

Patientsäkerhetsberättelse för Hässleholms sjukhus 2025



Datum: 2026-02-04

Pernilla Bask Lindeberg, chefläkare Hässleholms sjukhus

Lena Jeppsson, chefsjuksköterska Hässleholms sjukhus

Diarienummer: 2026-O000432

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 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Enhet läkemedel och chefapotekare.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet.....	9
1. Uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § 3	9
2. Riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §	9
3. Åtgärder som vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4.....	10
4. Utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem	10
5. Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring	11
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens.....	12
Fokusmånader/Fokusveckor	13
Patientsäkerhetsombud	13
Utbildning i orsaksutredning.....	13
Utbildningssjuksköterskor	14
Nationella patientsäkerhetsdagen 17 september 2025	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Öka säkerheten i läkemedelsprocessen.....	18
1. Läkemedelsavstämningar och tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar.....	18
2. Utbildningsinsatser kring läkemedel	18
Egenkontroller av vården.....	18
1. Basala kläd- och hygienregler.....	19
2. Minska förekomsten av trycksår, fallhändelser och undernäring.....	20

3. PPM omvårdnad.....	22
Säker vård här och nu	23
Riskhantering.....	23
1. Leveransproblem av läkemedel	24
2. Säkerhet kring medicinska gaser	24
3. Gröna korset	25
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Avvikelse.....	25
1. Koordinering av avvikelser.....	26
2. Statistiken.....	27
Klagomål och synpunkter	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	30

SAMMANFATTNING

År 2025 har inneburit flera förändringar för Hässleholms sjukhusförvaltning. Skapandet av förvaltningen Nära Vård och Hälsa har inneburit att akutmottagningen vid Hässleholms sjukhus gått över i den nya förvaltningen men läkarresursen är kvar inom förvaltning Hässleholms sjukhus. Samtidigt har den akuta ortopediavdelningen vid Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), som organisatoriskt tillhör Hässleholms sjukhus, gått över till att ingå i CSK nya organisation avseende opererande verksamheter, det vill säga ledningsansvar och vårdplatssituation. Akutuppdraget tillhör alltjämt Hässleholms förvaltning. Patientsäkerhetsorganisationen har delats från att tidigare arbetat i gemensam organisation så vardera förvaltningen Hässleholms sjukhus och CSK har varsin patientsäkerhetsorganisation. En sedan länge anställd kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare har gått till annan tjänst och en ny har introducerats vilket inneburit en utmaning i utvecklingsarbetet.

Invånare i Hässleholms sjukhusupptagningsområde erbjuds god och säker vård trots de stora utmaningar som det innebär att vara ett litet sjukhus med hög medicinsk nivå men utan möjlighet att bedriva intensivvård. Detta innebär att samarbete med närliggande sjukhus, i detta fall (CSK), är angeläget. Detta arbete bedrivs genom täta kontakter med CSK genom regelbundna möten mellan sjukhusens bägge patientsäkerhetsorganisationer men även mellan verksamhetsspecifika områden.

Därutöver bedrivs arbete med att uppdatera en riktlinje för att säkerställa patientsäkerheten då patienter flyttas till CSK för radiologiska undersökningar då radiologen vid Hässleholms sjukhus antingen är stängd kvälls- och natttid eller då nödvändiga undersökningar inte kan genomföras vid Hässleholms sjukhus såsom koronarangiografi, CT kranskärl, PET-CT, flebografi samt MR för bland annat patienter med pacemaker. I övrigt ligger den regionala riktlinjen för överflytt av patient mellan sjukhus [Regional riktlinje för överföring av vuxen patient mellan sjukhus](#) till grund för att minska patientsäkerhetsrisker då patient flyttas mellan sjukhusen.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv utgör resursbrist, bland annat som ett resultat av svårighet att kompensera för sjuksköterskor efter hyrstoppet infördes i januari 2024. Till följd av detta har antalet vårdplatser minskat vilket inneburit att stort antal vård dygn som skulle legat på Hässleholms sjukhus i stället vårdats på CSK. Vi har följt hälso- och sjukvårdslagen när det gäller prioritering av patienter för vård vid Hässleholms sjukhus enligt följande prioritering, patienter som läggs in från akutmottagningen vid Hässleholms sjukhus, patienter som kommer åter från högspecialiserad vård (SUS), patienter från Hässleholms sjukhus upptagningsområde som befinner sig på annat sjukhus och sist rehabiliteringspatienter.

