i länet. [Smittskydd i Uppsala län \(regionuppsala.se\)](#).

Strama arbetar för rationell användning av antibiotika och minskad antibiotikaresistens [Strama Region Uppsala \(regionuppsala.se\)](#).

Vårdhygien har ett länsövergripande uppdrag som omfattar all hälso- och sjukvård och tandvård oavsett utförare. [Vårdhygien \(regionuppsala.se\)](#).

Säkerhet och beredskap stödjer regionledningen och förvaltningarna. Arbetet omfattar att hantera oönskade händelser, säkerställa beredskap och öka riskmedvetenheten. [Säkerhet och beredskap \(regionuppsala.se\)](#).

Patientnämnden hjälper patienter att framföra sina synpunkter på vården och få svar. [Patientnämnden \(regionuppsala.se\)](#).

Läkemedelskommittén i Region Uppsala arbetar på uppdrag av Regionstyrelsen. [Läkemedelskommittén \(regionuppsala.se\)](#).

Samverkansgrupper: HSVO (Hälsa, stöd, vård och omsorg) är en samverkansorganisation mellan regionen och länets kommuner för att stimulera till och underlätta aktiv samverkan och dialog på politisk och tjänsteledningsnivå.

[Hälsa, stöd, vård och omsorg HSVO \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/halsa-stod-vard-och-omsorg-hsvo).

Patientsäkerhetsgruppen består av representanter från länets kommuner samt Region Uppsalas förvaltningar och arbetar med patientsäkerhetsfrågor i vårdens övergångar, på uppdrag av TL HSVO.

Patientsäkerhetsarbetet inom det nationella systemet för kunskapsstyrning i regionen drivs av den lokala samverkansgruppen (LSG) för patientsäkerhet med representanter från vårdförvaltningar och kommuner.

År 2025 fanns fyra LAG kopplade till LSG. Efter sommaren pausades LAG VRI och antibiotikaresistens, medan Fall, Nutrition och Trycksår slogs ihop till LAG Trycksår, fall och nutrition med tre utskott. LAG arbetar för LSG och föreslår förbättringar för patientsäkerhet och arbetssätt i vården. [Kunskapsstyrning i Region Uppsala \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/kunskapsstyrning-i-region-uppsala).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Region Uppsala och kommunerna samarbetar för att förebygga vårdskador genom forumet Hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). HSVO beslutar om länsgemensamma överenskommelser och arbetssätt, vilka formuleras i samverkansdokument, Vård i samverkan (ViS)-dokument. HSVO ger också uppdrag till arbetsgrupper som GAP-UL (gemensam analysgrupp för samverkansprocesser) och Patientsäkerhetsgruppen, där fokus ligger på utskrivningsprocessen respektive patientsäkerhetsrisker i vårdens övergångar.

Folktandvården samverkar med kommunerna för att stärka munhälsan genom förebyggande insatser, bland annat daglig tandborstning med fluor i förskolor i socioekonomiskt utsatta områden samt [basprofylax](#) i alla skolor.

Inom äldreomsorgen har samarbetet stärkts genom fler utbildningar för sjuksköterskor och insatser som fluoridsköljning på flera dagliga verksamheter i Uppsala. Folktandvården deltar i livsstilsprogrammet Hjärngreppet genom föreläsningar som ska hjälpa äldre att behålla en god munhälsa. Personal vid Anhörigcentrum får utbildning så att de kan sprida kunskap vidare till anhöriga till sjuka personer.

Folktandvården ansvarar även för munhälsobedömningar för personer med intyg för nödvändig tandvård och ska utbilda personal inom särskilt boende, hemtjänst och LSS, men intresset för dessa utbildningar är fortfarande lågt.

Samarbetet mellan Nära vård och hälsa, Akademiska sjukhuset och Uppsala kommun har utvecklats både inom palliativ vård och genom en gemensam flödespromenad, som gav ökad förståelse för hur lokaler, arbetssätt, rutiner och kommunikation påverkar patientens trygghet och upplevelse av vården.

Närvårdsavdelningarna (NÄVA) och det mobila närvårdsteamet samarbetar löpande med kommunerna, bland annat genom återkommande veckovisa ronder med hemsjukvården och särskilda boenden.

Arbetet med utskrivningsprocessen har lett till kortare tid mellan utskrivningsklar och faktisk utskrivning, vilket minskar risken för onödigt långa sjukhusvistelser.

Lokala analysgrupper i länets kommuner har stärkt samverkan ytterligare och bidragit till mer effektivt arbete i utskrivnings- och samverkansprocesserna. Dessa grupper har lett till bättre samarbete och mer effektiva arbetssätt. Även inom rehabilitering har samarbetet utvecklats genom ett nytt gemensamt arbete mellan Rehabenheten vid Lasarettet i Enköping och kommunrehabiliteringen i Enköping, Håbo och Heby, med fokus på överlämningar, dialog och kommunikation via Cosmic Link.

Den dagliga kontakten mellan kommun och sjukhus via Cosmic Link bidrar till snabb och strukturerad informationsdelning och samordnad individuell planering, SIP, används för att säkerställa att alla aktörer arbetar utifrån samma plan. Dessutom har Vid närvårdsavdelningarna i Uppsala län har möjligheten att använda akutmottagningens akutliggare prövats för att tidigt kunna identifiera patienter som skulle kunna ha nytta av vård på NÄVA.

Informationssäkerhet

Region Uppsala granskade sin informations- och it-säkerhet 2025. Egenkontroller visade god nivå men behov av förbättring inom behörighet och lösenord kvarstår. Cybersäkerhetskollen visar framsteg från tidigare år, men full lagefterlevnad har ännu inte nåtts.

Informationssäkerhetsrisker inkluderades i sju av åtta förvaltningars riskanalyser 2025, jämfört med två tidigare år. Riskanalysernas kvalitet har förbättrats, särskilt genom bättre och mindre godtycklig bedömning. Bland objekten med direkt eller indirekt påverkan på patientsäkerheten fanns flera teman, så som behörigheter, förvanskning av information, sårbarheter och beroenden i leverantörskedjan samt brister i tillgänglighet.

Cybersäkerhetskollen visade att regionen saknar grundläggande rutiner för säkerhetstestning, granskning, konfigurerings och uppföljning av digitala leveranskedjor, vilket innebär en ökad risk för obehörig åtkomst till patientuppgifter. Flera frågor i egenkontrollerna rör skydd mot olovlig åtkomst, och i riskanalyserna lyfts mer specifika risker kopplade till detta.

Sammantaget visar rapporten på att Region Uppsala har en relativt god informations- och it-säkerhet, men också tydliga förbättringsbehov särskilt inom behörighets- och lösenordshantering. Vissa brister bedöms innebära höga risker för olovlig åtkomst till sekretessbelagda patientuppgifter, exempelvis i system utan stark autentisering och logging, såsom regionens avvikelshanteringssystem.

Under året förbättrades det systematiska informations- och IT-säkerhetsarbetet. Styrdokument reviderades, incidenthanteringen blev bättre, multifaktorsautentisering infördes i Cosmic, och en ny obligatorisk utbildning lanserades. Region Uppsala ska enligt lag

regelbundet kontrollera att journalföringen sköts korrekt. För närvarande görs ingen systematisk granskning av hur personalen dokumenterar, men loggkontroller och medicinska kvalitetsgranskningar sker regelbundet.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Medicinsk fysik vid Akademiska sjukhuset har som uppdrag att tillse att verksamhet med joniserande strålning inom Region Uppsala bedrivs i enlighet med strålskyddslagen (2018:396), strålskyddsförordningen (2018:506) samt tillämpliga föreskrifter från Strålsäkerhetsmyndigheten. Under 2025 har fokus legat på fortsatt styrning och ledning av strålsäkerhetsarbetet via ledningssystemet för strålsäkerhet.

Region Uppsala har ett program för internrevision inom strålsäkerhet, där verksamheten granskas (ofta i samarbete med Universitetssjukhuset i Örebro). Resultatet används för att ta fram handlingsplaner för att åtgärda identifierade brister. Internrevision av handhavandebildningen (körkort) på Bild- och funktionsmedicinskt centrum (BFC) har genomförts. Det har lett till att internutbildningen för röntgenutrustning återupptagits.

Dokumentation för egenutvecklad mjukvara för dosimetri har skrivits enligt regelverk för medicintekniska produkter (Medical Device Regulation). Dokumentationen säkerställer mjukvarans kvalitet och innehåller bland annat en riskanalys, detaljer om validering vid uppdateringar samt information om utbildning av användare.

För att säkerställa hög patientstrålsäkerhet görs kontinuerlig kvalitetssäkring av utrustning för undersökningar och behandling, kontroll av patientdata och utveckling av metoder, optimering av undersökningar och metoder samt intern och extern granskning av rutiner.

En organisation för magnetresonanstomografi (MR)-säkerhet har etablerats i samarbete med BFC. Arbetssättet kring MR-säkerhet har blivit mer strukturerat och harmoniserar bättre med nationella rekommendationer.

Metodutveckling, kvalitetssäkring och optimering gör det möjligt att minska säkerhetsmarginaler vid MRL-behandling av prostata (en integrerad Linac, linjäraccelerator, med en MR-kamera) vilket möjliggör att man anpassar strålfältet efter storlek och organrörelser för att skona känsliga organ. Detta minskar stråldosen utanför målområdet och kommer minska risken för handhavande- och undersökningsfel av patienterna på BFC.

Arbetet med kvalitetssäkring, metodutveckling och revision av rutiner ger kliniska samarbetspartner möjlighet att erbjuda en säker vård.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för att kunna ge en trygg och säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



En god säkerhetskultur i hälso- och sjukvården kräver medvetenhet hos alla om risker och en öppen dialog om patientsäkerhet. Högsta ledningen måste prioritera detta arbete som kräver tydlighet och uthållighet, och behöver vara både långsiktigt och synligt.

Arbetssätt för att en god säkerhetskultur ska genomsyra vården

Region Uppsala arbetar systematiskt och långsiktigt för att säkerhetskulturen ska vara en självklar och integrerad del av vårdens vardag. Arbetet följs upp på flera nivåer genom tertialgenomgångar, verksamhetsdialoger och chefsintroduktioner. Inom Nära vård och hälsa redovisar verksamhetsområdeschefer genomförda insatser, centrala utmaningar och hur riskidentifiering, lärande och förbättring sker i det dagliga arbetet. Särskilt fokus läggs på att skapa tid för reflektion och att tydliggöra sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet i ledning och styrning.

Säkerhetskultur är ett återkommande tema i patientsäkerhets- och verksamhetsdialoger ute i verksamheterna. Dialogerna används för att identifiera risker, följa upp kvalitet, lyfta förbättringsområden och sprida goda exempel. Resultaten sammanställs och utgör underlag för fortsatt utveckling, tillsammans med arbetssättet ledningens genomgång som bidrar till att hålla säkerhetsfrågorna levande på både strategisk och operativ nivå.

Fler exempel på arbetssätt och verktyg för att stärka en god säkerhetskultur:

- Användning av Teamtempen som verktyg för strukturerad dialog, feedback och gemensamt ansvar i teamen.
- Aktiv avvikelshantering för lärande och förebyggande arbete, inklusive riktat stöd vid låg rapporteringsgrad.
- Genomförande av riskanalyser vid större förändringar med fokus på både patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- Användning av Säkerhetskulturtrappan 2.0 på övergripande nivå i ledningsgrupper samt på verksamhetsnivå.
- Genomförande av workshops för chefer och utbildningar i psykologisk säkerhet för att främja ett öppet och tryggt klimat.

Kopplingen arbetsmiljö och patientsäkerhet

För att stärka förståelsen för sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har regionövergripande föreläsningar genomförts och intranätmaterial tagits fram i samarbete mellan HR Arbetsmiljö och hälsa, Hälso- och sjukvårdsavdelningen samt stödfunktioner.

Under 2025 låg fokus på medarbetarundersökningen, där analys av samband mellan arbetsmiljö, HSE och HME resulterade i nytt stödmaterial för verksamheternas arbete. Resultaten publiceras 2026. Insatserna har lagt en grund för fortsatt utveckling, med prioritet att fortsatt stärka samarbetet och stödja med verktyg och arbetssätt för att utveckla säkerhetskulturen

Hållbart medarbetarengagemang (HME) och hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

För att följa och stärka säkerhetskulturen genomförs årligen medarbetarenkäter som mäter hållbart medarbetarengagemang (HME) och hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Enkäterna fokuserar på motivation, ledarskap, styrning och patientsäkerhetskultur och ger en temperaturmätning av upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen och ett underlag för dialog.

Antalet mottagare av medarbetarundersökningen ökade med 1083 personer mellan 2023 och 2025, vilket resulterade i att 1044 fler svarade på HSE-frågorna 2025 jämfört med 2023. Trots ökningen av mottagare och svarande har svarsfrekvensen för HSE-frågorna legat stabilt på 75–76 % under hela perioden.

Tabell 1. Övergripande resultat HME och HSE-index 2022–2025.

HME och HSE index	2024		2025	
	HME	HSE	HME	HSE
Region Uppsala	73	75	74	75
Akademiska sjukhuset	72	74	73	74
Folktandvården	77	82	78	82
Lasarettet i Enköping	75	77	76	77
Nära vård och hälsa	74	75	76	77

Förbättrat resultat

Källa: Graterate.

Analys: Regionövergripande är HSE-index oförändrat sedan 2023 (RU 75). Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping ligger kvar på samma nivåer som 2023 (AS 74 och LE 77). Folk tandvården har fortsatt högt och oförändrat resultat (FTV 82) medan Nära vård och hälsa har ökat med två enheter sedan föregående år till HSE-index 77.

