

Patientsäkerhetsberättelse för Centralsjukhuset Kristianstad År 2025



2026-01-28

Nina Bendahl, chefläkare Centralsjukhuset Kristianstad

Diarienummer: 2026-O000292

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:97 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
Strålskydd.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelser	14
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18
BILAGA 1. Egenkontroll.....	20

SAMMANFATTNING

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är en grundförutsättning för att kunna erbjuda trygg och säker vård. Under 2025 genomförde förvaltningsledningen på Centralsjukhuset Kristianstad (CSK) ett omfattande målarbete baserat på Region Skånes övergripande mål och Socialstyrelsens nationella handlingsplan *Agera för säker vård*. Detta blir en del av sjukhusets omställning från ett reaktivt till ett proaktivt patientsäkerhetsarbete.

En viktig insats under året var den externa granskningen Säker Sepsis, genomförd av Löf (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Granskningen resulterade i en handlingsplan för förbättringar, vars implementeringen har påbörjats och fortsätter under 2026. Granskningen bidrog även till värdefulla dialoger över verksamhetsgränserna, vilket stärkt det interna samarbetet.

CSK uppnår goda kliniska resultat och har hög tillgänglighet till mottagning och operation. Samtidigt kvarstår utmaningar inom det akuta patientflödet, där belastningen på akutmottagningen och platsbrist påverkar patientsäkerheten. Dessa områden är fortsatt prioriterade i arbetet för att förbättra vårdkvaliteten och säkerheten.

För 2026 är sjukhusets målarbete, där patientsäkerhetsmål nu blir en del av verksamhetsmålen, centralt. Enhet patientsäkerhet kommer att vara drivande och hålla samman några övergripande processer och delta och stötta i andra så att patientsäkerhetsperspektivet beaktas i varje process.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

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

Alla chefer och medarbetare på sjukhuset ska sträva efter att upprätthålla en hög patientsäkerhet och aktivt bidra till en stark patientsäkerhetskultur. Patientsäkerhet ska genomsyra all verksamhet som en del av omställningen till ett mer proaktivt säkerhetsarbete.

Under 2025 kopplades sjukhusets mål till Socialstyrelsens nationella handlingsplan *Agera för säker vård* genom ett förvaltningsövergripande arbete. Detta arbete säkerställer att patientsäkerheten blir en integrerad och central del av förvaltningens ledning och styrning.

Organisation och ansvar

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

På CSK är den medicinska verksamheten indelad i 13 verksamhetsområden, var och en ledd av en verksamhetschef som är ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Varje verksamhet har ett patientsäkerhetsombud som stödjer verksamhetschefen och ingår i ett förvaltningsövergripande nätverk lett av enhet patientsäkerhet. Flera verksamheter, men inte alla, har ett patientsäkerhetsråd för att systematiskt hantera den interna patientsäkerheten.

Sjukhuset har en chefläkare och en chefsjuksköterska som ansvarar för det övergripande patientsäkerhetsarbetet. De ingår i sjukhuset stab, förvaltningens ledningsgrupp och deltar i regionala och nationella nätverk. Månadsvisa avstämningar sker mellan biträdande förvaltningschefer, chefläkare och chefsjuksköterska.

Enhet kvalitet och vårdutveckling

Från 2025 är enhet patientsäkerhet en del av Enhet kvalitet och vårdutveckling under förvaltningsstaben. Enheten består av tre patientsäkerhetssamordnare och två handläggare, där varje verksamhetsområde har en samordnare som stöd i patientsäkerhetsarbetet.

Forum patientsäkerhet

Forum patientsäkerhet arbetar strategiskt på förvaltningsnivå och samverkar med Hässleholms sjukhus. Forumet inkluderar chefläkare, chefsjuksköterska, medarbetare från enhet patientsäkerhet samt sekreterare. Samverkan sker även med vårdhygien, läkemedel och kliniskt träningscenter (Practicum).



Enhet läkemedel och chefapotekare

Enhet läkemedel arbetar för att minska läkemedelsrelaterade fel och säkerställa kvalitet i hela processen från ordination till utdelning. Enheten består av kliniska farmaceuter, avdelningsfarmaceuter och läkemedelsassistenter. Chefapotekaren har det övergripande ansvaret för läkemedelsförsörjningen.

Under året har kvartalsvisa Läkemedelsforum hållits gemensamt för CSK och Hässleholms sjukhus. Forumet, där chefapotekare, chefläkare, chefsjuksköterska och representanter från enhet läkemedel och patientsäkerhet deltar, är en plattform för att diskutera förvaltningsövergripande läkemedelsfrågor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan verksamheter inom förvaltningen

Vårdens övergångar utgör en betydande patientsäkerhetsrisk, där brister i samverkan försvåras av sjukhusets linjestruktur. Förbättrad horisontell samverkan är avgörande för en säker patientprocess. Ett övergripande arbete kring hantering och utredning av avvikelser för att stärka samverkan kring patienten pågår. Under året har enhet patientsäkerhet påbörjat ett arbete med att göra kvalitativ analys av avvikelser för att identifiera risker och skapa ett bra underlag för dialog med verksamheterna. Detta arbete kommer att fortsätta under 2026.

Samverkan med andra förvaltningar, primärvård och kommun

Sedan 2024 har CSK aktivt arbetat med vårdssamverkan, där en chefssamverkare fungerar som navet i sjukhusets samverkansorgan gentemot andra förvaltningar och vårdgivare. Detta har förbättrat kontakterna med samverkanspartners och bidragit till öppna och positiva dialoger med patienten i fokus. Chefssamverkaren stödjer även verksamheterna i det dagliga samverkansarbetet, exempelvis vid utskrivningsprocesser, och fungerar som kontaktpunkt för kommun och primärvård vid frågor som inte kan lösas i verksamheten.