Med detta sagt så bedriver Hässleholms sjukhus sitt patientsäkerhetsarbete långsiktigt utifrån Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Den utgör en kompass för riktningen framåt och ett ramverk att hålla sig till. Hässleholms förvaltning fyra

patientsäkerhetsmål är kopplade till Nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Stort fokus har som tidigare lagts på att skapa god patientsäkerhetskultur inifrån verksamheterna och att hjälpa verksamheterna att arbeta personcentrerat. Uppföljning vid patientsäkerhetsdialoger visar att arbetet successivt ger resultat. En utmaning är fortsatt Läkemedelsavstämningar som inte når upp till målet 75 %. Det är även få nyanställda som erbjudits möjlighet att gå ProAct. Utmaningen är att utbildningsplatserna till ProAct är för få.

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 §



Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för god och säker vård. Alla chefer och medarbetare vid Hässleholms sjukhus skall sträva efter hög patientsäkerhet och medverka till god patientsäkerhetskultur. Vi strävar efter öppenhet med misstag utan skuldbeläggande. Sjukhusets patientsäkerhetsarbete sker i linje med Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Agera för säker vård. Varje verksamhets patientsäkerhetsarbete har följts upp i patientsäkerhetsdialoger två gånger per år. Förvaltningen har fyra patientsäkerhetsmål som är kopplade till nationella handlingsplanen.

De övergripande patientsäkerhetsmålen för 2025 har varit:

- Öka kompetensen inom systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Patientsäkerhetsdialoger 1–2 gånger per år med varje verksamhetsområde.
- Nyanställda medarbetare ska få möjlighet att gå utbildningen ProACT inom det första anställningsåret och fyra anställda har genomfört utbildningen under 2025.
- Öka antalet genomförda läkemedelsavstämningar.

Verksamheterna skall fokusera på ökad patientsäkerhetskultur samt ökad delaktighet för patienter samt anhöriga. Sjukhuset skall fortsätta arbeta med definierade riskområden enligt Socialstyrelsen och ha god följsamhet till Region Skånes läkemedelsstrategi.

Organisation och ansvar

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

Hässleholms sjukhus är indelat i tre verksamhetsområden; medicin, ortopedi samt rehabilitering. Dessa leds av varsin verksamhetschef som är ytterst ansvarig för patientsäkerheten inom sitt område.

Hässleholms sjukhus har en chefläkare som också är förvaltnings LAL (läkemedelsansvarig läkare) samt en chefsjuksköterska. Dessa ingår i stab samt ledningsgrupp och rapporterar efter behov aktuella frågor rörande patientsäkerhet vid förvaltningarnas ledningsgruppsmöten (en gång per månad). Chefläkare och chefsjuksköterska deltar i regionala och nationella forum. Chefläkaren ansvarar för att samordna och driva det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Chefsjuksköterskan har i uppdrag att driva och följa upp frågor rörande omvårdnad vid Hässleholms sjukhus.

Patientsäkerhetsgruppen består av chefläkare, chefsjuksköterska, en patientsäkerhetssamordnare vid Hässleholms sjukhus. Patientsäkerhetsgruppen driver och utvecklar det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet. Målet inom förvaltningen Hässleholms sjukhus ska följa gällande lagkrav, nationella och regionala riktlinjer samt de standardiserade vårdprogram som Kunskapsstyrningsrådet fastställt. I gruppen bedrivs patientsäkerhetsarbetet med utgångspunkt i avvikelser som framgår i avvikelssystemet samt orapporterade avvikelser. Vikten av att rapportera avvikelser understryks i dialoger med verksamheterna. Detta för att kunna utvärdera patientsäkerhetsarbetet på ett strukturerat sätt. Patientsäkerhetsgruppen har regelbundna möten med motsvarigheten vid Centralsjukhuset Kristianstad (CSK) och vid dessa möten medverkar även företrädare för Vårdhygien. Gemensamma avvikelser som rör både Hässleholms sjukhus och CSK går igenom för ställningstagande till gemensamma åtgärder.