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.

En god kompetensförsörjning innebär att på såväl kort som lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens.



Kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver förutsättningar för att kunna utföra ett gott arbete med hög arbetsmotivation och behöver ges möjlighet till reflektion i det dagliga arbetet.

Ledarskap och kompetens

Under 2025 har Region Uppsala arbetat brett och långsiktigt med att stärka chefers och medarbetares kompetens, utveckla organisationens ledarskap och skapa bättre förutsättningar för trygg och säker vård.

För att säkerställa en trygg hälso- och sjukvård samt tandvård, krävs kompetens inom patientsäkerhet på alla nivåer, från högsta ledning till medarbetare i den patientnära vården. Region Uppsala använder Socialstyrelsen e-utbildning *Säker vård* som en grundutbildning i patientsäkerhet. En regionintern utbildning i kvalitét- och patientsäkerhet riktar sig till chefer och ledare inom hälso- och sjukvårdsverksamheter och syftar till att stärka ledarskapet och öka kunskaper inom patientsäkerhet och förbättringsarbete.

Ledarskapsakademin erbjuder utbildningar för chefer i hela regionen-som syftar till att stärka ledarskapet och skapa en mer enhetlig ledarskapskultur. Flera specifika program har genomförts, bland annat det *Operativa chefsprogrammet* och utbildningen *Leda utan att vara chef*. Intresset för utvecklingsprogrammet *Morgondagens ledare* är rekordhøgt inför 2026.

Under 2026 fortsätter arbetet med att tydliggöra chefsuppdraget i Region Uppsala. Flera förvaltningar, såsom Nära vård och hälsa och Folk tandvården, driver egna insatser för att stärka chefers arbetsmiljö, ge stöd i personalfrågor och erbjuda workshops inom exempelvis

rehabilitering och arbetsanpassning. Akademiska sjukhuset har under året lanserat chefsworkshops och genomfört riktade utvecklingsinsatser inom Akademiska laboratoriet.

Kompetensöverföring och kompetensutveckling

Under 2025 genomfördes ett omfattande arbete i Region Uppsala för att stärka kompetensen och säkerställa att den används på rätt sätt i verksamheterna. Nya introduktionsprogram för både chefer och nyanställda infördes med obligatoriska moment om patientsäkerhet.

Kunskap om patientsäkerhet och yrkeskompetens säkerställs också genom kompetensöverföring. Förutsättningar för handledning, stöd från erfarna kollegor samt kollegialt lärande är viktiga, och tid behöver schemaläggas. Kompetensutvecklingen förstärks genom professionella nätverk och riktade utbildningsdagar för bland annat hygienombud, äldrekoordinatorer, läkare, sjuksköterskor och professioner inom rehabilitering.

Inom vårdhygien har omfattande utbildningsinsatser genomförts genom e-kurser och ett nytt obligatoriskt kurspaket med tydligare uppföljning. Kunskapsspridningen har stärkts via Regional patientsäkerhetsdag samt satsningar inom bland annat VäntaBarnSäkert och läkemedelssäkerhet. Utbildningar för erfarna undersköterskor och fortsatt utveckling av det kliniska utvecklingsåret för nyexaminerade sjuksköterskor har genomförts. Flera verksamheter har även tydliggjort roller och ansvar inom patientsäkerhet, bland annat genom patientsäkerhetsgrupper på Barnsjukhuset.

Exempel på särskilda stöd- och utbildningsinsatser:

- Reflekterande yrkesvägshandledning för nyexaminerade sjuksköterskor.
- Klinisk utbildningsvecka (KULE) för all nyanställd vårdpersonal.
- Handledning för läkare inom SVAS-projektet (Samtal vid allvarig sjukdom).
- Handledning för personal inom Lasaretsansluten hemsjukvård.
- För läkare under utbildning finns handledare och ST-läkare bedöms regelbundet.

Folktandvården arbetar med strukturerad kompetensöverföring genom ett yrkesövergripande adeptprogram med schemalagd handledning. Regelbundna terapimöten, fysiska och digitala visningar samt månatliga webbföreläsningar stärker kunskapsutbytet mellan allmän- och specialisttandvård. Under 2025 har bland annat pedodonti, orofacial medicin, riskgruppering och debiteringsregler behandlats.

Andra exempel på kompetensöverföring är:

- interprofessionella simuleringar på akutmottagningen och under introduktionsutbildningen, i samband med uppföljning av avvikelser/händelseanalyser och lex Maria ärenden.
- Case Coffee, där läkarna träffas varje vecka för att gemensamt diskutera svåra eller komplexa patientfall. Syftet är att dela erfarenheter, öka medvetenheten och reflektera kring alternativa bedömningar, vilket skapar ett värdefullt kollegialt lärande.
- Feedbackronder, där röntgenläkare varje vecka går igenom hur röntgenbilder har bedömts, både egna och från andra förvaltningar. Fokus ligger på att säkerställa en

gemensam och enhetlig bedömning samt att skapa lärandetillfällen, särskilt för nya röntgenläkare. I nuläget sker kompetensöverföringen mellan läkarna, men det finns en ambition att även inkludera röntgensjuksköterskor framöver.

Parallellt har regionen arbetat med att säkerställa att den ökade kompetensen tas tillvara på ett effektivt sätt. Flera verksamheter har utvecklat nya arbetssätt med stöd av digital teknik. Ett tydligt exempel är jourmottagningarna inom Nära vård och hälsa, där digitala lösningar gör det möjligt för läkare att ge stöd på distans – något som bidrar till ett mer effektivt och patientsäkert arbetssätt.

Sammantaget skapas en långsiktig och systematisk modell för att utveckla och vidmakthålla kompetens och patientsäkerhet.

Kompetensförsörjning

Region Uppsala har under året stärkt sitt arbete med kompetensförsörjning genom både utvecklad rekrytering och riktade kompetensutvecklingsinsatser. Rekryteringsprocessen har blivit mer enhetlig i regionen genom införandet av kompetensbaserad rekrytering, gemensam annonsmall och förbättrade systemstöd. Deltagandet vid jobb- och rekryteringsmässor har också setts över, vilket lett till tydligare prioriteringar och bättre samordning.

Medel från Omställningsfonden används i ökad omfattning för att främja kompetensutveckling, omställning och förebyggande insatser. Ett växande antal medarbetare har tagit del av utbildningar såsom språkutbildning, specialistkurser och uppgiftsväxling, vilket bidrar till ökad kvalitet i vården och effektivare användning av kompetens. Exempel på satsningar är utbildningar för utlandsutbildade barnmorskor samt kompetenshöjning inom bland annat urologisk omvårdnad, gipsteknik och spirometri.

Lasarettet i Enköping har infört studielön för undersköterskor som vill utbilda sig till sjuksköterskor, vilket stärker både långsiktig kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Vid Akademiska sjukhuset pågår flera initiativ för att skapa tydliga karriärvägar och behålla kompetens, bland annat genom kompetensstegar, utvecklingsprojekt för erfarna undersköterskor och arbetet med Framtidens yrkeskategorier inom laboratoriemedicin, där uppgiftsväxling och nya roller utvecklas för ett mer effektivt kompetensutnyttjande.

Bemanning och schemaläggning

Akademiska sjukhuset har under året genomfört flera riktade insatser för att stärka både tillgänglighet och bemanning. För att kvalitetssäkra väntelistorna har koordinatörer införts, och schemaläggningen har utvecklats genom att utgå från vårdintensitet och fastställda normvärden. Arbetet med vårdplatskoordinering har samtidigt tydliggjorts, vilket har förbättrat samarbetet mellan verksamheter, effektiviserat resursutnyttjandet och skapat ett smidigare flöde från akutmottagning till slutenvård.

En ny, enhetlig schemaprocess har införts för all klinisk personal, baserad på ett årshjul med gemensamma schemaperioder. Detta ger en tydligare koppling mellan bemanning och verksamhetens behov, bättre överblick över tillgängliga resurser och en mer förutsägbar planeringsprocess. Den strukturerade schemaplaneringen bidrar även till en mer hållbar arbetsmiljö och underlättar samordning av kompetenser. Som stöd i bemanningsarbetet finns dessutom en bemanningsenhet med hög kompetens, som används vid vakanser, perioder med ökad belastning och vid särskilda kompetensbehov.

Under 2026 påbörjas införandet av en kompetensstegen som ska ge chefer förbättrat stöd i både kortsiktig och långsiktig bemannings- och schemaplanering. Kompetensstegen möjliggör en mer systematisk matchning mellan medarbetares kompetens och verksamheternas behov och stärker det sjukhusövergripande perspektivet i bemanningsarbetet, som i dag till stor del sker på avdelningsnivå.

Genom dessa samlade insatser säkerställs att verksamheterna kontinuerligt upprätthåller och utvecklar rätt kunskap och kompetens, vilket bidrar till en trygg, stabil och patientsäker vård.

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.

Allt fler verksamheter efterfrågar patient- och närståendemedverkan i verksamhetsutveckling och patientsäkerhetsarbete.

Regionen arbetar med personcentrering för att främja delaktighet. Dokumenterad överenskommelse, syftar till att öka patientens inflytande och skapa en tryggare vårdmiljö. [Personcentrerat arbetssätt \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/personcentrerat-arbetssatt).



Mål:

- Skapa förutsättningar för delaktighet i vår verksamhetsutveckling för patienter och närstående.
- I verksamhetsutveckling finns arbetssätt där patienter och närstående inkluderas.
- Alla verksamheter arbetar aktivt med patientenkäter.

Åtgärder: Patienter och närståendes synpunkter tas tillvara vid utredning av händelser och brister i patientsäkerheten.

Under våren testades dokumenterade överenskommelser för att klargöra nästa steg och ansvar mellan vård och patient. Överenskommelsen ska finnas i journalen och vara tillgänglig för patienten och anhöriga. Tydlighet kring steg och ansvar stödjer patientsäkerheten.

Inom vissa förvaltningar finns etablerade rutiner som möjliggör involvering av patient- och närståendeföreträdare vid planeringen av olika processer. Däremot saknas i samtliga förvaltningar strukturerade rutiner för att inkludera patienter eller närstående i ledningsforum.

Inom verksamhetsområde medicin vid Lasarettet i Enköping sker ett arbete med delaktig patientrepresentant inom *Samtal vid allvarlig sjukdom*.

Inom Nära vård och Hälsa har ett systematiskt arbete påbörjats för att patientmedverkan ska ingå i all utveckling, stödjas av styrande dokument och strategier. Patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet följs upp med verksamhetsområdeschefer. De redogör för strukturer, aktiviteter och hur patienter ges möjlighet att engagera sig, hur patienter och anhörigas synpunkter och klagomål tas tillvara samt hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten.

Inom Akademiska sjukhuset lyfts vikten av patientinvolvering i planeringen av processkartläggningar och ibland deltar patient. På barnsjukhuset vid Akademiska sjukhuset har ett *Barn och föräldraråd* bildats. Uppsala Comprehensive Cancer Centre involverar patienter och anhöriga i cancer-vårdens utveckling via patientråd, projekt om rehabilitering och anhörigas deltagande.

Patientrapporterade mått

Region Uppsala deltar i nationella mätningar som genomförs genom Nationell Patientenkät (NPE) inom specialiserad somatisk öppen- och slutenvård, vårdcentraler, akutmottagningar samt vuxenpsykiatrisk öppenvård. Dessa mätningar genomförs vartannat år. Enkäten mäter patienters upplevelse med fokus på sex dimensioner: vård och behandling, delaktighet, bemötande, kontinuitet, information och tillgänglighet. Enkäterna har reviderats för att bättre följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården och för att kvalitetssäkras. Frågorna har utformats enligt principer som färre och enklare frågor, svarsalternativ i ord (utan siffror eller mittenalternativ), samt alltid alternativet "Vet inte".

Resultat: Mätningen inom specialiserad somatisk slutenvård och öppenvård var den sista mätningen med de ursprungliga frågorna. Svarsfrekvensen har minskat något jämfört med senaste mätningen 2023, men Region Uppsala har fortsatt högre svarsfrekvens än riket. För slutenvården ligger alla dimensioner strax över riksgenomsnittet. För öppenvården ligger resultatet inom alla dimensioner mycket nära rikets nivåer med små skillnader. Jämfört med 2023 så har regionen förbättrat resultaten inom samtliga dimensioner och upplevd helhetsupplevelse för både sluten- och öppenvården.

NPE Vårdcentraler genomfördes under hösten som den första undersökningen med de nya frågorna. Undersökningen omfattar nu även andra yrkeskategorier. Svartsfrekvensen har ökat jämfört med tidigare mätningar. Region Uppsala presterar bättre än riksgenomsnittet inom samtliga dimensioner samt inom upplevd helhetsupplevelse. Jämförelser med tidigare år är

inte möjligt på grund av den nya metoden. Samtliga resultat finns att ta del av på SKR:s hemsida: [Nationell Patientenkät.se](https://nationellpatientenkät.se).

Verksamhetsnära patientenkäter är en metod för att samla in och analysera patienters och närståendes erfarenheter av vården. Syftet med dessa undersökningar är att fånga patienters upplevelser för att förbättra vårdkvaliteten och patientupplevelsen på den enskilda verksamheten. Patienter kan genom att svara på ett antal frågor samt lämna förslag och synpunkter i fritext bidra med sin erfarenhet för att förbättra vården. För närvarande finns två metoder framtagna, enkäter via QR-kod eller utskick via 1177.