Sedan våren 2025 har CSK etablerat ett dialogforum med privat och offentlig primärvård samt förvaltning Nära vård och hälsa, för att stärka samarbetet kring patienten på både strategisk och operativ nivå. Från 2026 kommer även psykiatriförvaltningen att delta i dessa forum.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

1. Uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § 3

Under året har ett antal målgruppsanpassade utbildningsinsatser genomförts gällande sekretess och tystnadsplikt för vårdverksamheter. Däri ingår anpassat innehåll som utlämnande av handling, behörighetshantering, logguppföljning, dataintrång samt skyddade personuppgifter.

Bakgrunden är brister i informationshanteringen och som rör patienters personuppgifter och hälsodata. Syftet var att belysa dessa sårbarheter och omsätta interna och externa krav i praktiken i mötet med vårdverksamheterna.

Verksamheternas kontaktpersoner för informationssäkerhet och dataskydd har densamma för att möta upp eventuella frågor inom verksamhetsområdet.

VE neonatal, 2 tillfällen

VO Öron-näsa-hals, 3 tillfällen

2. Riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §

Risk- och konsekvensbedömning genomförs fortlöpande vid incidentutredningar och ingår i det systematiska arbetet. Syftet är att identifiera sårbarheter i informationshanteringen och påverkan på personuppgifters konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet i ett tidigt skede, se nedan.

Under året har totalt 40 riskanalyser genomförts i samband med utredning av säkerhetsincidenter där bristande informationshantering har identifierats. Av dessa incidenter har 31 påverkat personuppgifter varav sju med risk för den registrerades fri- och rättigheter vilket även medfört en anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY. Vid två av personuppgiftsincidenterna föreligger en hög risk med krav på skriftlig information till den registrerade.

Risk- och konsekvensbedömningar har genomförts i samband med införandet av nya eller förändrade tjänster, MT-produkter och system. Det är aktuellt när informationsmängder och personuppgifter ska hanteras. Detta görs för att ge informationen tillräckligt starkt skydd med utgångspunkt från både individ och organisation, se nedan riskanalyser som varit aktuella under året:

- 1177 Historisk journaldata
- Läkemedelsförsörjning
- Ärendehanteringssystem för samordning av vårdgarantin
- MeadDream
- Musikstreamingtjänst
- Inköp av narkosapparater

3. Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4

En förändring i arbetssättet med incidenthanteringen har införts genom att alla säkerhetsavvikelser koordineras till Dataskyddsorganisationen nordost (DSONO). Därigenom kan brister i informationshanteringen uppmärksammas med tidigare åtgärder som kan förebygga incidenter. Extra resurs har tillförts DSONO för område arkiv- och informationshantering, vilket frigör tid för arbetet med informationssäkerhet och dataskydd samt incidenthanteringen.

Det finns två grundläggande digitala utbildningar ”Säker informationshantering” och ”IT- och cybersäkerhet” som är obligatoriska och ska genomföras årligen av alla medarbetare. Säker informationshantering, 499 medarbetare har genomfört utbildningen. IT- och cybersäkerhet, 222 medarbetare har genomfört utbildningen.

4. Utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Hänvisar till den regionala patientsäkerhetsberättelsen.

5. Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Registrerade loggkontroller som är utförda enligt Region Skånes instruktion - Granskning av åtkomst till patientuppgifter. Under 2025 har totalt 527 loggkontroller registrerats. Däri ingår 11 riktade kontroller vid misstanke om olovlig åtkomst till patientuppgifter. Vid ett av dessa ärenden har medarbetare olovligen tagit del av patientuppgifter vilket har medfört en anmälan om dataintrång till Integritetsskyddsmyndigheten.

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhetskultur är ett komplext område som måste genomsyra verksamheten på alla nivåer för att säkerställa god och säker vård. Genom ökad samverkan och att lyfta kulturens betydelse i olika forum arbetar vi för att öka medvetenheten om dess roll i patientsäkerheten. Målet är att förflytta oss från ett reaktivt till ett proaktivt arbetssätt, där patientsäkerhet är en integrerad del i verksamhetsutvecklingen.



Exempel på insatser för att stärka patientsäkerhetskulturen:

- *Gröna korset* – ett strukturerat arbetssätt för att identifiera risker och bidra till reflektion. Används inom många enheter på sjukhuset.
- *Utbildningssjuksköterskor* – arbetar nära verksamheten och har möjlighet att fånga upp händelser i stunden, identifiera kunskapsbrister, ge hands-on-undervisning samt bidra till reflektion vilket hjälper nya sjuksköterskor att utveckla ett professionellt omdöme.
- *Övergripande arbete med avvikelser* – avvikelser koordineras av enhet patientsäkerhet. Vid behov tar verksamheter kontakt och enhet patientsäkerhet bidrar då med stöd i utredning och samverkan i de fall flera verksamheter är involverade.
- *Samordnad utredning av allvarliga avvikelser och lex Maria* – ett etablerat arbete där enhet patientsäkerhet bidrar med händelseanalysteam och samordning där olika perspektiv delas och tas tillvara.
- *Medicinskt råd för patientsäkerhet* – gruppen består av läkare i ledningsfunktion d.v.s. verksamhetschef eller medicinskt ledningsansvarig från samtliga verksamheter på CSK och Hässleholms sjukhus. Chefläkare är sammankallande. Dialog och utbyte av erfarenheter i gruppen skapar ett nätverk mellan de olika verksamheterna för informationsutbyte, ökad kunskap och ökad medicinsk samverkan.