Enhet läkemedel och chefapotekare

Enhet läkemedels arbete syftar till att minska läkemedelsrelaterade fel och att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i hela kedjan från läkemedelsordination till utdelning till patient. Inom enheten finns kliniska farmaceuter, avdelningsfarmaceuter och läkemedelsassistenter. Chefapotekaren har det övergripande ansvaret för den totala läkemedelsförsörjningsprocessen i förvaltningen.

Under året har kvartalsvisa Läkemedelsforum hållits gemensamt för förvaltningarna Hässleholms sjukhus och CSK. Där har chefapotekare, chefläkare, chefsjuksköterska, representanter från enhet läkemedel, enhet patientsäkerhet och verksamhet medverkat. Läkemedelsforum är det forum där förvaltningsövergripande läkemedelsfrågor diskuteras.

Då chefläkaren vid Hässleholms sjukhus även är förvaltnings-LAL bedrivs läkemedelsfrågor på ett strukturerat sätt. Förvaltnings-LAL sitter i regionala nätverk i läkemedelsfrågor vilket innebär att chefläkaren har större övergripande information gällande läkemedel och med denna position kan bevaka patientsäkerheten ur detta perspektiv.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Tidigare avvikelser och Lex Maria-anmälningar har synliggjort allvarliga patient-säkerhetsrisker i samverkan mellan CSK och Hässleholms sjukhus. Trots insatser bedöms överflyttning mellan sjukhusen vara en av de mest riskfyllda situationer som våra patienter utsätts för. Detta kräver mer samverkan från bägge förvaltningarna på alla nivåer. Angeläget är att samverkan sker både från förvaltningschef till anställda som arbetar nära patienten men även mellan verksamheterna vid de bägge sjukhusen. Arbetet har påbörjats genom att patientsäkerhetsgrupperna vid de bägge sjukhusen träffas för att gemensamt gå igenom de avvikelser som rör bägge sjukhusen. Gemensamma händelseanalyser är ytterligare ett redskap som används. Möjlighet för utbildningsläkare att under vissa utbildningstillfällen arbeta vid respektive sjukhus samt med gemensamma bakjournsmöten skulle kunna vara ett alternativ för att fördjupa samarbetet samt förståelsen för respektive sjukhus olika situationer.

I arbetet med att förebygga vårdskador är det viktigt med samverkan i vårdens övergångar och den sker på olika sätt och på olika nivåer, både inom regionen samt mellan region och kommuner i syfte att få en trygg och patientsäker vård för medborgarna i Skåne.

Hässleholms sjukhusförvaltning ingår i delregion nordost samverkansstruktur som är en del av Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne där man arbetar i samverkan med kommuner, den slutna vården, psykiatrin, offentlig primärvård samt privata hälsovalsenheter. Utvecklingen av effektiv vård inom nära vården sker på olika nivåer. Arbetet i samverkan sker både på övergripande och lokal nivå och följer den uppdragsbeskrivning för delregionala samverkansorgan och lokala samarbetsgrupper som är en del av Hälso- och sjukvårdsavtalet. Ett arbete med framtagande och beslut av ny organisationsstruktur på olika nivåer samt prioriterade mål i den gemensamma aktivitetsplanen gjordes under första halvåret för att säkerställa och intensifiera det delregionala arbetet inom ramen för vårdssamverkan.