Under en längre tid har behovet av en mer strukturerad process och styrning för patientrapporterade mått identifierats. Under hösten 2025 etablerades en styrgrupp och en beslutad process för samordning av Nationell Patientenkät (NPE), verksamhetsnära patientenkäter samt hantering av synpunkter och klagomål. Genom att samordna dessa insatser kan en integrerad och sammanhängande process främja ökad patientsäkerhet, möjliggöra kontinuerliga förbättringar och tillgodose patienternas behov på ett effektivt sätt.

Åtgärder: På Lasarettet i Enköping inom verksamhetsområde radiologi genomförs patientenkät via QR kod två gånger per år.

Inom Nära vård och Hälsa har en patientenkät (1/1100) genomförts för att mäta trygghet och kontinuitet vid läkarbesök. Patienterna är generellt nöjda, men vill oftare träffa samma läkare. Vid tolv Äldremottagningar har enkätundersökningar och intervjuer gjorts för att fånga patienternas åsikter och använda dem i planeringen av vården.

Flera verksamheter på Akademiska sjukhuset och folktandvården har anslutit sig verksamhetsnära patientenkäter. I dagsläget hanteras resultatet på verksamhetsnivå.

Agera för säker vård

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

Egenkontroll är en central del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och innebär att vårdgivaren regelbundet följer upp och utvärderar sin verksamhet för att säkerställa att vården bedrivs säkert, följer lagar och föreskrifter samt lever upp till fastställda processer och rutiner. Syftet är att tidigt identifiera risker, brister och förbättringsområden och att använda resultaten som grund för ett kontinuerligt lärande och förbättringsarbete.

Arbetet med egenkontroll bygger på flera datakällor, exempelvis avvikelssystem, klagomål och synpunkter, kvalitetsregister, journalgranskningar, loggkontroller samt verksamhetsnära checklistor och stickprov. Informationen analyseras i ett sammanhang, ofta genom jämförelser över tid eller med andra verksamheter, och används för att stärka kvalitet och patientsäkerhet. På verksamhetsnivå genomförs verksamhetsuppföljningar genom dialoger och kvartalsvisa uppföljningar.

Ledningens genomgång är ledningens process för analys av data, beslutsfattande och agerande utifrån formulerade kvalitetsmål.

En väl fungerande egenkontroll bidrar till att skapa en trygg och kunskapsbaserad vårdmiljö där förbättringar sker fortlöpande och erfarenheter delas med berörda verksamheter och ledningsnivåer.

Inför årets patientsäkerhetsberättelse har en kartläggning av egenkontroller genomförts. Det fortsatta arbetet med revidering och utveckling av rutiner för egenkontroller planeras att utföras under 2026. För en övergripande sammanfattning av kartläggningen inom Region Uppsala hänvisas till [bilaga 1](#).

Prioriterade fokusområden:

Fokusområde 1 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.



Utredning av händelser – vårdskador

Rapporterade händelser inkommer från medarbetare, patienter och samverkansparter som privata vårdgivare och kommuner. Avvikelse hanteras systematiskt med att identifiera, utreda och åtgärda händelser som har eller kan ha lett till vårdskada, främst genom avvikelshantering i avvikelshanteringssystemet. Uppföljning och analyser av avvikelser görs även i rapport- och analysverktyget Sas viya. Läs mer under rubriken

[Stärka analys, lärande och utveckling, Avvikelser](#).

När en vårdskada inträffar behövs både omedelbar och långsiktig hantering. Alla drabbade, inklusive patienten, närstående och personal, påverkas. Ledningen måste säkerställa att alla inblandande får nödvändigt stöd och information.

Vid en vårdskada ska det avvikelserapporteras och en orsaksutredning ska genomföras. Verksamhetschefen bedömer om händelsen ska granskas av chefläkare/cheftandläkare för eventuell anmälan enligt lex Maria. Chefläkare beslutar om en central eller intern utredning ska göras.

Avvikelser

Regionens vårdförvaltningar arbetar systematiskt med avvikelshantering genom avvikelshanteringssystemet där vårdskador och riskhändelser registreras, följs upp och analyseras. Synpunkter och klagomål som kommer in via 1177 och patientnämnden registreras vid behov i systemet för att ingå i den samlade analysen.

Statistik används för att identifiera återkommande mönster, typer av vårdskador och utvecklingsområden. Ärenden utreds inom respektive verksamhet, och vid allvarigare händelser genomförs fördjupade analyser. Avvikelse följs även upp vid tertiälgenomgångar, där kvalitetsfrågor diskuteras och vidtagna samt planerade förbättringsåtgärder. Arbetet bidrar till en kontinuerlig utveckling av vårdens kvalitet och patientsäkerhet.

Händelseanalys

Händelseanalys är ett centralt verktyg i patientsäkerhetsarbetet och syftar till att identifiera bakomliggande orsaker till risker och vårdskador samt att dra lärdom av inträffade händelser. I analyserna utreds faktorer som rutiner, arbetsmiljö, kompetens, bemanning, ledarskap och organisation. Vid allvariga händelser, där det finns misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för sådan och där flera verksamhetsområden berörs, genomförs händelseanalyserna ofta centralt. Bedömning av behov av lex Maria-anmälan görs av chefläkare.

Händelseanalysteam finns både på verksamhetsområdesnivå och på central nivå. Med stöd av det centrala teamet har verksamheterna genomfört ett flertal interna händelseanalyser. Efter genomförd analys återrapporteras resultaten till berörda verksamheter och ligger till grund för planering av åtgärder för att förhindra att liknande händelser upprepas. Åtgärderna sammanfattas i en handlingsplan som följs upp av chefläkarna inom ramen för "lex Maria-backspgel", för att säkerställa att de har implementerats och gett avsedd effekt.

Patienter och närstående medverkar i händelseanalyserna, vilket ofta är avgörande för bedömningen av allvarliga händelser. Genom att samordna hanteringen av händelser till ett begränsat antal funktioner skapas bättre förutsättningar för att identifiera mönster och riskområden.

Lex Maria

Chefläkare och cheftandläkare har det övergripande ansvaret för anmälan enligt lex Maria vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och för den utredning som görs kring varje händelse. Ett av syftena med utredning av allvarliga vårdskador är att skapa ett lärande, för att minska risken för att händelsen upprepas.

Tabell 2. Antal lex Maria per förvaltning, 2023–2025.

Antal Lex Maria	2023	2024	2025
Akademiska sjukhuset	47	57	45
Folktandvården	5	2	0
Lasarettet i Enköping	6	10	7
Nära vård och hälsa	1	2	3

Källa: Uppgifter från respektive förvaltning och Vårduppdragsenheten, HSA.

Analys: Under 2025 gjorde Lasarettet i Enköping sju lex Maria-anmälningar till IVO, vilket var något färre än föregående år. Genomgången av ärendena visar återkommande brister i kommunikation och informationsöverföring, både mellan olika professioner, mellan primärjour och bakjour samt mellan vårdenheter. Särskilda organisatoriska risker har identifierats under jourtid, då tillgången till högre medicinsk kompetens på plats är begränsad och bedömningar ofta sker på distans. Detta har i vissa fall lett till uteblivna omprövningar trots förändrat kliniskt tillstånd.

Ytterligare risker har kopplats till bristande kännedom om styrande rutiner och otillräcklig introduktion av nya läkare, särskilt vid sällanhändelser och komplexa tillstånd. I kombination med kommunikationsbrister har detta inneburit ökade patientsäkerhetsrisker. Som åtgärd har professionsgemensamma utbildningsveckor genomförts med fokus på patientsäkerhet, systemförståelse och gemensamma arbetssätt.

Identifierade förbättringsområden rör främst kommunikation, tillgång till bakjoursstöd samt utbildning och kompetenshöjning i basala principer för omhändertagande på akutmottagningen, i syfte att stärka den diagnostiska processen. Även samverkan mellan olika enheter har uppmärksamats som ett utvecklingsområde.

Inom Nära vård och hälsa ledde tre händelseanalyser till lex Maria-anmälningar. Dessa avsåg främst försenade diagnoser av allvarliga tillstånd, där bristande dokumentation av differentialdiagnostiska överväganden varit en återkommande faktor. Två ärenden gällde missad eller försenad diagnos av lungemboli och ett ärende avsåg försenad diagnos av blåscancer på grund av utebliven uppföljning. Samtliga analyser har resulterat i förbättringsåtgärder som införts i berörda verksamheter.

Lärande

Vid allvarliga avvikelser hålls, efter genomförd händelseanalys, ett återrapporteringsmöte med berörda verksamheter, medarbetare, patienter och ibland även anhöriga. Syftet är att återkoppla resultatet av analysen och besluta om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Erfarenheter sprids internt genom veckobrev, ledningsgrupps- och chefsmöten samt via chefsläkarnätverket.

Samtliga lex Maria-anmälningar avidentifieras och publiceras på regionens samverkanswebb för att stärka transparens och möjliggöra lärande i organisationen.

Vårdprevention

Arbetet med vårdprevention i Region Uppsala syftar till att förebygga trycksår, fall, undernäring, oral ohälsa och vårdrelaterade infektioner. Det preventiva arbetet är en gemensam angelägenhet där alla yrkesgrupper har ansvar för att arbeta proaktivt. För att nå långsiktiga förbättringar behöver ett tydligare helhetsperspektiv på vårdskador, kvalitet och patientsäkerhet genomsyra verksamheterna.

I dag finns en underdokumentation av både vårdskador och riskbedömningar, vilket begränsar möjligheten till tillförlitlig uppföljning och analys. Genom fortsatta insatser för att förbättra och förenkla dokumentationsrutiner skapas bättre förutsättningar för fler och mer valida utdatarapporter. Inom vissa verksamhetsområden genomförs dagliga avstämningar där kvalitetsindikatorer följs upp, och flera enheter betonar vikten av att medarbetare förstår syftet med riskbedömningar och förebyggande åtgärder. En ökad förståelse för varför dessa insatser görs är avgörande för att tid ska prioriteras för det preventiva arbetet.

I slutet av 2025 slogs tre lokala arbetsgrupper – trycksår, fall och nutrition – samman till en gemensam grupp: LAG Trycksår, fall och nutrition. Gruppen har utskott med specifik kompetens inom respektive område och har i uppdrag att stärka patientsäkerheten och främja en jämlik vård i Uppsala län genom minskade vårdskador och en mer sammanhållen, riskförebyggande vårdkedja. Kompetens inom tandvård saknas initialt i nutitionsutskottet men tillförs genom adjungering från Folktandvården.

Vid Akademiska sjukhuset har ett omvårdnadsråd etablerats under ledning av chefssjuksköterskan för att stärka och utveckla omvårdnaden, med målet att uppnå en excellent och patientsäker omvårdnad.

Nedan beskrivs resultat och genomförda insatser under året utifrån respektive område trycksår, fall och nutrition.

Trycksår

Alla vårdförvaltningar i regionen har gemensamma mål och aktiviteter vilka finns dokumenterade i en regiongemensam rutin [Trycksår, prevention och behandling i Region Uppsala](#), 2025.

Mål:

- Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår 1–4, inklusive nya kategorier ska minska jämfört med föregående år eller vara 0 %.
- Andel riskbedömda patienter över 18 år i slutenvård ska vara 75% eller ha ökat.
Av de patienter som har risk för trycksår ska 75% ha en dokumenterad åtgärd.

Resultat: Målsättningen för 2025 var att minska andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår samt att öka andelen patienter som riskbedöms. Resultaten visar att målen i huvudsak har uppnåtts.

Tabell 3. Andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår, 2023–2025. Målvärde: andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår skulle minska jämfört med föregående år eller vara 0 %.

Trycksår – sjukhusförvärvade	2023	2024	2025
Region Uppsala	1,4 %	1,3 %	1,1 %
Akademiska sjukhuset	1,5 %	1,3 %	1,1 %
Lasarettet i Enköping	1,1 %	1,0 %	1,0 %
Nära vård och hälsa	0,7 %	1,3 %	1,15 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Trycksår, avslutade kontakter.

Tabell 4. Andelen riskbedömda för trycksår, patienter inom slutenvård, 2023–2025. Målvärde: andelen riskbedömda patienter inom slutenvård 75%.

Trycksår – andel riskbedömda	2023	2024	2025
Region Uppsala	51,9 %	62,9 %	68,6 %
Akademiska sjukhuset	54,9 %	64,8 %	67,6 %
Lasarettet i Enköping	44 %	64,6 %	78,6 %
Nära vård och hälsa	28,2 %	22,3 %	38,9 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Trycksår, avslutade kontakter.

Tabell 5. Andelen patienter med risk för trycksår som har en dokumenterad åtgärd, 2023–2025. Målvärde: Andelen patienter som har risk för trycksår ska 75% ha minst en dokumenterad åtgärd

Trycksår – andel riskpatienter med åtgärd	2023	2024	2025
Region Uppsala	68,6 %	68,8 %	72,9 %
Akademiska sjukhuset	70,1%	69,5 %	72,7 %
Lasarettet i Enköping	66,8 %	70 %	76,1 %
Nära vård och hälsa	41,9 %	42,8 %	50,4 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Trycksår, avslutade kontakter.

Analys av resultat: Incidensen av sjukhusförvärvade trycksår minskade med 0,2 procentenheter jämfört med 2024, från 1,3 till 1,1 procent. Samtliga berörda förvaltningar har antingen förbättrat sina resultat eller bibehållit redan låga nivåer, vilket innebär att målet för sjukhusförvärvade trycksår uppnåddes.