Adekvat kunskap och kompetens

Varje verksamhet ansvarar för kompetensutveckling inom sitt eget område och att upprätthålla kunskapsnivån. Detta sker bland annat genom temaföreläsningar, utvecklingsdagar, morbidity and mortality-conference (M&M) och scenarioträningar. En särskild utmaning är att stärka kompetens inom teamarbete, professionellt omdöme och systematisk reflektion – områden som ofta faller utanför traditionella utbildningssystem.



Yrkeskompetens – Utbildningssjuksköterskor

Att säkerställa rätt kompetens är en utmaning i en verksamhet med ökad vårdtyngd och mer avancerad vård. På CSK finns avdelningsbundna utbildningssjuksköterskor i många verksamheter, med målet att täcka alla avdelningar. Flera verksamheter har även utbildningsundersköterskor.

Målet är att skapa en gynnsam lärandemiljö och trygg arbetsmiljö, samt främja kompetensutveckling för sjuksköterskor och undersköterskor och syftar till att ge medarbetarna förutsättningar att bedriva en patientsäker vård utifrån sin erfarenhet och kompetens. Detta sker genom anpassad introduktion, fokusveckor (gemensamt eller avdelningsspecifika) och regelbundna reflektionstillfällen. Under 2025 har dock vissa avdelningar förlorat dessa roller, och alla vakanta tjänster har ännu inte kunnat tillsättas.

Kompetens inom patientsäkerhet:

Fokusmånader patientsäkerhet

Enhet patientsäkerhet lyfter aktuella patientsäkerhetsrisker månadsvis. Under 2025 har dessa varit: Patientsäkerhet inom öppenvård, vårdhygien, sår/trycksår/nutrition, in- och utfarter, patientsäkerhet/arbetsmiljö, läkemedel samt personuppgiftshantering. Månadens fokustema har kommunicerats i samverkan med kommunikator och har innehållit olika aktiviteter såsom föreläsningar av både interna och externa experter, APT-material och utbildning för enhetschefer. 2026 övergår fokusmånader till fokusområden.

Patientsäkerhetsombud

Under 2025 har möten med patientsäkerhetsombud genomförts med god närvaro och stort engagemang. Dessa möten har stärkt kontakten mellan enhet patientsäkerhet och verksamheterna samt främjat samverkan i patientsäkerhetsfrågor.

Internationella patientsäkerhetsdagen

Temat för 2025 var "Säkerhet för varje nyfödd och varje barn". Personal från neonatalavdelningen och BB-avdelningen visade upp sina verksamheter i Centralhallen på CSK. En digital lunchföreläsning hölls av Steven Lucas, överläkare vid VO Barn och ungdom, med titeln *Våga se, våga agera* – Viktiga tecken som kan betyda att ett barn far illa.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Personcentrerad hälso- och sjukvård innebär en omställning mot hälso- och sjukvård där patientens specifika behov och delaktighet står i centrum.

Målen är att:

- Stärka partnerskapet mellan patient och hälso- och sjukvården
- Utveckla en sömlös vårdkedja för patienten
- Införa personcentrerade vårdförlopp
- Identifiera och stödja fler våldsutsatta personer

Genom att etablera starka partnerskap och föra kontinuerliga dialoger med både patient och närstående, via till exempel referensråd och expertråd för barn och unga kan anpassning av vårdinsatser genomföras. Arbetet fortskrider med att stärka kunskap och medvetenhet kring personcentrerad vård hos alla medarbetare. Ökad kunskap och medvetenhet hos medarbetare bidrar till utvecklingen av personcentrerad vård.

Implementeringen av personcentrerade vårdförlopp och regionalt ramverk för personcentrerad vård utgör grunden för den framtida utvecklingen under 2026. En central del i arbetet är att skapa en sammanhållen vårdkedja som fungerar friktionsfritt över organisatoriska gränser för att öka tydligheten för den enskilde patienten. Varje steg i vårdkedjan skall vara effektiva och tydliga för patienten. För att uppnå detta bedrivs all sjukvårdsverksamhet över organisatoriska gränser och koordineras utifrån patientens behov. Arbetet med att införa personcentrerade vårdförlopp pågår och förvaltningen är representerad i de regionala arbetsgrupperna.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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 §

Avvikelse koordineras centralt av enhet patientsäkerhet, vilket ger en god överblick över negativa händelser. Verksamheterna hanterar mindre negativa händelser själv och vid behov stöd från enhet patientsäkerhet. Trots utmaningar med införandet av ett nytt avvikelssystem under 2025 har arbetet fortsatt med god kvalitet, tack vare tidigare utbildningsinsatser och nära samarbete med verksamheterna.



Större negativa händelser utreds enligt Löfs metodik för händelseanalys. Under 2025 har flera övergripande analyser genomförts, där verksamheterna redan påbörjat utredningar, vilket underlättat åtgärdsarbetet och spridning av kunskap. Fyra personer med erfarenhet av att leda händelseanalyser har varit tillgängliga, vara två timanställda tidigare medarbetare.