Redan år 2022 fick förvaltningsgruppen av regelverk för Samverkan vid utskrivning (SVU) och Samordnad individuell plan (SIP) i uppdrag från Central tjänstemannaberedning att ta fram förslag på åtgärder som kunde förbättra utskrivningsprocessen. Förslagen skulle omfatta åtgärder på både kort och lång sikt och ett av förbättringsförslagen var kunskap och utbildningsinsatser. Sedan tidigare har varje organisation ansvar för att utbilda berörda medarbetare inom detta område. På Hässleholms sjukhus finns en struktur och det hålls återkommande utbildningar. Hässleholms sjukhus har sedan 2019 haft koordinatörer för SVU och SIP processen som hanterar informationen i IT-stödet Mina planer med dagliga avstämningar med kommunerna Hässleholm, Osby och Perstorp samt offentlig och privat primärvård. Arbetssättet

med sömlösa övergångar ger en gemensam målbild där patientens behov står i fokus för att skapa en trygg och säker utskrivning.

Det finns även behov att samverka över vårdgivargränserna ur ett medicinskt perspektiv med fokus på kvalitet, patientsäkerhet och kund och uppdraget för gruppen är bland annat:

- Samverkan ur ett medicinskt perspektiv med fokus på kvalitet, patientsäkerhet för patient och kund.
- Bevaka lagstiftning som kan ha påverkan på gemensamma medicinska riktlinjer.
- Säkerställa att riktlinjer och rutiner revideras utifrån aktuell lagstiftning, avvikelser och identifierade risker i vårdens övergångar

Uppdraget till verksamhetsområde rehabilitering, Hässleholms sjukhus, för specialiserad hemrehabilitering (Sprih) har utökats till att gälla alla patienter med rehabiliteringsbehov oavsett diagnos och svårighetsgrad. Detta innovationsprojekt görs i samarbete med Hässleholms kommun och primärvården och har givit patienterna en bättre kvalitet samt avlastat slutenvården.

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. Där ingår anpassat innehåll som utlämnade 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.

Hässleholms sjukhus

Verksamhetsområde ortopedi har haft en utbildningsdag.

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.

Hässleholms sjukhus

Under 2025 har totalt sju riskanalyser genomförts i samband med uppföljning av säkerhetsincidenter där bristande informationshantering har identifierats med påverkan på personuppgifter.

Risk- och konsekvensbedömningar har också genomförts i samband med införandet av nya eller förändrade tjänster, MT-produkter och system. Det är aktuellt när informationsmängder och personuppgifter ska hanteras för någon av nordost förvaltningar. 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
- Musikstreamingtjänst
- Inköp av narkosapparater
- Ultraljudsbad för Sterilen, Hässleholm

3. Åtgärder som 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 Dataskyddsorganisation nordost (DSONO). Därigenom kan brister i informationshanteringen uppmärksammas med tidiga åtgärder som kan förebygga incidenter.

En extra resurs med cirka 30 procent har tillförts DSONO för område arkiv- och informationshantering, vilket frigör mer tid för arbetet med informations-säkerhet och dataskydd samt incidenthanteringen.

Det finns två grundläggande digitala utbildningar för området "Säker informationshantering" och "IT- och cybersäkerhet" som är obligatoriska och ska genomföras årligen av alla medarbetare, se nedan resultat för respektive förvaltning:

Hässleholms sjukhus - antal medarbetare som avslutat utbildningen:

- Säker informationshantering: 107 medarbetare.
- IT- och cybersäkerhet: 38 medarbetare.

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

Hänvisar härmed 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* redovisas här, se nedan resultat för respektive förvaltning:
- Hässleholms sjukhus
- Under 2025 har totalt 52 loggkontroller registrerats i förvaltningen.

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhetskultur är ett komplext och brett område som inte helt låter sig mätas och som måste genomsyra verksamheten på alla nivåer för att uppnå god och säker vård. Genom ökad samverkan i patientsäkerhetsarbetet och genom att återkommande lyfta kulturens betydelse i många olika forum märks en ökad medvetenhet.



Patientsäkerhetsdialogerna är en viktig del i uppföljningen av patientsäkerhetskulturen. Uppslutningen från våra verksamheter har varit god med aktivt och engagerat deltagande. Sedan 2024 har dialogerna följt rubrikerna i den nationella handlingsplanen vilket har skapat mer dynamiska dialoger med utrymme för diskussioner.

I arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen är ambitionen att förflytta oss från ett reaktivt till ett proaktivt patientsäkerhetsarbete och att detta skall vara en integrerad del av verksamhetsutvecklingen.

Övriga insatser för att understödja och utveckla patientsäkerhetskulturen:

- Gröna korset finns som utbildning i Lärportalen och flera, men inte alla, medicinavdelningar använder metodiken. Förvaltningen strävar för att alla verksamheter skall använda Gröna korset för att patientsäkerhetsarbetet skall ske på ett strukturerat arbetssätt för att identifiera risker och bidra till reflektion.
- Utbildningsenheten – Arbetar nära verksamheten och har möjlighet att följa upp återkommande avvikelser, identifiera kunskapsbrister, göra scenarioträning. De har även återkommande reflektionstid med medarbetarna och de hjälper sjuksköterskor och undersköterskor att utveckla professionellt omdöme.
- Övergripande arbete med avvikelser sker genom identifiering av generiska risker och återkoppling till verksamheterna.
- Samordnad utredning av allvarliga avvikelser och Lex Maria- ett etablerat arbete där händelseanalyser är ett viktigt redskap. För att säkerställa att tillräckligt

antal personer har utbildning i händelseanalys har verksamheterna uppmannats att bidra så att fem personer vid Hässleholms sjukhus har utbildningen, varav två som gör övergripande händelseanalyser.

- **Medicinskt råd för patientsäkerhet**- ett samarbete mellan CSK och Hässleholms sjukhus med syfte att lyfta det medicinska perspektivet i patientsäkerhetsfrågor. Rådet bildades 2024 och består av läkare i ledningsfunktion det vill säga verksamhetschef eller medicinskt ledningsansvarig läkare från samtliga verksamheter vid CSK och Hässleholms sjukhus. Chefläkare är sammankallande. Möten hålls två gånger per termin kring aktuella frågor enligt önskemål från medverkande. Hittills har fokus varit vårdnivå och behandlingsbegränsningar, Klok kliniska val, variationer i akuta flöden och beredskapen för dessa samt MLA-uppdraget. Diskussion och utbyte av erfarenheter i gruppen skapar ett nätverk mellan de olika verksamheterna för informationsutbyte, ökad kunskap och mer samsyn, engagemanget i rådet har varit stort.
- **Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)** – resultatet av enkäten tas upp vid ledningsgruppen samt återkopplas till verksamheterna.

Adekvat kunskap och kompetens

Inom många av Hässleholms sjukhus verksamhetsområden bedriver man intern systematisk kompetensutveckling, till exempel genom fokusveckor och scenarioträning som utbildningsenheten håller i. Medarbetare får förutsättningar att vidareutbilda sig för att bibehålla och utöka sin kunskap. Personalbrist har varit en utmaning för att kunna behålla kunskap inom verksamheterna då erfarna medarbetare blir färre och nyutexaminerande medarbetare fler i jämförelse.



Vid verksamhetsområde medicin är det komplext med schemaläggning för läkarna till följd av olika specialistområden hos medarbetarna, dels roller som kräver viss nivå på kompetens. Exempelvis finns bara en kardiolog som kan ansvara för hjärtmottagningen. För att kompensera för detta schemaläggs först nyckelroller och sedan de som inte har lika specifika kompetenskrav. Det är av stor vikt att balansera erfarenhetsnivåerna så att erfarna medarbetare kan stötta mindre erfarna medarbetare. Tydligt är att EU-regler gällande dygnsvila gjort schemaläggningen svårare.

Vid verksamhetsområde rehabilitering planeras schema efter personalresurser så att rätt kompetens finns på plats för att garantera patientsäkerhet och medarbetarnas arbetsmiljö. I teamen på dagvården och smärtmottagningen arbetar de med att matcha rätt kompetens med rätt arbetsuppgifter. Medarbetarna involveras vid schemaläggning så att vissa delar av scheman är flexibla för att kunna flytta resurser

utan att tappa balans i kompetensen. Teamledarna arbetar med kompetensinventering för att säkerställa att varje team, främst de interdisciplinära, täcker eventuella gap.