Andelen riskbedömda patienter ökade samtidigt med 5,7 procentenheter, från 62,9 till 68,6 procent. Lasarettet i Enköping nådde och överträffade målet om 75 procent riskbedömda patienter genom en ökning på 14 procentenheter till 78,6 procent.

När det gäller andelen patienter med identifierad risk för trycksår som har en dokumenterad åtgärd kvarstår ett utvecklingsbehov. Målvärdet är att minst 75 procent av dessa patienter ska ha en dokumenterad åtgärd. Brister i dokumentation är en bidragande orsak till att målet inte nås i alla verksamheter. För att åtgärda detta har utbildningsinsatser genomförts, bland annat riktade till undersköterskor för att stärka dokumentationsförmågan. Lasarettet i Enköping har genom dessa insatser ökat sitt resultat med 6,1 procentenheter och därmed uppnått målet för 2025.

Samtliga förvaltningar visar förbättrade resultat, men vid tolkning av siffrorna behöver hänsyn tas till verksamheternas storlek och patientunderlag. Totalt omfattar underlaget 36 906 patienter i Region Uppsala under 2025. Rapporteringen är fortsatt uppdelad i pågående och avslutade kontakter för att stödja både dagligt arbete och uppföljning. Från 2026 kommer styrtalen ha fortsatt fokus på det preventiva arbetet, med ökad andel riskbedömda patienter och dokumenterade åtgärder.

Åtgärder och utvecklingsarbete: Från och med 2025 är det obligatoriskt för alla verksamhetsområden inom Nära vård och hälsa (NVH) att rapportera hur de arbetar med prevention, riskbedömning och uppföljning inom vårdskadeområdena trycksår, fall och undernäring.

Under året har förvaltningens strategiska arbetsgrupp prioriterat stöd till närvårdsavdelningarna (NÄVA). En gemensam mall för gapanalys har tagits fram och analyser har genomförts på plats vid NÄVA Uppsala samt NÄVA Tierp/Älvkarleby. Analyserna har synliggjort brister, framför allt inom dokumentation och uppföljning av data i Sas viya-rapporter. Arbetet med att åtgärda dessa brister har påbörjats, bland annat genom stöd från verksamhetsutvecklare för att strukturera dokumentationen så att genomförda åtgärder blir tydligare i journalen.

Patientsäkerhetssamordnare vid Lasarettet i Enköping har genomfört dialoger i verksamheterna med fokus på dokumentation och uppföljning. För att stärka den dagliga styrningen har ett arbete inletts med att använda Cosmic Insight för att identifiera patienter där riskbedömningar eller åtgärder saknas. Kvarstående brister i dokumentationen har lett till riktade utbildningsinsatser.

Vid Akademiska sjukhuset har den systematiska uppföljningen av utdata förstärkts på både ledningsnivå och i dialog med verksamheterna. Rapporteringen är fortsatt uppdelad i pågående och avslutade kontakter, för att stödja både det dagliga arbetet och uppföljningen på verksamhets- och sjukhusnivå. Under året genomfördes även ett omfattande madrassbyte inom sjukhusets utbytesprogram, där cirka 300 madrasser byttes ut, främst inom den specialiserade somatiska slutenvården.

Sammanfattning av genomförda åtgärder

- Införande av obligatorisk rapportering av preventivt arbete inom trycksår, fall och undernäring.

- Genomförande av gapanalyser på närvårdsavdelningar med gemensam metodik.
- Stöd till verksamheter för förbättrad och mer strukturerad dokumentation.
- Dialoger och utbildningsinsatser för att stärka dokumentationsförmåga.
- Införande av Cosmic Insight som stöd för daglig uppföljning.
- Förstärkt systematisk uppföljning av utdata vid Akademiska sjukhuset
- En omvårdnadsdag som omfattade flera omvårdnadsområden.
- Genomfört madrassbyte för att förebygga trycksår.

Fall och fallprevention

Det övergripande målet är att inga undvikbara fall eller fallskador ska inträffa under patientens vårdtid. För att identifiera de patienter som är i riskzonen för fall måste väl fungerande rutiner finnas. Det är viktigt att vidta adekvata förebyggande åtgärder och att de fallpreventiva åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge ökad fallrisk kvarstår. Alla vårdförvaltningar i regionen har gemensamma mål och aktiviteter vilka finns dokumenterade i en regiongemensam rutin [Fallprevention och fallhändelser](#).

Mål:

- Andelen riskbedömda patienter över 18 år inom slutenvården ska vara 75% eller mer.
- Andel patienter med fallrisk ska 75% ha fått minst en dokumenterad åtgärd.

Resultat: Andelen riskbedömda patienter för fall inom Region Uppsala har ökat till 74,6 % (från 70,3 % 2024), målvärdet är 75 %.

Tabell 6. Andelen riskbedömda patienter för fall, patienter över 18 år inom slutenvård 2023–2025. Målvärde: andelen riskbedömda patienter inom slutenvården 75%.

Fall – andel riskbedömda	2023	2024	2025
Region Uppsala	63,4 %	70,3%	74,6%
Akademiska sjukhuset	63,5 %	70,3 %	72,1 %
Lasarettet i Enköping	60,9 %	71,2 %	84,3 %
Nära vård och hälsa	75,5 %	65,2 %	76,1 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Fall, avslutade kontakter

Andelen patienter med fallrisk som fått en dokumenterad åtgärd har ökat till 60,8 % (från 54,5 % 2024), målvärdet är 75 %.

Tabell 7. Andelen patienter med fallrisk som fått en dokumenterad åtgärd, patienter över 18 år inom slutenvård 2023–2025. Målvärde: andelen riskpatienter med fallrisk inom slutenvården ska 75% ha minst en dokumenterad åtgärd.

Fall – andel riskpatienter med åtgärd	2023	2024	2025
Region Uppsala	48,2 %	54,5%	60,8 %
Akademiska sjukhuset	44,9 %	50,5 %	54,5 %
Lasarettet i Enköping	57,8 %	69,9 %	78,1 %
Nära vård och hälsa	51,9 %	47,1 %	63,2 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Fall, avslutade kontakter

Analys av resultat: Andel riskbedömda patienter i RU har ökat till 74,6% från 70,3% 2024, vilket är mycket nära målvärdet på 75% riskbedömda patienter i Region Uppsala.

Sedan 2024 har Lasarettet i Enköping ökat andelen patienter som riskbedömts för fall med 13,1 %. Även andelen patienter med fallrisk som fått minst en dokumenterad åtgärd har ökat, med 8,2 %.

Andelen patienter med fallrisk i RU som fått minst en dokumenterad åtgärd har ökat till 60,8 %, jämfört med 54,5 % år 2024. Det innebär en förbättring, men målvärdet på 75 % är ännu inte uppnått. Samtidigt börjar det långsiktiga arbetet sedan 2018 nu ge resultat.

Åtgärder och utvecklingsarbete: Under 2025 har Region Uppsala stärkt arbetet med fallprevention genom flera riktade insatser. Riktlinjerna för fallprevention och fallhändelser har reviderats utifrån aktuell kunskap om äldre med ökad fallrisk, och arbetet med att uppdatera relevanta sökord i journalsystemet Cosmic har inletts för att förbättra dokumentation, uppföljning och patientsäkerhet. [Fallprevention och fallhändelser](#), 2025.

De reviderade riktlinjerna presenterades vid ett regionsövergripande lärandeseminarium och har därefter följts upp genom dialoger med verksamheterna för att stödja implementeringen. Informationsinsatser har även genomförts i samband med den nationella uppmärksamhetsveckan för fallprevention.

Nära vård och hälsa har tillsammans med Uppsala kommun kartlagt behovet av samverkan kring fallpreventiva insatser som underlag för fortsatt utveckling. Vid Akademiska sjukhuset har ett pilotprojekt med AI-baserade sensorsystem för fallprevention genomförts.

På Närvårdsavdelningen i Uppsala genomförs riskbedömningar för fall inom två timmar efter inskrivning. Närvårdsenheten Tierp–Älvkarleby arbetar med strukturerade omvårdnadsronder där flera professioner deltar, kompletterat med fördjupade bedömningar vid första rond,

inklusive läkemedelsgenomgång. Fallrisker och fallhändelser rapporteras som avvikelser och analyser återkopplas regelbundet för att stödja ett systematiskt förbättringsarbete. Båda närvårdsavdelningarna har även arbetat med att stärka sina rutiner för vårdplanering som en del av det fallpreventiva arbetet.

Uppföljning av åtgärder: Trots att 2025 är för kort tid för att förvänta sig tydliga effekter av årets specifika insatser syns positiva resultat av det långsiktiga arbetet sedan 2018.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa. Alla individer har rätt att få en adekvat, till individen och dennes (sjukdoms-) tillstånd anpassad näringstillförsel för att undvika malnutrition (undernäring, övernäring eller annan felnäring). Vårdrelaterad undernäring som uppkommer i verksamheten ska ses som en icke förväntad händelse och kvalitetsbrist och ska rapporteras som en avvikelse. Alla vårdförvaltningar i regionen har gemensamma mål och aktiviteter vilka finns dokumenterade i en regiongemensam rutin [Undernäring, prevention och behandling för vuxna](#).

Mål för inneliggande patienter inom slutenvården:

- Minst 75% ska riskbedömas för undernäring inom 24 timmar.
- Minst 75% av patienter i risk för undernäring ska erhålla dokumenterad åtgärd.
- Minst 75% av patienter i risk ska uppnå minst 75% av sitt energi- och proteinbehov.

Resultat: Andelen riskbedömda patienter för undernäring inom Region Uppsala har ökat till 67,1 % från 61,9 % 2024, målvärdet är 75 %.

Tabell 8. Andel riskbedömda för undernäring, patienter över 18 år inom slutenvården, 2024–2025. Målvärde: andelen riskbedömda patienter för undernäring inom slutenvården ska vara 75%.

Undernäring – andel riskbedömda	2024	2025
Region Uppsala	61,9 %	67,1 %
Akademiska sjukhuset	66,1 %	67,6 %
Lasarettet i Enköping	55,9 %	72,5 %
Nära vård och hälsa	13,9 %	34,4 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Undernäring, avslutade kontakter

Andelen patienter med risk för undernäring som fått minst en dokumenterad åtgärd har ökat till 61,9 % från 59,9 % 2024, målvärdet är 75 %.

Tabell 9. Andel patienter i risk för undernäring som erhållit minst en dokumenterad åtgärd, 2024–2025. Målvärde: andelen riskpatienter med minst en åtgärd inom slutenvården ska vara 75%.

Undernäring – andel riskpatienter med åtgärd	2024	2025
Region Uppsala	59,9 %	61,9 %
Akademiska sjukhuset	60,1 %	61,4 %
Lasarettet i Enköping	61,9 %	71,1%
Nära vård och hälsa	22,0 %	16,4 %

Källa: Sas viya, Generella kvalitetsindikatorer – Undernäring, avslutade kontakter

Analys av resultat: Alla vårdande förvaltningar med slutenvård visar förbättrade resultat från 2024 till 2025, både vad gäller andelen riskbedömda patienter och andelen riskpatienter som fått åtgärd. Lasarettet i Enköping uppvisar en tydlig förbättring mellan 2024 och 2025 och närmar sig nu målvärdet.

Inom Nära vård och hälsa är antalet patienter med risk för undernäring lågt, vilket innebär att små förändringar i antal kan ge stora procentuella utslag utan större praktisk betydelse. Ingen förvaltning når dock målvärdet på 75 %.

Åtgärder och utvecklingsarbete: Regionens preventiva rutiner har tidigare främst utgått från slutenvården, medan primärvårdsperspektivet har saknats. Ett nytt samverkansdokument, Undernäring – prevention och nutritionsbehandling i samverkan, har därför tagits fram. Dokumentet tydliggör kommunernas och Region Uppsalas gemensamma ansvar för nutritionsbehandling vid undernäring och innehåller ett lokalt tillägg om livsmedel för speciella medicinska ändamål för förskrivare.

[Undernäring – prevention och nutritionsbehandling i samverkan](#), 2025.

Dokumentet har spridits till verksamheter i hela länet, och utbildning har genomförts i Uppsala kommun. De regiongemensamma dokumenten om undernäring och nutritionsansvar har även reviderats och kompletterats med riktlinjer för primärvården.

En gapanalys visade att vissa rutiner saknar vägledning för nutritionsbehandling, bland annat inom demensområdet. Arbetsgruppen för demenssjukdomar kommer därför att förstärkas med nutritionskompetens.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Undvikbara vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan i Region Uppsala. Strategi för att minska VRI och antibiotikaresistens fastställer principer för arbetet, och utifrån denna finns en handlingsplan för Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens med konkreta åtgärder för att förbättra resultaten. [Strategi för att minska VRI och antibiotikaresistens](#), [handlingsplan för Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens](#)

Mål: Andelen patienter med VRI inom somatisk slutenvård ska minska.

Resultat: Andelen VRI inom somatisk slutenvård har följts via Infektionsverktyget. I samband med en uppdatering av journalsystemet Cosmic identifierades ett tekniskt fel som gjorde att vissa antibiotikaordinationer försvann från läkemedelslistan. Felet kunde kopplas till integrationen mot Infektionsverktyget, vilket ledde till att verktyget stängdes ner i juni 2025. Efter detta har ett nytt projekt planerats och bemannats. Projektet startar i februari 2026 och ska resultera i automatiserad, algoritmstyrd övervakning av VRI i Region Uppsala. Den nya automatiserade övervakning ska ersätta den funktion som Infektionsverktyget tidigare haft.