Identifierade riskområden har 2025 varit:

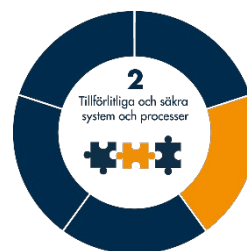
- *Rutiner och riktlinjer* – Brister i exempelvis läkemedelshantering och NEWS2 är återkommande. Arbetet med dessa fortsätter 2026.
- *Informationsöverföring* – Säker rapportering och dokumentation är avgörande, särskilt vid patientförflyttningar och specialistkonsultationer. Hög belastning och vårdplatsbrist har bidragit till brister.
- *Kunskap och kompetens* – Fokus på rätt kompetens vid hög belastning och trygg handledning för nya medarbetare. Introduktionsutbildningar och scenarioträningar fortsätter 2026.
- *Patientens delaktighet* – Bristande lyhördhet för patienters och anhörigas information har bidragit till vårdskador. Ett personcentrerat förhållningssätt ska lyftas systematiskt.
- *Omgivning och organisation* – Ökad belastning på akutsjukvård och slutenvård har varit en bakomliggande orsak till flera händelser. Ett sjukhusövergripande projekt för att hantera akuta inflöden över kapacitet inleds 2026.

Kunskap från utredningar sprids enligt enhet patientsäkerhets kommunikationsplan och via nätverk och samverkansgrupper. Under 2025 har flera verksamhetsområden infört systematiska genomgångar av morbiditet och mortalitet (M&M) som en kanal för återkoppling efter händelseanalyser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Säker sepsis på CSK 2025

Som en övergripande kvalitetskontroll har CSK under 2025 efter beslut av förvaltningschefen deltagit i Löfs (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) Säker sepsis-projekt.



Projektet och granskningen syftade till att höja kvalitén och säkerheten i omhändertagandet av sepsispatienter, inom befintliga resurser och förutsättningar. För CSK blev projektet en egenkontroll avseende sjukhusets förmåga att hantera sepsispatienter.

Projektet samordnades av enhet patientsäkerhet och kliniskt verksamma representanter från akutsjukvården och prehospital vård deltog. Arbetet baserades på patientfall där deltagarna besvarade frågor om rutiner och hantering. Granskningen resulterade i en rapport med styrkor och förbättringsområden.

Styrkor som presenterades:

- Nära kontakt mellan patientsäkerhetsorganisationen och verksamheterna
- Implementering av NEWS2 och välfungerande MIG-funktion
- Systematisk akut hantering av infektionspatienter, inklusive sepsisalarm och IVA-gränssnitt
- God tillgång till akut infektionskonsult

Utifrån föreslagna förbättringsområden inleddes arbete på CSK enligt följande:

- Sepsisnätverk – startades hösten 2025 med representanter från akut- och slutenvården för erfarenhetsutbyte och samordning av utbildning.
- Intermediärvårdsplatser – projekt påbörjades under chefsjuksköterskans ledning för att möta behov inom intermediärvård. Arbetsgruppen deltog i en nationell nätverksdag anordnad av SENA. Avrapportering av projektet sker 2026.
- Utbildningsinsatser 2026 – fokus på säkerhet för inneliggande patienter med sviktande vitala funktioner, inklusive NEWS2, MIG-funktionen och gemensamma riktlinjer. Planering påbörjades under 2025 och sker i samverkan mellan enhet patientsäkerhet, utbildningsansvariga och HLR-organisationen/Practicum.

Öka säkerheten i läkemedelsprocessen

Läkemedelsavstämningar ska utföras av läkare på mottagningar och vårdavdelningar, men det är tidskrävande och komplext och ofta brister dokumentationen i journalsystemet Melior. För att öka säkerheten genomförs läkemedelsavstämningar och tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar även av farmaceuter från enhet läkemedel. Avdelningsfarmaceuter bemannar slutenvårdsavdelningar och bidrar till förbättrad läkemedelshantering samt utbildar vårdpersonal inom läkemedelsområdet.

Under 2025 har Region Skåne, i samband med byte av läkemedelsleverantör, tagit hem tjänsterna läkemedelsservice och vätskevagnsservice i egen regi. Dessa tjänster ingår nu i läkemedelssupport, vilket ger avdelningarna ett mer heltäckande stöd för läkemedelsbeställningar.

Egenkontroller av vården

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. I takt med att SKR har avslutat sina nationella granskningar har Region Skåne tagit fram egna mätningar för att granska vård och följsamhet till rutiner. PPM omvårdnad startade under 2024 och under 2025 startade punktprevalensmätning av basala hygien- och klädrutiner (PPM BHK). CSK:s verksamheter deltar i dessa mätningar. Resultat och analys i bilaga 1.

Säker vård här och nu

Antalet överbeläggningar på CSK är fortsatt högt, men under 2025 har den genomsnittliga beläggningsgraden minskat, vilket är ett positivt steg mot en mer balanserad vårdkapacitet. Utlokaliserade patienter har hållits på en låg nivå, tack vare följsamhet till handlingsplaner och effektiv vårdplatskoordinering. Införandet av chefssamverkare har också förbättrat kommunernas mottagande av färdigbehandlade patienter.



Efter att CSK 2024 tog över det akuta vårdflödet från Höör och Hörby har belastningen på akutmottagningen ökat markant. Detta har lett till brist på lokaler och personal, vilket resulterat i fler patientsäkerhetsavvikelser kopplade till bristande övervakning och omvårdnad. Behovet av att hantera variationer i det akuta vårdflödet är stort och har identifierats som en övergripande process att arbeta med under 2026.

Inom slutenvården utgör kronisk hög belastning, personalbrist och låg kompetensnivå en risk för patientsäkerheten, särskilt för multisjuka och patienter med komplex problematik. Detta har framkommit i avvikelser, hjärtstoppsgranskningar och Säker sepsis granskningen. Förbättrad säkerhet för inneliggande patienter är ett prioriterat fokusområde för 2026, med målet att säkerställa kvalitet och säkerhet för alla patienter.