Vid Hässleholms sjukhus startade 2025 en utbildning i förändringsledningsarbete som riktar sig till enhetschefer.

Fokusmånader/Fokusveckor

Fokusveckor började som ett initiativ från utbildningsenheten 2022 för att under en veckas tid fokusera på BHK (basala hygien- och klädrutiner). Detta föll väl ut och initiativet övertogs av patientsäkergruppen för Hässleholms sjukhus och CSK varpå det uppstod två parallella spår där innehållet i fokusmånader oftast sammanföll med fokusveckor. Detta har fortsatt under 2025 med innehåll såsom vårdhygien, sår, vård i livets slutskede, perifer venkateter, säker utskrivning samt PICC-line. Föreläsningar har givits av externa och interna föreläsare och det har tagits fram APT-material. Utbildningsenheten har varit behjälpliga med att sprida information om fokusmånaderna. Under 2026 kommer Hässleholms sjukhus att endast ha fokusveckor som utbildningsenheten håller i med stöd av patientsäkerhetsorganisationen vid Hässleholms sjukhus.

Patientsäkerhetsombud

Patientsäkerhetsfrågor ska integreras i det dagliga arbetet, verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att verksamheten uppfyller patientsäker och god vård. Förbättringsarbeten kring patientsäkerhet sker med chefer och medarbetare. Varje verksamhet har utsett patientsäkerhetsombud med ett skriftligt uppdrag samt uppdragsbeskrivning. Under 2025 har patientsäkerhetsombudsträffar inte genomförts i den omfattning som planerats. Orsaken har varit personalomsättning gällande patientsäkerhetssamordnare. En patientsäkerhetsombudsträff har anordnats mot slutet av året. Dessa sammankomster är viktiga för att skapa en naturlig kontaktväg mellan verksamheterna i patientsäkerhetsrelaterade frågor varför dessa träffar kommer att planeras mer regelbundet under 2026.

Utbildning i orsaksutredning

Hög kvalitet på utredning av avvikelser är en förutsättning för att rätt åtgärd ska vidtas. För att säkerställa jämn nivå i utredningar har den gemensamma patientsäkerhetsgruppen mellan CSK och Hässleholm tidigare återkommande haft fysiska utbildningar i orsaksutredning. Numer erbjuds anställda vid Hässleholms sjukhus verksamheter att genomgå Lärportalens utbildning i orsaksutredning. Det är varje chefs ansvar att relevant personal har utbildning i orsaksutredning. I och med att system för rapportering av avvikelser ändrades 2025 har fysiska utbildningsinsatser fram för allt riktats mot det nya avvikelssystemet och i den utbildningen också inriktats mot orsaksutredningar. Vid dessa lyfts även patientsäkerhetskulturen och

vikten av att vara proaktiva, dvs hur vi kan agera för att förhindra patientsäkerhetsbrister.

Utbildningssjuksköterskor

Det är en stor utmaning att fortlöpande säkerställa rätt kompetens i en verksamhet med ökad vårdtyngd till följd av kompetensbrist, personalbrist samt patienter som kräver mer omfattande vård. För sjuksköterskor innebär ökad och mer avancerad vård mer komplexa vårdssituationer också ett utökat ansvar. Utbildningsenheten som varit gemensam för Hässleholms sjukhus och CSK till oktober 2025, har haft avdelningsbundna utbildningssjuksköterskor och vid vissa enheter även utbildningsundersköterskor. Målet med utbildningssjuksköterskor och utbildningsundersköterskor är att främja gynnsam lärandemiljö och trygg arbetsmiljö samt att tillse kompetensutveckling hos sjuksköterskor. Detta sker genom tidigare nämnda fokusveckor samt genom att dessa leder scenarioträning för läkare och sjuksköterskor vid avdelningarna. De har också reflektionstillfällen på enhetsnivå. Under 2025 har samarbete mellan utbildningsenheten och patientsäkerhetsorganisationen utvecklats genom att gemensamma möten skett. En uppdragsbeskrivning för arbetet är påbörjad. Syftet är att utbildningsenheten skall vara en länk mellan patientsäkerhetsorganisationen och verksamheterna för att belysa avvikelser samt arbeta proaktivt med patientsäkerhetskulturen.