Sedan våren 2025 finns algoritmbaserad övervakning av en första VRI-diagnos: vårdrelaterad bakteriemi – en allvarlig infektion där bakterier sprids till blodbanan. Incidensen av nydiagnostiserade vårdrelaterade bakteriemier i Region Uppsala var 0,97 per 1 000 vård dygn. Av dessa fall avled 22,3 % inom 30 dagar, vilket speglar tillståndets allvarlighetsgrad. Granskningar visar att 30–40 % av bakteriemierna är potentiellt förebyggbara, och data från övervakningen används redan i det VRI-förebyggande förbättringsarbetet.

Infektionssäsongen 2024/2025 ledde till omfattande smittspridning på Akademiska sjukhuset. Totalt registrerades 214 fall av magsjuka, covid-19 och influensa bland patienter och personal enligt vårdhygienens utbrottsövervakning. Liksom tidigare år skedde majoriteten av smittspridningen (79 %) på vårdavdelningar i 30-huset. Lokalerna där är otillräckliga för verksamhetens behov, bland annat på grund av brist på enpatientrum och begränsade möjligheter till isolering. Handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner har därför uppdaterats med en aktivitet för 2026: att slutenvårdsavdelningar i 30-huset med återkommande smittspridning ska flyttas till lokaler med enbart enkelrum och eget hygienutrymme. Lokalrådet och chefsläkare ansvarar för genomförandet.

Åtgärder: Förvaltningarna har ett välorganiserat och kontinuerligt samarbete med Vårdhygien, vilket bidrar till ett säkert och strukturerat hygienarbete. Samtliga förvaltningar har hygienombud, och flera har arbetat med att uppdatera sina lokala handlingsplaner för VRI.

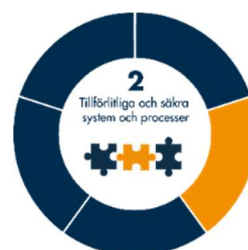
Folktandvården Uppsala och Skåne har utvecklat VRI-Smart för tandvård för att öka kunskapen om VRI och optimera antibiotikaanvändningen. Folktandvården samarbetar med Akademiska sjukhuset för att patienter med endokardit ska få rätt profylax. Barn får ett kort till tandvårdsbesöket, vuxna får information från våren 2026. Det förbättrar kommunikationen mellan vård och tandvård.

Inom Nära vård och hälsa har fokus legat på ett proaktivt arbete för att identifiera vårdhygieniska risker. En riktad utbildningsinsats till specifika professioner har genomförts med temat att förebygga smittspridning och uppkomst av VRI. På närvårdsavdelningarna registreras VRI i slutanteckning, medan övriga verksamheter använder processmått och följer basala hygienrutiner och klädregler – faktorer som påverkar VRI-utfallen.

Statistik om utbrott laddas nu upp i Sas viya och används i dialoger bland chefer och medicinskt ansvariga. Vid nybyggnationer och renoveringar har kraven på vårdhygien stärkts och tydliggjorts. Enheter som haft utbrott av virussjukdomar eller resistent bakterier har, med stöd av Vårdhygien, tagit fram åtgärdsplaner för att förebygga framtida smittspridning. För att underlätta för drabbade enheter har Vårdhygien även skapat en förenklad mall för riskidentifiering och åtgärdsarbete.

Fokusområde 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 bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Region Uppsalas kvalitetsarbete utgår från en gemensam kvalitetspolicy med tillhörande kvalitetsstrategi och patientsäkerhetsstrategi. Arbetet samordnas och leds av en kvalitetsledningsgrupp, medan uppföljning på verksamhetsnivå sker genom strukturerade dialoger. Genom utdata och uppföljningsrapporter möjliggörs en systematisk uppföljning av förvaltningarnas patientsäkerhetsarbete på alla nivåer. Parallellt pågår arbete med att ta fram ett regionsövergripande kvalitetsledningssystem. [Patientsäkerhetsstrategi](#), Region Uppsala.

Regionens verksamheter arbetar strukturerat och datadrivet med produktions- och kapacitetsstyrning för att säkerställa god tillgänglighet och ett effektivt resursutnyttjande. Inom Folk tandvården arbetar samtliga kliniker med produktionsplanering där kölistor regelbundet följs upp för att öka tillgängligheten för både nya och befintliga patienter. Prioritering sker enligt politiskt fastställda riktlinjer som styr utifrån vårdbehov.

Nära vård och hälsa bedriver strategisk och datadriven styrning där mål för tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet bryts ned till uppdrag på vårdcentralerna och följs upp löpande. Produktionsplaneringen baseras på systematiskt insamlade data från bland annat Primärvårds Kvalitet (PVQ) och produktionsdata i SAS Viya. Nya arbetssätt för ökad produktivitet har införts, exempelvis teambaserade arbetssätt enligt Svalöv-modellen och förstärkt triage enligt Gottsundamodellen.

Akademiska sjukhuset har stärkt tillgängligheten genom införande av koordinators som kvalitetssäkrar väntelistor samt genom utvecklad bemanningsoptimering baserad på normvärden och vårdintensitet. Förbättrad vårdplatskoordinering har bidragit till tydligare ansvar, bättre samverkan och effektivare patientflöden.

Vid Lasarettet i Enköping infördes under 2025 ett kvalitetsledningssystem. Produktions- och kapacitetsplaneringen sker strukturerat genom en särskild planeringsenhet, med löpande uppföljning av produktion, väntelistor och kapacitetsutnyttjande. Prognoser och risker identifieras tidigt och hanteras genom samordnade åtgärder och regelbunden uppföljning.

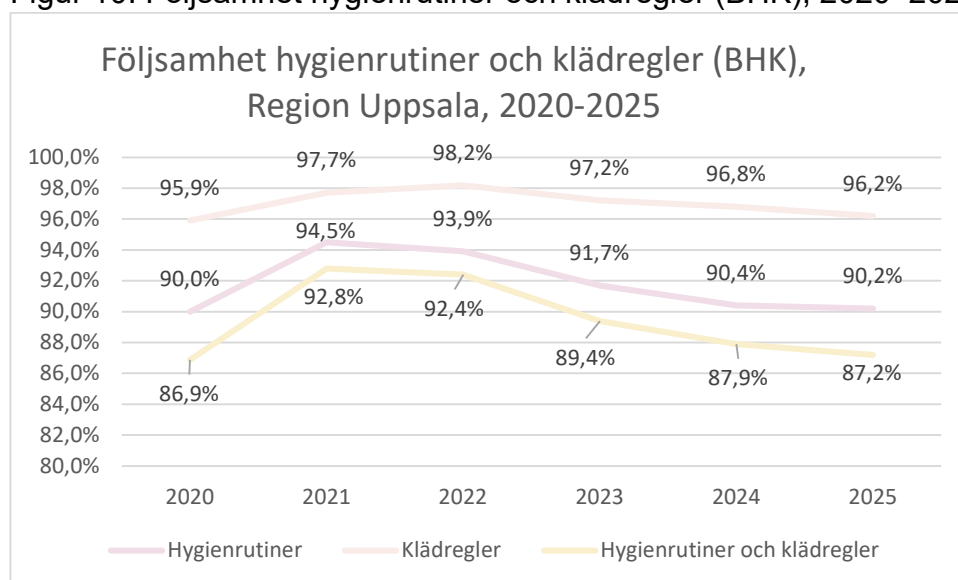
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

En god patientsäkerhetskultur har en central roll i hygienfrågor, där hygienombud och chefer tillsammans verkar för öppenhet och acceptans att påminna varandra om rutiner samt uppmärksamma eventuella avsteg. Medarbetarna bör identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att minska infektionsrisken. Hygienombud mäter månadsvis följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) enligt en nationell fastställd metod.

Mål: Målvärde är 100% följsamhet till gällande basala hygien och klädregler.

Resultat: För 2025 noteras en nedgång i följsamheten till både hygienrutiner, 90,2% från 90,4% föregående år och klädregler till 96,2% från 96,8% föregående år. Sammantaget för både hygien och klädregler så är resultatet 2025 87,2% från 87,9% 2024. Andelen som följer hygien- och klädregler varierar: lägst 58 % i vissa yrkesgrupper och 60,8 % inom vissa verksamheter. Klädregler följs generellt bättre än hygienrutiner.

Figur 10. Följsamhet hygienrutiner och klädregler (BHK), 2020–2025



Källa: Sas viya

Analys av resultat: Mellan åren 2020 och 2023 sågs en stadig ökning i följsamheten till BHK. Detta tyder på att insatser som gjordes för att förbättra följsamheten under pandemin var framgångsrika. För 2025 noteras ytterligare nedgång i följsamheten till hygien och klädregler till 87,2%. Denna nedgång kan tyda på att tidigare styrning från ledning, med fokus på resultat och regelbunden uppföljning, inte upprätthållits.

Åtgärder och rutiner följs upp och utvecklas inom respektive verksamhet genom lokala handlingsplaner, där resultat, identifierade avvikelser och förbättringsbehov ligger till grund för planerade insatser och löpande uppföljning. Dessa handlingsplaner är ett viktigt verktyg för att säkerställa att arbetet med BHK hålls aktuellt och integrerat i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Suicidpreventivt arbete

Under 2025 har suicidpreventiva insatser inom området omfattat utbildning i suicidprevention för vårdpersonal, implementering av säkerhetsplanering för patienter med suicidtankar samt spridning av informationsmaterial om stöd vid suicidtankar. Särskilt har utbildningen "Att samtala om suicidtankar" nått ut till fler verksamheter, framför allt inom primärvården. Region Uppsala har även infört appen Min Livlina och tagit fram utbildnings- och informationsmaterial. Arbetet med SVIPS, en sammanhållen vård- och insatsprocess, har främst fortskridit inom barn- och ungdomspsykiatrin. Effekten på patienterna har ännu inte kunnat mätas, men medarbetare upplever en ökad trygghet i hanteringen av suicidala situationer.

Antibiotikaförskrivning

Strama Region Uppsalas insatser följer alltid Stramas och Infektionsläkarföreningens 10-punktsprogram mot antibiotikaresistens. De baseras på aktuell antibiotikastatistik, nya behandlingsrekommendationer samt feedback från vårdpersonal och övriga intressenter. [Stramas årsberättelse \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/strama-arsberattelse).

Resultat: Antibiotikaanvändningen, mätt i expedierade recept per 1000 invånare och år, minskade i länet under 2025 jämfört med föregående år. Flera av de målsatta infektionsindikatorerna inom Primärvårdskvalitet uppvisade förbättrade värden på regional nivå. Samtliga vårdcentraler i länet rapporterade genomförda Strama-uppdrag under 2025. Synpunkter på Strama-insatserna har varit positiva; såväl platsbesök hos ett flertal vårdcentraler som antibiotikaronder har mottagits väl.

För resultat hänvisas till [Stramas statistik över antibiotikaanvändning och resistens \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/strama-statistik-over-antibiotikaanvandning-och-resistens).

Åtgärder: Strama Region Uppsala har under året spridit aktuella behandlingsrekommendationer, stöttat vården i rationell antibiotikaanvändning och hållit möten med vårdcentraler där patientfall och antibiotikaförskrivning diskuterats. Det flexibla Strama-uppdraget har påmint om löpande, och antibiotikaronder har planerats, genomförts och följts upp. Arbetet har dessutom omfattat utbildningar, föreläsningar och framtagandet av en regional rekommendation kring penicillinallergi.

Säker läkemedelshantering

Läkemedelskommittén arbetar på uppdrag av Regionstyrelsen. Kommitténs arbete riktar sig främst till förskrivare och bygger på producentobunden information baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Även övrig hälso- och sjukvårdspersonal utgör en viktig målgrupp. Under kommitténs ledning verkar en regionövergripande arbetsgrupp för läkemedelshantering, där patientsäkerhet är en central del.

Åtgärder och utvecklingsarbete: Regionen har deltagit i nationella initiativ kopplade till den uppdaterade läkemedelsstrategin och kunskapsstyrningen, bland annat inom utsättning av läkemedel och förbättrad kontinuitet för patienter med dostjänst. Inför Socialstyrelsens nya föreskrifter om delegering, som träder i kraft 2026, har riskanalyser genomförts och rutiner har uppdaterats för att stärka patientsäkerheten.

Alla förvaltningar har etablerade rutiner för en säker läkemedelshantering. Inom Nära vård och hälsa, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping finns farmaceuter som stödjer verksamheterna och genomför läkemedelsgenomgångar. Nära vård och hälsa har förstärkt sina rutiner med tydligare ansvarsfördelning och egenkontroller genom hela vårdkedjan. Lasarettet i Enköping arbetar med uppföljning av brister och med att minska generella och telefonbaserade ordinationer genom utbildning och förbättrade ordinationsmallar. Vid Akademiska sjukhuset finns en övergripande och ambulerande funktion, *farmaceutisk utskrivningshjälp*, som stödjer utskrivningar så att patienter får med sig sina ordinerade läkemedel. Syftet är att säkerställa en så trygg och säker övergång mellan vårdformer som möjligt. Inom sjukhuset har man även påbörjat arbete med en *dosing wisely*-modell som möjliggör mer optimala doseringar, med potential att minska biverkningar och samtidigt frigöra resurser.

Läkemedelsteamet vid regionens ledningskontor hanterar läkemedelsbrist och ger stöd till vårdpersonal bland annat genom att identifiera alternativa läkemedel. Under året har teamet följt upp förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel genom besök på vårdcentraler, reviderat listan över olämpliga läkemedel för äldre samt uppdaterat Socialstyrelsens indikatorer, vilka följs löpande.