Leveransproblem av läkemedel

Även under 2025 har det förekommit problem med restnoteringar av läkemedel. Då dessa leveransproblem kan leda till inadekvat eller försenad behandling är det viktigt att snabbt hitta lämpliga ersättningspreparat och säkerställa lagerhållning av dessa. Under året har man arbetat med att stärka förvaltningarnas robusthet, bland annat genom att etablera ett

regionalt sortimentsforum.

Säkerhet kring medicinska gaser

Under 2025 har riskvärderingen av den centrala gasanläggningen, i enlighet med förordning om medicintekniska produkter (MDR), reviderats och en ny försäkran om överenskommelse har signerats av verksamhetschef för område teknik. Den lokala gaskommittén har haft regelbundna möten där deltagarna bland annat diskuterat resultat från årlig driftkontroll, farmaceutisk gasinspektion, inträffade avvikelser samt gasförbrukning och kapacitet.

Riskhantering

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

Alla verksamheter uppmanas att genomföra riskanalyser för att stärka patientsäkerheten. Dessa utförs på enhets-, verksamhets- och övergripande nivå av utbildade riskanalysledare eller, vid större analyser, med stöd av förvaltningens patientsäkerhetssamordnare. Flera enheter arbetar med Gröna korset-metodiken som en del i sin riskhantering.

Enhet patientsäkerhet leder och stöttar vid riskanalyser på förvaltningsnivå samt i verksamheter utan egna riskanalysledare. I vissa fall kombineras riskanalyser med arbetsmiljöbedömningar i samarbete med HR.

Riskanalyser där enhet patientsäkerhet varit delaktiga 2025:

Förvaltningsövergripande riskanalyser
• Byte av tryckvakt och tryckövervakare gasförsörjningen på CSK • Neddragning av öppettider akuten Hässleholms sjukhus - påverkan på CSK • Förändrad organisationsstruktur för förberedelse- och eftervårdsavdelning CSK samt förberedelseavdelning dagkirurgi CSK
• Wifi-avbrott
Riskanalyser tillsammans med andra förvaltningar
• Införande av ny kväll- och helgmottagning Kristianstad - Förvaltning Nära vård och hälsa

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

I februari 2025 gick Region Skåne över till att använda ett nytt regionalt avvikelssystem som nås via Ritz och därmed fasades det förra systemet AvIC ut.

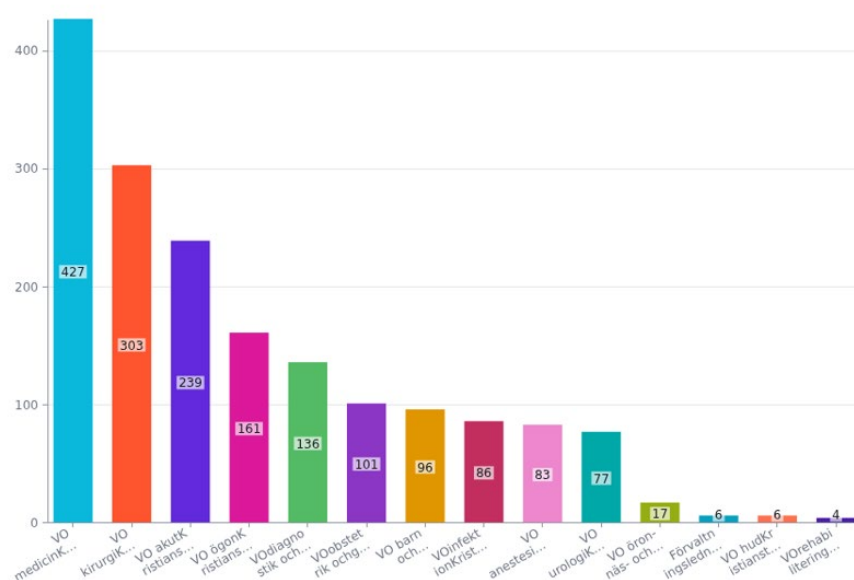


Vid uttag av statistik för 2025 gällande avvikelser hämtas uppgifter från januari till halva februari från AvIC.

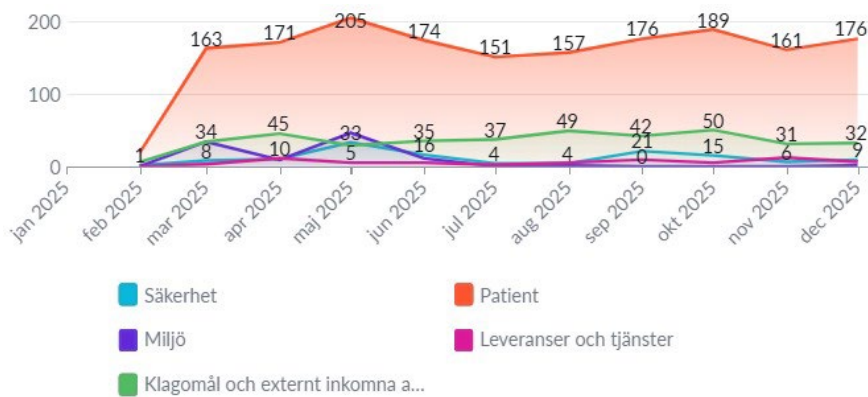
Registrering av avvikelser

Nedanstående korta sammanställning inkluderar enbart patientsäkerhetsavvikelser och baseras på de fasta klassificeringsval som finns i avvikelssystemet. Man kan välja flera orsaker och åtgärder per avvikelse. Avvikelser registrerade på CSK koordineras av patientsäkerhetssamordnare till utredande enhet för vidare handläggning. På detta sätt utförs en löpande analys av avvikelser då mönster kan ses i rapporteringen eftersom majoriteten av alla avvikelser passerar ett fåtal personer. Analys sker också genom att avvikelserna kategoriseras till exempel genom att de taggas (markeras med en "tagg" för att tillhöra en grupp av avvikelser som belyser liknande händelser) och kan på så sätt grupperas. Uppmärksammade mönster i avvikelserapporteringen kan därefter leda till aktiviteter, till exempel möten, utbildningsinsatser, mer omfattande utredningar med mera.