Ett av patientsäkerhetsmålen har under 2025 varit att alla nyanställda skall gå ProACT under första anställningsåret. Utmaningen har varit att få alla enhetschefer att ta del av patientsäkerhetsmålet samt ge medarbetarna möjlighet att gå ProACT. En annan utmaning har varit att utbildningsplatser är för få varför flera inte kunnat gå utbildningen. Endast ett fåtal har gått ProACT.

Nationella patientsäkerhetsdagen 17 september 2025

Dagen arrangerades av Socialstyrelsen och handlade om nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025–2030 och dess grundläggande förutsättningar. Dagen hade också fokus på patientsäkerhet från start - säker vård för varje nyfödd och varje barn. Mot bakgrund av att Hässleholms sjukhus bedriver vård inom verksamhetsområdena medicin, rehabilitering samt ortopedi så lades fokus på "Barn som anhörig". Verksamhetsområde rehabilitering har utvecklat en utbildning riktad mot barn som anhöriga, där det har tagits fram ett häfte för barn vars föräldrar har långvarig smärta. Genom att öka kunskapen om smärta och minska barnens oro, bidrar häftet till en miljö som främjar patientens välbefinnande. Häftet används under möten med anhöriga som en del i rehabiliteringsprocessen.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Klagomålshanteringen med vårdgivaren som primär mottagare medför fler tidiga dialoger mellan närmaste vårdenhet och patient/närstående. I händelseanalyser i samband med allvarlig vårdskada bereds patienter och närstående möjlighet att bli involverade.

Referensråd, patientföreningar, patienter och i vissa fall närstående involveras vid behov i förändringsprocesser vid Hässleholms sjukhus.



Under 2025 genomförde Region Skåne och två PPM-omvårdnad inom vuxen slutenvård. Samtliga avdelningar på sjukhuset deltog. I denna granskning av omvårdnaden ingick även frågor som vände sig direkt till patienten om dennes upplevelse av vårdtiden. Bland deltagarna svarade:

- 94,1 procent på våren och 92,6 procent på hösten att de känner sig delaktiga i den egna vården.
- 82,4 procent på våren och 80 procent på hösten att de fått den information om läkemedel som behövs.
- 93,8 procent på våren och 92,3 procent på hösten att de fått den information som önskas om hälsotillstånd och vård.

Vid utredningar av större händelser erbjuds patient och/eller anhörig att vara delaktiga i analysarbetet och deras berättelse och synpunkter blir en central del i arbetet. Ofta sker det genom intervju av analysteam men det har också skett genom att de har bjudits in till möte med involverade verksamheten.

Patienternas perspektiv och erfarenheter tas också tillvara via kvalitetsregister samt via dialoger för att få en direkt återkoppling kring organisation och arbetssätt exempelvis inom rehabiliteringen.

Under våren har referensrådet genomfört patientintervjuer på inneliggande patienter inom verksamhetsområde medicin med syfte att kartlägga patienternas åsikter kring möjligheten att få samma vård i sitt eget hem som på sjukhuset. I intervjun ingick även frågor som berör patientens upplevelse på den enhet de vistades i samband med sjukhusvistelsen. 22 intervjuer genomfördes och 52 procent skulle kunna tänka sig att få samma vård i sitt eget hem som de får på sjukhuset om de är trygga och möjligheten fanns. De intervjuade patienterna på alla enheterna var mycket nöjda med sin upplevelse vid det aktuella vårdtillfället.