I december 2025 anslöts Region Uppsalas journalsystem Cosmic och T4 till Nationella läkemedelslistan (NLL). NLL ger vårdpersonal, apotek och patienter en samlad och aktuell bild av läkemedelsbehandlingen, vilket stärker säkerheten och minskar risken för dubbelmedicinering. För att ta del av informationen krävs patientens samtycke, SITHS-inloggning och genomgången utbildning.

Samverkan vid utskrivning från slutenvård – och generellt kring läkemedel – har stärkts genom kontinuerlig dialog med länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och Uppsala kommuns farmaceuter.

Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

Hälsö- 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.



Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För identifierade risker ska sannolikheten för att händelsen inträffar bedömas, liksom möjliga negativa konsekvenser. Riskhantering omfattar identifiering och analys av risker, vidtagande av åtgärder samt uppföljning av om åtgärderna haft avsedd effekt.

I det dagliga arbetet identifieras och hanteras risker genom ett kontinuerligt och systematiskt arbetssätt. Medarbetare rapporterar avvikelser och risker i avvikelshanteringssystemet, och synpunkter från patienter och personal tas löpande tillvara. I flera verksamheter används verktyg som Teamtempen och Gröna korset för att tidigt uppmärksamma risker, både inom primärvård och slutenvård. Ett utvecklingsarbete pågår för att införa NOVA, ett digitalt verktyg för daglig styrning som syftar till att möjliggöra uppföljning av riskfaktorer, vårdplatser och patientflöden i realtid

Risker diskuteras och följs upp i regelbundna forum såsom arbetsplatsträffar, chefsmöten och patientsäkerhetsdialoger. Checklistor, skyddsronder och dagliga dialoger används för att identifiera problem i ett tidigt skede och förebygga vårdskador.

Analysarbete sker både lokalt och centralt med stöd av händelseanalysteam, verksamhetsutvecklare och kvalitetsfunktioner. Specialistfunktioner, däribland Medicinsk teknik och fysik, bidrar genom riskbedömningar, händelseutredningar, utbildning och förebyggande underhåll av medicinteknisk utrustning.

Identifierade risker kopplas till det löpande kvalitetsarbetet och åtgärder följs upp. Inom operationsverksamhet finns etablerade rutiner, såsom *Checklistan för säker kirurgi*, som bidrar till att minska risken för fel genom tydlig kommunikation och gemensam verifiering i teamet. Vid hög belastning finns även möjlighet för akutmottagningen i Enköping att utlösa larm som stöd för patientsäkerheten.

Samtidigt saknas i Region Uppsala ett heltäckande och sammanhållet arbetssätt för riskhantering på övergripande nivå, och det finns ingen samlad bild av genomförda riskanalyser. Två förvaltningar har dock fastställda rutiner för när riskanalyser ur ett patientsäkerhetsperspektiv ska genomföras.

Sammantaget finns flera etablerade arbetssätt som bidrar till att risker identifieras, analyseras och åtgärdas, men det kvarstår ett utvecklingsbehov avseende en mer systematisk och sammanhållen riskhantering på regional nivå.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

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

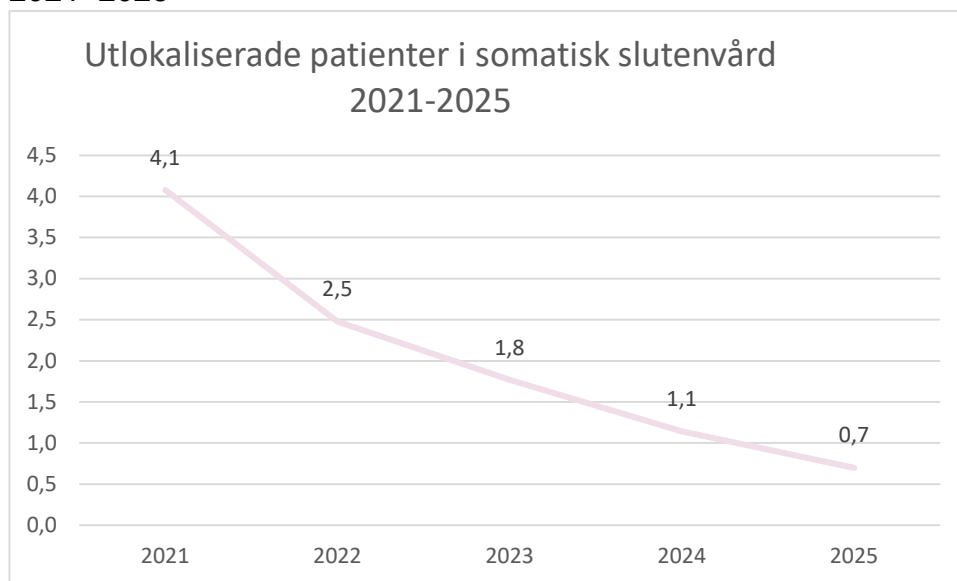
En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Mål: Antal utlokaliserade patienter ska minska.

Resultat: Antalet utlokaliserade patienter och överbeläggningar fortsätter att minska i Region Uppsala.

År 2025 var antalet utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård 0,7 per hundra disponibla vårdplatser, jämfört med 1,1 år 2024, en tydlig förbättring från toppnivån 2021 då nivån låg på 4,1 patienter.

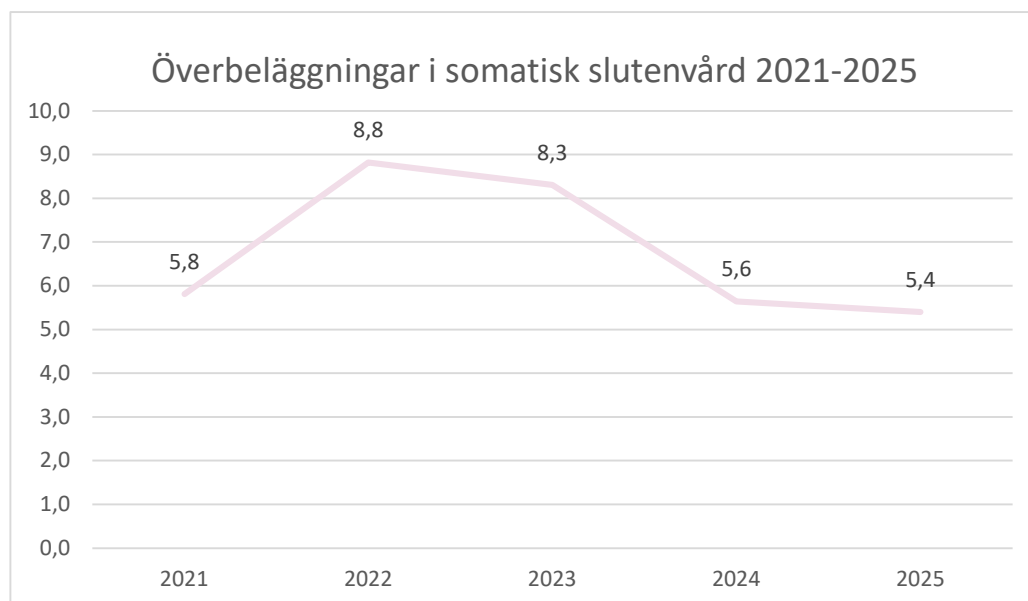
Figur 11. Antal utlokaliseringar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser, 2021–2025



Källa: Vården i siffror.

År 2025 var antalet överbeläggningar i somatisk slutenvård 5,4 per hundra disponibla vårdplatser, jämfört med 5,6 år 2024, en tydlig förbättring från toppnivån 2022 då nivån låg på 8,8 patienter.

Figur 12. Antal överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser, 2021–2025.



Källa. Vården i siffror.

Försäkringsmedicin

Patientsäkerhetsrisker inom försäkringsmedicin omfattar bland annat bristfälliga bedömningar och intyg, passiva sjukskrivningar, avsaknad av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan samt otillräcklig samverkan mellan berörda aktörer. Dessa brister kan försämra patientens psykiska och fysiska hälsa, leda till social isolering och ökad risk för självmord.

Långa sjukskrivningar kan dessutom innebära ekonomisk sårbarhet, och bristfälliga eller uteblivna intyg kan medföra att individen går miste om försäkringsförmåner som hen har rätt till.

För att minska dessa risker har den lokala arbetsgruppen LAG försäkringsmedicin i Region Uppsala utvecklat nya utbildningar och förbättrat den försäkringsmedicinska informationen på samverksanswebben. Syftet är att öka tillgängligheten till relevanta kunskapsstöd och stärka kvaliteten i de försäkringsmedicinska bedömningarna.

Medicinsk teknik

Medicinsk teknik säkerställer att Region Uppsala följer Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) genom att utföra ankomstkontroller, underhåll och utredning av negativa händelser och tillbud, inklusive anmälan till myndighet. Under 2025 genomförde enheten flera riskanalyser och deltog i nationella uppdrag inom medicinteknisk säkerhet.

För att stärka kunskapen om säker användning deltog enheten som utställare på Patientsäkerhetsdagen och höll två nätverksträffar för medicintekniskt ansvariga, där avvikelshantering, elsäkerhet och 3D-printning lyftes.

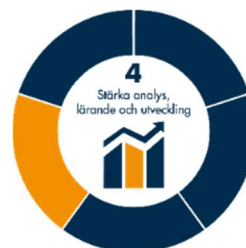
Enheten är certifierad enligt ISO 9001 och ISO 13485, vilket säkerställer systematiska rutiner, instruktioner och uppföljning. Arbetet syftar till att stödja verksamheterna och upprätthålla hög patientsäkerhet.

Under 2025 utfördes cirka 3 500 ankomstkontroller och 20 000 underhållsinsatser. Totalt utreddes 276 tillbud eller olyckor (248 år 2024), varav 20 anmälades till Läkemedelsverket (32 år 2024). Medicinsk teknik hanterade dessutom 58 säkerhetsmeddelanden (55 år 2024) och genomförde riskbedömningar och korrigerande åtgärder som minskade påverkan på vården.

Inför 2026 prioriterar Medicinsk teknik fortsatt stöd till verksamheterna för att säkerställa att endast säkra och ändamålsenliga medicintekniska produkter köps in och används.

Fokusområde 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.



Avvikelser

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

Alla medarbetare har ansvar för att risker och skador upptäcks, rapporteras och åtgärdas för att minska risken för upprepning. Varje verksamhet har rutin för omhändertagande av sina avvikelser. Inom alla förvaltningar finns centrala koordinators som har möjlighet att direkt underrätta chefläkare och / eller chefsjuksköterska vid allvarliga avvikelser.

Avvikelseanalyserna aggregeras utifrån förekomst och verksamhetschef ansvarar för att erfarenheter från orsaksutredningar, där medarbetarnas identifierade risker och händelser, tas tillvara i förbättringsarbetet och att kunskap sprids inom verksamheten.

Ledningsforum för avvikelshantering arbetar på uppdrag av Region Uppsalas koncernledning och samtliga perspektiv när det gäller avvikelser är representerade i gruppen. Under 2025 togs ett beslutsunderlag fram för att lyfta behovet av en förstudie med syfte att utifrån kartläggning av nuvarande arbetssätt ta fram förslag på regionens process för avvikelshantering. Målet är en regionsgemensam process som stödjer analys och lärande

av inträffade avvikelser, där ändamålsenliga roller och tydliga uppdrag kopplade till processen finns beskrivna. Koncernledningen har fattat beslut om att genomföra en förstudie under våren 2026

Region Uppsala har avtal med cirka 250 privata vårdgivare som erbjuder länets medborgare primärvård och specialistvård i öppenvård. Majoriteten av dessa vårdgivare har regionens avvikelshanteringssystem där de ska rapportera och hantera samtliga patientrelaterade avvikelser.

Det har vid genomgång och analys av avvikelser, samt i kommunikation med privata vårdgivare, uppmärksamats att det finns kunskapsbrist i avvikelshanteringssystemet vilket kan ha resulterat i underrapportering och bristande hantering och utredning av inkomna avvikelser. Det finns ett behov av utbildningsinsatser till de privata vårdgivarna samt genomgång av befintliga rutiner och instruktioner för att säkerställa att vårdgivarna har förutsättningar att använda sig av avvikelshanteringssystemet. Arbetet med detta kommer ses över under 2026. Insatserna ska följas upp årligen för att se om insatta åtgärder har haft effekt.

Resultat: Samtliga förvaltningar förutom Folktandvården, som har en marginell minskning, har en ökning av antalet rapporterade avvikelser sedan föregående år. Det totala antalet patientrelaterade avvikelser har ökat med 1000 avvikelser sedan föregående år.