På CSK registrerades 1 742 patientavvikelser i Ritz avvikelssystem under 2025, och i AvIC registrerades 277 avvikelser från 1 januari fram till stängning av systemet i februari. Det totala antalet landar därmed på 2 019 avvikelser med berört område patient. De vanligast förekommande inledande klassificeringarna i fallande ordning var *administration/dokumentation*, *information/kommunikation* och *fall/fallskada*. Avvikelserna klassificeras också efter orsak, med *procedurer/rutiner/riktlinjer* (39 %), *information/kommunikation* (21 %) och *omgivning/organisation* (12 %) som mest frekventa. Åtgärdernas klassificering domineras av *information/kommunikation* (53 %), *procedurer/rutiner/riktlinjer* (21 %) samt *utbildning/kompetens* (10 %).



Antal avvikelser fördelat på VO för CSK 2025



Antal avvikelser registrerade per månad på CSK fördelat på berört område

Hjärtstoppgranskning

Systematisk granskning av intrahospitala hjärtstopp på CSK har pågått sedan 2022. Under 2025 har målet varit att granska hjärtstoppen i närtid för att ge verksamheterna snabb återkoppling. Granskningen har fortsatt fokuserat på följsamhet till riktlinjer för NEWS2, bevittnade/obevittnade hjärtstopp och behandlingsbegränsningar.

Resultat:

70 patienter drabbades av hjärtstopp på CSK, varav 27 överlevde (>30 dagar), vilket ger en överlevnad på 39 %. Förbättringar ses i systematisk kontroll enligt NEWS2 och i diskussioner om behandlingsbegränsningar, där lagkrav och dokumentation blivit tydligare. Brister identifierades i 6 fall där avvikelser skrevs av granskare, och ytterligare 6 ärenden skickades tillbaka till verksamheterna för bedömning.

Förbättringsområden inkluderar:

- Ökad kunskap om avvikande vitalparametrar enligt NEWS2
- Införande av NEWS2 på akutmottagningen
- Förbättrad samverkan i teamet kring behandlingsnivå och begränsningar

Dessa förbättringsområden kommer att ingå i satsning 2026 för enhet patientsäkerhet med fokusområde ”förbättrad säkerhet för inlagda patient med sviktande vitala funktioner”. Granskningen av hjärtstopp på CSK är en viktig egenkontroll av kända risker och vidtagna åtgärder och fortsätter därför under 2026.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål från patienter och anhöriga handlar oftast om vård och behandling, exempelvis väntetid till bedömning/diagnos eller upplevd felaktig behandling. Andra vanliga klagomål gäller bemötande samt otydlig eller bristande kommunikation vid kontakt med vården. Synpunkter och klagomål inkommer även via Patientnämnden och IVO. Synpunkter från andra vårdgivare, såsom kommuner och privata vårdgivare, rör sig i de flesta fall om hantering av utskrivningsprocessen i Mina planer, uteblivna epikriser eller brister i läkemedelslistan/ordination.

Antal inkomna klagomål och synpunkter till CSK som registrerats i avvikelssystemet

Årtal	Patient	Anhörig	Patient-nämnden	IVO	Kommun	Privat vårdgivare
2025	32	25	60	36	226	34
2024	25	15	50	15	213	36

Källa: AvIC och Ritz avvikelshantering

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Sjukvårdens snabba utveckling och höga komplexitet kräver nya arbetssätt, både i styrning och patientnära arbete. Anpassningar sker kontinuerligt, men förändringar tenderar att släpa efter. För att öka takten är riskmedvetenhet, samverkan och teambaserade arbetssätt med patienten i centrum avgörande.



Scenarioträning är en viktig insats för att höja kompetensen i praktiska moment och stärka teamarbete. Flera enheter genomför regelbunden scenarioträning, ibland baserad på inträffade händelser eller etiska dilemman. För att stödja detta har en närmare samverkan mellan enhet patientsäkerhet och Kliniskt träningscenter etablerats, vilket förstärkts ytterligare under 2025 inom fokusområde patientsäkerhet.

Läkemedelshantering är ett område med snabb utveckling och nya risker som kräver kontinuerlig övervakning. En nära samverkan mellan enhet läkemedel och enhet patientsäkerhet säkerställer snabb hantering av nya risker.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Det övergripande målet för sjukhuset gällande patientsäkerhet är att fortsätta utveckla ett proaktivt patientsäkerhetsarbete. För att uppnå detta krävs att kunskap och förståelse för det proaktiva arbetet genomsyrar alla nivåer i organisationen. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet måste vara tydligt och förankrat i ett välfungerande ledningssystem. Patientsäkerheten ska vara en naturlig del av sjukhusets mål, utveckling och resursprioritering.

Ett viktigt steg togs under 2025 genom förvaltningsledningens arbete med att formulera mål. Arbetet har utgått från Region Skånes övergripande mål, men för att göra dessa mer relevanta för medarbetarna har målen kopplats till *Agera för säker vård*, Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet. Målen är långsiktiga och beskrivs mer utförligt i sjukhusets verksamhetsplan, som tillsammans med patientsäkerhetsberättelsen utgör sjukhusets lokala handlingsplan för patientsäkerhet.