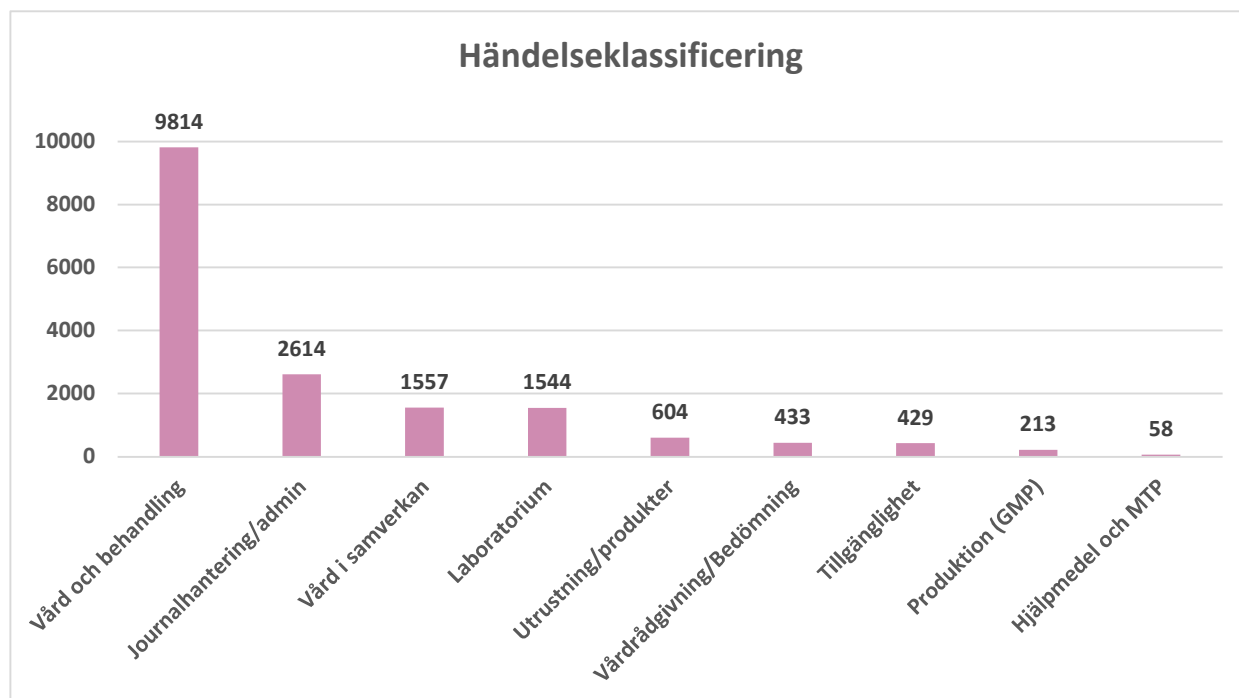
Tabell13. Antal patientavvikelser utifrån var händelsen inträffade under 2022–2025.

Antal patientavvikelser utifrån var händelsen inträffade	2022	2023	2024	2025
Akademiska sjukhuset	8 797	9 456	11 667	12 040
Lasarettet i Enköping	1 066	1 216	1 328	1 527
Nära vård och hälsa	925	1 111	1 167	1 517
Folktandvården	359	449	484	462
Privata vårdgivare	347	372	357	458

Källa: Sas viya. Baseras på avslutade ärenden i MedControl.

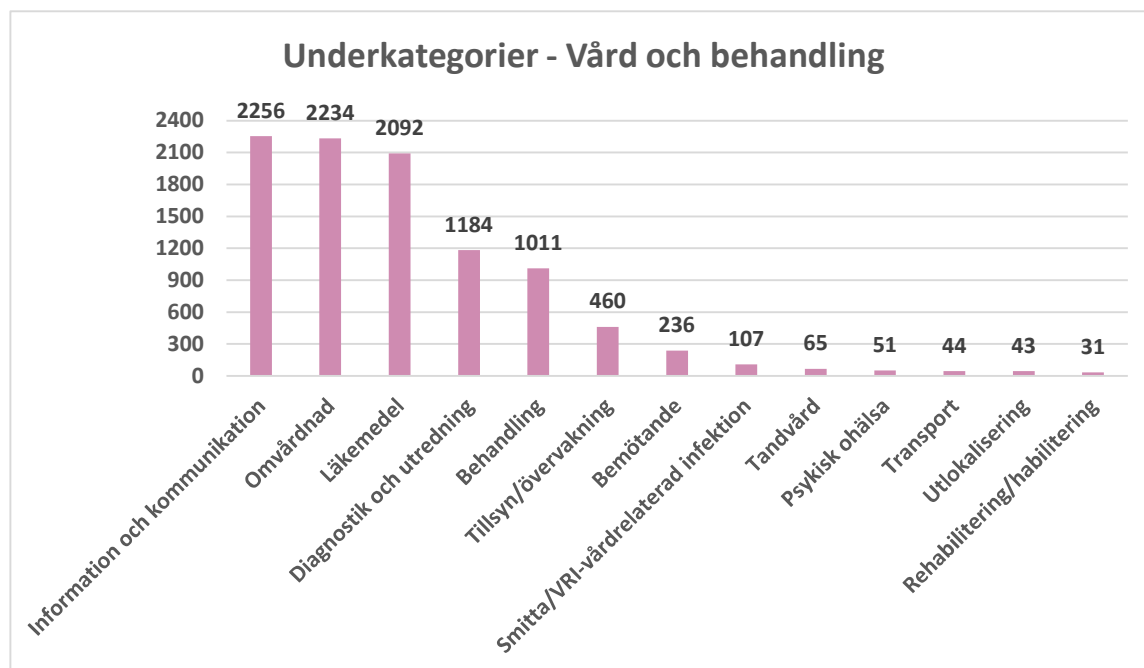
Resultat: Nedan redovisas i två diagram de händelsekategorier där avvikelser förekommer samt underkategorierna under den vanligaste händelsen "Vård och behandling"

Figur 14. Andel avvikelser per händelseklassificering



Källa: Sas viya. Baseras på avslutade ärenden i MedControl.

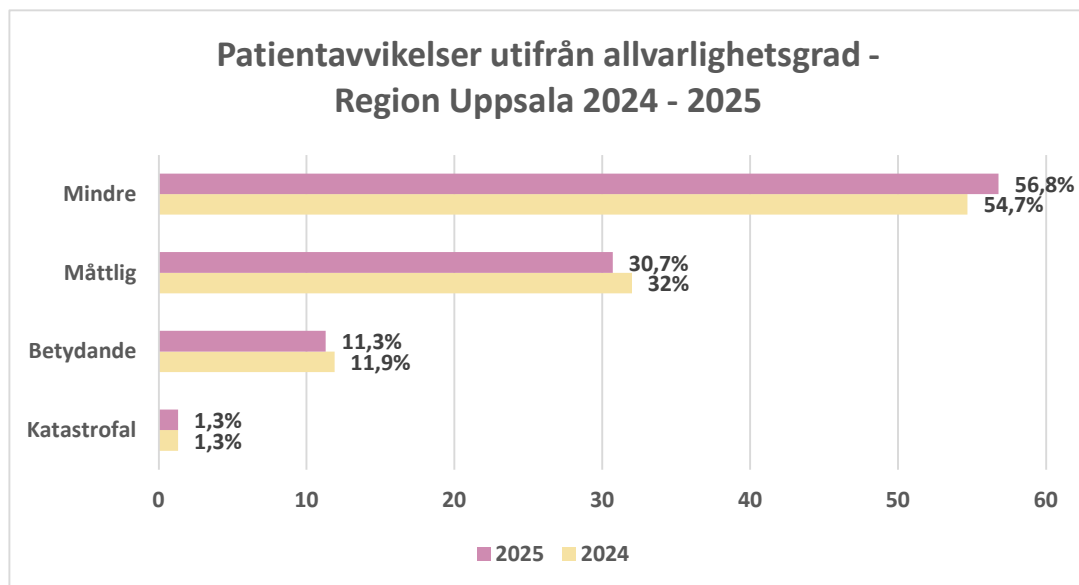
Figur15. Andel avvikelser per händelseklassificering, underkategori Vård och Behandling



Källa: Sas viya. Baseras på avslutade ärenden i MedControl.

Resultat: Allvarlighetsgraden "mindre" har ökat medan resterande har minskat något.

Figur 16. Andel patientavvikelser utifrån allvarlighetsgrad, 2024–2025.



Källa: Sas viya. Baseras på avslutade ärenden i Medcontrol.

Analys: Samtliga förvaltningar har på olika sätt arbetat under 2025 med att öka rapporteringen av avvikelser och man har sett en generell ökning av antalet rapporterade avvikelser vilket tros bero på ett öppet arbetsklimat där chefer uppmuntrar medarbetare till att rapportera avvikelser. En hög rapporteringsgrad ses som ett tecken på en fungerande säkerhetskultur, där medarbetare uppmärksammar risker och bidrar till förbättringsarbete.

Förvaltningarna har i sina utredningar och analyser identifierat att orsakerna till händelserna oftast varit felaktig eller bristande information/kommunikation samt att procedurer, rutiner, riktlinjer varit bristfälliga.

Folktandvården har sett en ökning av administrativa avvikelser vilket kan förklaras av att flera administrativa system införts där fel kan uppstå, samtidigt som de bidrar till egenkontroller och syftar till att effektivisera.

En majoritet av de patientrelaterade avvikelserna återfinns inom kategorin "Vård och behandling", vilket är förväntat. De tre vanligaste underkategorierna är information/kommunikation, omvårdnad samt läkemedel, vilket överensstämmer med tidigare års rapportering. Sjukvården kännetecknas av hög komplexitet där informationsöverföring och kommunikation utgör särskilda riskområden. Medarbetarna hanterar flera administrativa system och patienter kan förflyttas mellan olika vårdgivare och verksamheter, vilket ökar risken för avvikelser vid informationsöverföring. Brister i kommunikationen mellan vårdgivare och patienter kan också förekomma.

Åtgärder: Förvaltningarna har under 2025 arbetat med att sprida kunskap om avvikelser, på lokal nivå, i chefsgrupper och i professionsgrupper. Riktade insatser har utförts för att öka avvikelserapportering på de kliniker som har lägre andel avvikelser än genomsnittet.

Förvaltningarna har mot bakgrund av avvikelserna implementerat åtgärder som syftar till att utveckla och förbättra procedurer och rutiner samt riktade utbildnings- och kompetensinsatser. Exempel på åtgärder genomförda under 2025:

- Folktandvården har infört ett förbättrat arbetssätt genom att en uppdaterad stickrutin tagits fram i samverkan med Infektionsmottagnigen på Akademiska sjukhuset och Nära Vård och Hälsa
- På lasarettet i Enköping finns en stödenhet som koordinerar alla avvikelser och kan på så sätt följa de händelser som sker inom vården. Verksamhetscheferna har ett forum där dessa frågor lyfts med ledningen för lasarettet.
- Akademiska sjukhuset utökar de regelbundna uppföljningsmötena för avvikelseanalyser genom att även inkludera chefsapotekare och chefssjuksköterska, utöver vårdutvecklare, chefsläkare och enhetschef för Vårdkvalitetsenheten.

Avvikelser i samverkan

Kommunerna har skickat in 423 (445 år 2024) avvikelser till regionen och regionen har skickat ut 264 (233 år 2024) avvikelser till kommunerna. De allvarigare avvikelserna analyseras i Patientsäkerhetsgruppen och GAP-UL (gemensam analysgrupp för samverkansprocesser) där representanter från regionen och kommunerna deltar. GAP-UL arbetar löpande med avvikelser i samverkan och särskilt i utskrivningsprocessen.

En sammanställning av avvikelser, utifrån händelseklassificeringen vård i samverkan, i regionens avvikelsehanteringssystem för år 2025 visar på vanliga orsaker till avvikelser är bristande efterlevnad av rutiner, felaktig eller utebliven information samt bristfälliga riktlinjer. Åtgärderna omfattar främst informationsinsatser inom enheter, utbildning och förbättring av rutiner.

Synpunkter och klagomål

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

Synpunkter och klagomål från patienter eller anhöriga spelar en avgörande roll i arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Synpunkter och klagomål kan komma direkt till verksamheten, via Patientnämnden eller via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Mål: Alla enheter har anslutit sig till synpunkts- och klagomålshantering via 1177.

Resultat: Tjänsten Synpunkter och klagomål via 1177 har använts under hela 2025 och över 500 enheter är anslutna. Centralt så följs antalet ärenden upp månadsvis och rapporteras till ledningen.

Tabell: 17. Antal ärenden i tjänsten Synpunkter och Klagomål i 1177 utifrån förvaltning.

Förvaltning	Antal ärenden
Akademiska sjukhuset	470
Nära vård och hälsa	497
Folktandvården	245
Lasarettet i Enköping	301
Privata vårdgivare	1544
Patientnämnden	1352
Totalt	4409

Källa: Inera.

Den största andelen ärenden berör kategorin Vård och behandling och därefter kategorin Kommunikation.

Antalet ärenden rörande synpunkter och klagomål inom Folktandvården har nästan fördubblats, vilket har ökat förståelsen för patienternas behov och önskemål. Dessa ärenden utgör samtidigt en indirekt form av patientmedverkan och bidrar till förbättringar av vård och verksamhet. Ärendena diarieförs nu mer strukturerat än tidigare, då klagomål ofta framfördes informellt via receptionen eller telefon. Genom legitimering med Bank-ID säkerställs dessutom identiteten på den person som lämnar synpunkten eller klagomålet.

Inom Nära vård och hälsa kunde en ökning ses i antalet klagomål och synpunkter vid införandet av tjänsten. Antalet klagomål via patientnämnden är oförändrat jämfört med tidigare. Däremot är antalet klagomål via den nya tjänsten mycket stort, vilket på totalen gör att det blir väldigt många fler ärenden för verksamheten att hantera och besvara.

Administrationsbördan har ökat på förvaltningsnivå och särskild resurs har avdelats för diarieföring. Styrkor är att verksamheterna lätt kan gå in i systemet och överblicka sina ärenden samt att de nu även får in synpunkter av annan karaktär än tidigare som kan leda till förbättringar. I vissa verksamhetsområden märker man av att det är lättare för patienterna att skicka ärenden som är av en karaktär som tidigare gått till telefonrådgivning – typ – ”mitt recept är försenat”. Detta är olyckligt då det riskerar att försena handläggningen av det faktiska patientärendet samt att andra viktiga patientsäkerhetsärenden drunknar i mängden av synpunkter.

På Lasarettet i Enköping har det lett till ökad administration där diarieföring har blivit en ökad arbetsbelastning. I och med att en synpunkt som bedöms innebära en risk för vårdskada eller

behov av ytterligare analys registreras den även som en avvikelse i avvikelshanteringssystemet möjliggör en strukturerad uppföljning och lärande.

Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg

IVO genomförde en nationell tillsyn av primärvården vid Årsta och Heby vårdcentraler med fokus på kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, tillgänglighet, samverkan, kontinuitet och personcentrering. Som följd av rapporten pågår ett utvecklingsarbete för att öka andelen patienter med fast vårdkontakt, med uppföljning på både vårdcentrals- och förvaltningsnivå.

Ett patientråd har införts för stärkt delaktighet och arbetet med att förbättra tillgänglighet fortsätter, särskilt avseende telefontillgänglighet och medicinsk bedömning inom tre dagar. Som en del av det löpande utvecklingsarbetet har också ett projekt inletts med målet att nå högst 1 100 patienter per läkare.

Samverkan mellan primärvård och sjukhusvård stärks genom nya uppdrag i Regionplan och Budget, och en arbetsgrupp arbetar med att revidera överenskommelsen för psykisk hälsa för att skapa en mer sammanhållen vårdprocess.

Tillsyn genomfördes även i Akademiska laboratoriets verksamhet inom Klinisk immunologi och transfusionsmedicin (KITM). Efter inspektionen har även Akademiska sjukhuset vidtagit åtgärder där frysarna på neurokirurgen anslutits till temperaturövervakningssystemet som ger kontinuerlig loggning och larm, i linje med befintlig användning inom KITM.

Patientnämnden

Patientnämnden ska utifrån ett opartiskt och fristående förhållande bistå patienter och närstående att framföra synpunkter och klagomål samt se till att vårdgivare inom hälso- och sjukvården besvarar dessa. Patientens upplevelse av vården är viktig, och Patientnämnden fungerar som en källa för information som kan användas för att förbättra hälso- och sjukvården och bidra till en mer personcentrerad vård.

Patientnämnden i Region Uppsala rapporterar regelbundet sina iakttagelser till förvaltningar, verksamheter och berörda tjänstepersoner. Tre gånger per år presenteras en sammanställning med avidentifierade patientärenden, där antal synpunkter och aktuella fokusområden redovisas som kategoriserad statistik.

När en patient begär ett yttrande från vården får verksamhetschefen ta del av patientens berättelse samt de frågor som patienten har ställt till vården.

Mål: Alla verksamheter följer upp ärenden från patientnämnden.

Resultat: Totalt sett har antalet avslutade ärenden legat på en relativt jämn nivå, med en viss ökning för 2025.

Tabell 18: Antal avslutade patientärenden på totalen samt antal av de tre vanligaste synpunkterna för åren 2023 till 2025.

Kategori	2023	2024	2025
Avslutade ärenden totalt	2245	2219	2308
Vård och behandling	857	838	899
Kommunikation	417	391	363
Tillgänglighet	334	275	230

Källa: Patientnämnden.

Flest synpunkter rör vård och behandling, och den kategorin har ökat till 39 procent. Det handlar bland annat om nekad, fördröjd eller felaktig vård, negativa behandlingsutfall och brister i omvårdnaden. Synpunkter på kommunikation har minskat med 2 procent till 16 procent. Även tillgänglighet har minskat med 2 procent till 10 procent, både i antal ärenden och i andel av det totala antalet. Andra synpunkter, som rör vårdansvar, organisation, dokumentation, sekretess samt resultat och ekonomi, är mindre vanliga.

Tabell 19. Totalt antal avslutade ärenden till Patientnämnden per förvaltning, 2025.

Antal inkomna ärenden till Patientnämnden	Antal ärenden
Totalt inkomna ärenden	2308
Akademiska sjukhuset	1176
Nära vård och hälsa	401
Lasarettet i Enköping	95
Folktandvården	68
Privata vårdcentraler	211
Privata specialister	114
Kommunal sjukvård	37
Övriga	206

Källa: Patientnämnden.

Under året har Patientnämndens kansli sammanställt tre rapporter baserade på inkomna patientsynpunkter, i syfte att lyfta fram patienternas perspektiv. Den första, *Analys förlossning*, har tagits fram i samarbete med samtliga patientnämnder i Sverige samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rapport två och tre är uppdrag från patientnämnden och sammanfattar synpunkter och klagomål och berör områdena kommunikation samt vårdansvar och organisation.

Patientnämnden förordnar även stödpersoner till patienter som vårdas enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Under 2025 har nämnden förordnat stödpersoner till 95 patienter som vårdas enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). På uppdrag av patientnämnden har en uppföljning av patienters upplevelse av att ha en stödperson genomförts.

Fokusområde 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 patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Under året har regionen fortsatt att utveckla ett systematiskt och sammanhållet arbete för att stärka riskmedvetenhet och beredskap inom hela organisationen. Arbetet har omfattat patientsäkerhet, säkerhet, dataskydd och informationssäkerhet samt en tydligare ansvarsfördelning och revidering av styrande dokument. Sammantaget skapar detta förbättrade förutsättningar för ett långsiktigt och förebyggande säkerhetsarbete och bidrar till ökad trygghet för patienter, medarbetare och besökare.

Inom vårdverksamheterna genomförs riskanalyser vid större organisationsförändringar och vid beslut som kan påverka patientsäkerheten. Analyserna sker i samverkan och omfattar både arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv. Syftet är att tidigt identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder innan förändringar genomförs, vilket stärker förutsättningarna för säkra vårdprocesser även vid omställning och utveckling av verksamheten.

Riskmedvetenhet främjas genom ett kontinuerligt förbättringsarbete där medarbetarnas erfarenheter och synpunkter tas tillvara. Förbättringsförslag tas löpande emot via strukturerade system såsom Idékraft och Kaizen samt genom avvikelserapportering. Dessa används som underlag för analys, lärande och förebyggande åtgärder. Medarbetares synpunkter fångas även upp genom dialoger och diskussioner i ledningsgrupper och andra forum, vilket bidrar till att risker uppmärksammas tidigt och hanteras gemensamt.

I organisationen finns etablerade forum för dialog, möten och förbättringsarbete där risker, avvikelser och utvecklingsbehov diskuteras. Chefer uppmuntrar aktiv rapportering av risker och avvikelser, vilket bidrar till en öppen kultur där riskmedvetenhet är en naturlig del av det dagliga arbetet. Verktyg som processkartläggning används för att synliggöra risker, identifiera sårbarheter och hitta förbättringsområden i arbetsflöden och rutiner.

Goda exempel och lyckade initiativ sprids inom organisationen och bidrar till lärande över verksamhetsgränser och stärker förbättringskulturen. Sammantaget fortsätter regionen att stärka riskmedvetenhet och beredskap för att skapa en trygg och säker verksamhet för både patienter och medarbetare.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Det övergripande målet för 2026 är att ytterligare stärka patientsäkerheten, vårdens kvalitet och den organisatoriska förmågan att arbeta förebyggande, lärande och i samverkan. Arbetet utgår från evidensbaserade riktlinjer, systematisk uppföljning, digital utveckling samt ett tydligt patient- och medarbetarfokus.

Ett prioriterat utvecklingsområde under 2026 är avvikelshantering i hela regionen, inklusive samverkan med kommunerna vid vårdens övergångar. En förstudie planeras för att analysera nuvarande processer, tydliggöra ansvar och stärka lärandeperspektivet. Målet är en värdeskapande och effektiv avvikelshantering med tydliga roller, som möjliggör analyser på olika nivåer och stöds av ändamålsenliga IT-system.

Sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet är centralt. I samverkan med HR fortsätter arbetet med att stärka säkerhetskulturen och ge chefer bättre stöd i arbetet. Kompetensförsörjning är en långsiktig nyckelfråga och kompetensmål inom patientsäkerhet ska införlivas i utbildningar och kontinuerlig fortbildning. Under 2026 införs även en kompetensstege som stödjer bemannings- och schemaplanering utifrån erfarenhet och kompetens.

Förebyggande arbete mot smittspridning och beredskap för utbrott förblir prioriterat. Förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner fortsätter genom lokala handlingsplaner, analys av bakteremidata och vidareutveckling av automatiserad övervakning. Rationell antibiotikaanvändning främjas genom diagnoskopplad statistik, arbete inom Strama samt utbildningsinsatser.

Inom vårdprevention prioriteras implementering av evidensbaserade riktlinjer för fall, trycksår och nutrition. Dokumentationsmallar revideras och flera omvårdnadsindikatorer följs upp, bland annat i samband med en uppmärksamhetsvecka.

Säkra vårdövergångar fortsätter vara ett gemensamt strategiskt fokus tillsammans med länets kommuner och omfattar förbättrade överrapporteringsrutiner, avvikelshantering och utvecklade arbetssätt för vård i samverkan över huvudmannagränser.

Patient- och närståendemedverkan är en central del i regionens patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna behöver ännu mer använda befintliga metoder för delaktighet, såsom Nationell Patientenkät. Strukturella förutsättningar för ökad medverkan behöver stärkas, exempelvis genom etablering av ett Levande bibliotek. Patientnämnden fortsätter sitt arbete med att öka kännedomen om sitt uppdrag, särskilt i kommunerna.

Det samlade arbetet syftar till att säkerställa en trygg, kunskapsbaserad och sammanhållen vård där förebyggande insatser, systematisk uppföljning och aktiv patientmedverkan utgör grunden.

Bilaga, 1 Egenkontroll

Inför årets patientsäkerhetsberättelse har en kartläggning av egenkontroller genomförts. Det fortsatta arbetet med revidering och utveckling av rutiner för egenkontroller planeras att utföras under 2026. Nedan ses de egenkontroller som identifierades i kartläggningen.

Förklaring förkortningar:

AS:	Akademiska sjukhuset.
AV:	Alla vårdförvaltningar, där ingår AS, LE, NVH, FTV.
BHK:	Basala hygienrutiner och klädregler.
FTV:	Folktandvården.
LE:	Lasarettet i Enköping.
NVH:	Nära vård och hälsa.
PPM:	Punktprevalensmätning.
SAS:	Sas viya, it-system för statistik.
SV:	Slutenvård, där ingår AS, LE.
VRI:	Vårdrelaterade infektioner.

Område	Frekvens	Metod och källa	Gäller för
Avvikelser	Löpande	Medcontrol	AV
Behandlares kvalitet	Alla nyanställda behandlare, efter 3 mån tjänstgöring	Strukturerade journalgranskningar	FTV
BHK	Månadsmätning	Lokala PPM. Sas viya	AV
Checklista God vård	Årligen	Checklista med punkter	FTV
Diagnosregistrering	Månadsvis	Sas viya	NVH, AS

Område	Frekvens	Metod och källa	Gäller för
Enbart behöriga har tillgång till patientens journal	Var 6:e månad	Slumpvisa loggkontroller	AV
Fall	Löpande	Riskbedömningar	AS, LE, NVH
Hygien	Var 4:e år, FTV var 3:e år	Hygienronder med Vårdhygien	AV
Hygien	1g/år	Egenkontroller av hygien	AV
Hygien	Löpande	Egenkontrollprogram Legionella	AV
Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Vården i siffror	Berörda verksamheter
Kvalitetsregister	Årligen	Tandhälsoregistret	FTV, AS
Kvalitetsregister	Årligen	Nationellt kvalitetsregister	Berörda verksamheter
Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Övriga kvalitetsregister	Berörda verksamheter
Ledningens genomgång	Årligen	Verksamhetsplan och uppföljningsdata	AV
Läkemedelshantering	Löpande	Läkemedelsgenomgångar	AS, LE, NVH, FTV
Läkemedelshantering	Löpande	Läkemedelsberättelser	SV
Läkemedelshantering	Kvartalsvis Årligen FTV	Strama, antibiotikaförskrivning	AV

Område	Frekvens	Metod och källa	Gäller för
Läkemedelshantering	Kvartalsvis	Förskrivningskontroll Sas viya	AV
Nutrition	1 g/år	Lokalt: Dagen nutrition	AS, LE
Nutrition	Löpande	Riskbedömningar	AS, LE, NVH
Orosanmälan	Årligen	Cosmic, T4 Sas viya	AV
Palliativ vård	Löpande	Svenska Palliativregistret	AS, LE, NVH
Patientsäkerhetsdialoger	Årligen	Dialog med verksamheterna	AV
Remisshantering	Månadsvis	Sas viya	AS, LE, NVH
Signering och vidimering av journalanteckning och svar	Månadsvis	Sas viya	LE, NVH
Smärta	1 g/år	Dagen smärta	AS, LE
Tobak-/alkoholfrihet inför operation	Löpande	Sas viya	AS, LE
Trycksår	Löpande	Riskbedömningar	AV
Uppföljning av reservrutiner vid datastopp	Årligen	Genomgång av rutiner	AV
Utlökaliserade patienter	Löpande	Sas viya	AS, LE
Vårdskador	Löpande	Händelseanalyser	AV
Återinläggning inom 30 dagar	Löpande	Sas viya	AS, LE, NVH
Överbeläggningar	Löpande	Sas viya	AS, LE