Sjukhusets tre långsiktiga mål:

1. Bättre liv och hälsa för fler
2. Tillgänglighet och kvalitet
3. Attraktiv arbetsgivare – professionell verksamhet

Till dessa mål har kvalitetsaspekter kopplats, vilka beskrivs nedan. Dessa kvalitetsaspekter är i sin tur kopplade till både övergripande och verksamhetsspecifika processer, för att säkerställa att arbetet bedrivs på lägsta effektiva nivå.

Bättre liv och hälsa för fler

På CSK kopplas handlingsplanens grundförutsättning *Patienten som medskapare* till detta mål. Under 2026 kommer CSK att fokusera på följande kvalitetsaspekter:

- Bedriva vård utifrån personcentrerat arbetssätt
- Effektiv användning av vårdens resurser
- Patientinvolvering på alla nivåer

Tillgänglighet och kvalitet

Målet knyter an till två av handlingsplanens prioriterade fokusområden, *Säker vård här och nu* och *Tillförlitliga och säkra system och processer*.

Under 2026 kommer CSK att arbeta med följande kvalitetsaspekter:

- Rätt vård i rätt tid genom god produktionsplanering
- Säkerställd kvalitet och säkerhet för alla patienter
- Kontrollerad hantering av variationer i det akuta flödet

Fokusområde patientsäkerhet 2026, "Förbättrad säkerhet för inneliggande patient med sviktande vitala funktioner". Detta är en övergripande process som syftar till att bidra till "Säkerställd kvalitet och säkerhet för alla patienter".

Attraktiv arbetsgivare – professionell verksamhet

För att nå detta mål betonas tre av handlingsplanens grundförutsättningar: *Engagerad ledning och tydlig styrning*, *En god säkerhetskultur*, *Adekvat kunskap och kompetens*. Dessa förutsättningar bidrar inte bara till en god patientsäkerhet, utan även till en god arbetsmiljö. Att arbeta integrerat med patientsäkerhet och arbetsmiljö kan förstärka effekterna av arbetet.

Följande kvalitetsaspekter är kopplade till detta mål:

- Säkra hållbar och långsiktig kompetensförsörjning
- God arbetsmiljö som skapar förutsättning för patientsäkert arbete
- System och kompetens för att bedriva ett patientsäkert arbete
- Agera och styra på fakta

Enhet patientsäkerhet kommer som en övergripande process kopplat till "System och kompetens för att driva ett patientsäkert arbete" påbörja ett arbete med att utveckla och förankra ett ledningssystem för patientsäkerhet.

Utmaningar

Vården står inför många utmaningar, varav flera inte är specifika för CSK. För vårt sjukhus, som är beläget i nordöstra Skåne, är dock en hög medelålder i befolkningen, med en stor och ökande andel multisjuka och sköra äldre, en särskild utmaning. Den demografiska strukturen och det geografiska läget innebär också svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare jämfört med de mer tätbefolkade delarna av Skåne.

En annan betydande utmaning är sjukhusets fysiska kapacitet. Sedan upptagningsområdet utökades med Höör och Hörby under 2024 har kapaciteten inte varit tillräcklig, särskilt på akutmottagningen och operationsavdelningen. Begränsningarna i lokalerna påverkar möjligheten att upprätthålla adekvata patientflöden.

BILAGA 1.

Egenkontroll

PPM-mätningar

Under 2025 genomförde Region Skåne andra och tredje omgången av PPM-omvårdnad inom vuxen slutenvård. Samtliga avdelningar på CSK deltog. I denna granskning ingår fem olika omvårdnadsområden men även frågor som vänder sig direkt till patienten om dennes upplevelse av vårdtiden. Bland deltagarna svarade 88 procent att de upplevde tillräcklig delaktighet i den egna vården. Medan 82--86 procent kände att de fick tillräckligt med information om sina läkemedel respektive sitt hälsotillstånd och vård.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
PPM Omvårdnad	2 ggr/år	Region Skåne
PPM BHK	2 ggr/år	Region Skåne
Nationell patientenkät – vid nationell mätning samt vid extra mätningar som Region Skåne valt att delta i	Vartannat år	Nationell patientenkät, www.patientenkät.se
Data/indikatorer som ingår i uppdraget från hälso- och sjukvårdsnämnd följs upp i delårsredovisning och verksamhetsberättelse.	2 ggr/år	Regional statistik i QlikView Kvalitetsapplikation

Trycksår och riskbedömningar

2025 har 83 procent av patienter över 65 år riskbedömts avseende trycksår vilket är en ökning med drygt 4 procentenheter jämfört med förra året. Av de patienter som man finner ha risk, har 88 procent en i Melior dokumenterad vårdplan för trycksårsprevention. För att nå målet att minst 95 procent av riskpatienterna ska ha en dokumenterad vårdplan behövs ytterligare arbete, även om utvecklingen går i rätt riktning.

Som ett led i arbetet att förebygga trycksår har sårkoordinatorerna, i samverkan med bland annat VO Rehabilitering och dietister, regelbunden utbildning för vårdmedarbetarna. Där tar man upp behandling av trycksår och förebyggande insatser för att förhindra dess uppkomst. Trycksårsmätning genomförs inom ramen för PPM omvårdnad i Region Skåne. Nedan följer ett urval av de resultat som framkom vid mätningen.

Patienter med nytillkommet trycksår (samtliga kategorier)

Granskningsperiod	Antal patienter med nytillkommet trycksår	Andel patienter med nytillkommet trycksår
2025-10	7	4,6%
2025-05	12	6,9%
2024-10	12	6,9%

Källa: Qlik Sense PPM omvårdnad

Trycksårsförebyggande åtgärder till patienter med risk för trycksår

Gransknings-period	Totalt antal patienter med behov av trycksårsförebyggande åtgärder	Tillräckligt med förebyggande åtgärder finns - andel % (antal patienter)	Det finns förebyggande åtgärder men inte i tillräcklig omfattning - andel % (antal patienter)	Finns inga förebyggande åtgärder - andel % (antal patienter)
2025-10	88	88,6% (78)	5,7% (5)	5,7% (5)
2025-05	69	76,8% (53)	11,6% (8)	11,6% (8)
2024-10	118	88,1 % (104)	6,8 % (8)	5,1 % (6)

Källa: Qlik Sense PPM omvårdnad

Delmål Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2025	Utfall 2024
Riskbedömning avseende trycksår	ID0021	>79,5	82,6%	78,6 %
Vårdplan avseende trycksår	ID0223	>95	88,1%	85,8 %

Fall och fallriskbedömningar

2025 når CSK 82 procent avseende hur stor andel av patienterna över 65 år som har riskbedömts för fall, vilket innebär att målnivån uppfylls och en ökning med 4 procentenheter sedan föregående år. Vårdplan upprättades hos 93 procent av patienterna som bedömdes ha förhöjd risk för fall.

Resultat från PPM omvårdnad rörande fall och fallprevention följer nedan: Under vårdtiden på CSK föll 1,7 procent (3 patienter) vid vårens mätning respektive 3,3 procent (5 patienter) vid höstens mätning av inneliggande patienter.

Andel och antal riskpatienter med fall förebyggande åtgärder

Gransknings-period	Totalt antal patienter med fallrisk	Tillräckligt med förebyggande åtgärder finns	Det finns förebyggande åtgärder men inte i tillräcklig omfattning	Finns inga förebyggande åtgärder
2025-10	115	90,4 % (104)	1,7% (2)	7,8 % (9)
2025-05	101	83,2% (84)	5,9% (6)	10,9% (11)
2024-10	135	83,7 % (113)	4,4 % (6)	11,9% (16)

Källa: Qlik Sense PPM omvårdnad

Delmål Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2025	Utfall 2024
Riskbedömning avseende fall	ID0012	>79,5	81,9%	78,1 %
Vårdplan avseende fallrisk	ID0013	>95	93,3%	91,5 %

Undernäring och riskbedömningar

Under 2025 riskbedömdes 78 procent av alla patienter för 18 år på CSK avseende undernäring, detta var en ökning med 3 procentenheter jämfört med föregående år.

För de patienter som bedömdes ha risk för undernäring upprättades en vårdplan med förebyggande åtgärder hos 82 procent av patienterna som var 18 år eller äldre. Det innebär en minskning av andelen patienter med vårdplan med en (1) procentenhet jämfört med föregående år. Varken när det gäller riskbedömning eller upprättande av vårdplaner når CSK de uppsatta målen. Även om PPM omvårdnad pekar på att det blir bättre när det gäller att förebygga undernäring finns mer arbete att göra.

Andel och antal patienter med risk för undernäring enligt PPM omvårdnad

Granskningsperiod	Totalt antal patienter med risk för undernäring	Tillräckligt med förebyggande och behandlande åtgärder finns	Beräknar energibehov finns	Påbörjad mat- och vätskeregistrering finns
2025-10	58	70,7% (41)	62,2% (36)	72,4 % (42)
2025-05	55	60,0% (33)	41,8% (23)	72,7% (40)
2024-10	66	66,7 % (44)	40,9 % (27)	71,2% (47)

Källa: Qlik Sense PPM omvårdnad

Delmål Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2025	Utfall 2024
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	ID0337	>79,5	77,7%	73,3 %
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	ID0338	≥95	81,9%	85,7 %

Intravenösa infarter

Vid mätningen oktober 2025 hade 115 patienter på CSK en eller flera PVK. Av dessa hade 6,1 procent (7 patienter) komplikation i samband med sin PVK. Vid mätningen på våren var motsvarande siffra 11,8 procent (14 patienter) av de 119 patienterna med PVK.

Andel och antal patienter med olika typer av anmärkningar vid granskning av PVK

Anmärkning	2025-10	2025-05	2024-10
Det finns blod eller vätska under det inre förbandet	16,5% (19)	12,6% (15)	20,4 % (22)
Etikett för märkning av infart saknas eller är felaktig	16,5% (19)	29,4% (35)	34,3 % (37)
PVK är inte märkt med datum, klockslag och signatur	26,1% (30)	44,5% (53)	33,3 % (36)
PVK är inte väl fixerad med ett inre högpermeabelt förband	3,5% (4)	2,5% (3)	3,7 % (4)
PVK är inte väl fixerad med helt och rent yttre förband	15,7% (18)	21,8% (26)	11,1 % (12)

Källa: Qlik Sense PPM omvårdnad

Mätning för Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomfördes hösten 2025 i Region Skåne. Nedan följer ett urval av de resultat som framkom vid mätningen på CSK.

BHK CSK	Hösten 2025
Följsamhet till klädregler	96,2 %
Följsamhet till basala hygienrutiner	78,4%
Följsamhet till samtliga nio BHK-regler 75,8%	

BHK CSK	Arbetskläder	Fri från klockor, smycken med mera	Korta naglar, fri från nagellack	Kort eller uppsatt hår/skägg med mera
Följsamhet i de 4 olika stegen gällande klädregler	98,3%	98,9%	98,6%	100%

BHK CSK	Desinfektion av händer före	Desinfek- tion av händer efter	Hand-tvätt med tvål och vatten	Användning av undersöknings- handskar	Användning av engångs- förkläde
Följsamhet i de 5 olika stegen gällande basala hygienrutiner	82,3%	93,9%	95,8%	96,1%	95,0%