Med detta arbetssätt blir patientens perspektiv på vården lika viktig som den egna verksamheten och vi kan tillsammans bidra till att öka upplevelsen av en sammanhållen och mer jämlik hälso- och sjukvård.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Avvikelserna koordineras av patientsäkerhetssamordnare i patientsäkerhetsorganisationen. Dessa får överblick över inträffade negativa händelser. Vid Hässleholms sjukhus är beslutsvägarna korta och det sker ett nära samarbete mellan patientsäkerhetssamordnare, chefläkare, cheffssjuksköterska samt med återkoppling till verksamheterna. Kontakten är i det närmaste sömlös. I verksamheterna finns god kunskap om hur negativa händelser skall hanteras på ett skyndsamt sätt.

Större negativa händelser med vårdskada som följd, eller med risk för allvarlig vårdskada, utreds med metodiken Händelseanalys (se LÖF). Vid Hässleholms sjukhus har inventering gjorts avseende anställda i verksamheterna med utbildning i Händelseanalys. Sammantaget har önskemålet varit att fler utbildas och beslut är taget i förvaltningsledningen om att fler skall utbildas. Målet är en i vardera verksamheterna verksamhetsområdena medicin, rehabilitering, ortopedi samt två som utbildas för att kunna göra övergripande händelseanalyser. Dokumentation av händelseanalyserna sker i programmet Nitha. Resultatet återkopplas till verksamheterna. I detta arbete är utbildningsenheten en viktig länk.

Under 2025 har det inte gjorts någon Lex Mariaanmälning. En planerad Lex Maria som skedde vid Hässleholms akutmottagning ligger hos Nära Vård för vidare utredning. Detta belyser ett problem med den nya förvaltningen Nära Vård, det vill säga att läkarbemanningen tillhör Hässleholms sjukhus och att verksamheten vid akutmottagningen tillhör förvaltningen Nära Vård. I övrigt har flera utredningar gjorts men inte resulterat i anmälning enligt Lex Maria.

Ur tidigare händelseanalys 2024 kan hämtas att riskområdena rör:

- **Rutiner och riktlinjer:** Det saknas rutiner för hur en osignerad perifer venkateter skall hanteras. I Vårdhandboken saknas vägledning avseende osignerad perifer venkateter. Narkosläkare som kan hjälpa vid perifer venkateter byte på svårstucken patient finns inte alltid tillgänglig på grund av att aktuellt sjukhus är ett akutsjukhus med många olika oförutsedda händelser.
- **Utbildning och kompetens:** Bristande erfarenhet hos sjuksköterskor. Kompetensbrist avseende perifer venkateter mer omfattande än kopplad till endast en individ. Bristande kunskap om risk för infektioner samt behov av läkarkontakt vid denna typ av händelser. I Vårdhandboken framkommer information avseende perifer venkateter infektion men detta har inte alltid följts.
- **Omgivning och organisation:** Stressande arbetssituation. Regionalt beslut om utfasning av personal från bemanningsföretag 15 januari 2024 för att få fler

ordinarie sjuksköterskor och bakomliggande önskan om bättre kontinuitet i vården, har inneburit svår bemanningsbrist vilket har påverkat arbetsmiljön för medarbetare.

Dessa riskfaktorer kvarstår alltså. Riskförebyggande arbete består i utbildning via utbildningssjuksköterskor på avdelningarna. Information vid patientsäkerhetsdialogerna. Återkoppling till förvaltningsledning gällande resursbrist.

Infektionsverket är regionalt/nationellt och under omarbetning då historiska data är felaktiga på grund av uteblivna HSA-uppdateringar.

Kunskapen utifrån utredning av inträffade vårdskador sprids enligt patientsäkerhetsgruppens dialoger med verksamheterna samt i samverkansgrupper. Vid löpande kontakter med verksamheterna kring deras egna orsaksutredningar betonas som åtgärd att sprida kunskap om händelsen till alla likartade verksamheter.

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 §

Sjukvården präglas idag av snabb utveckling och hög komplexitet vilket kräver nya arbetssätt inom många områden, allt från styrning till det patientnära arbetet. Anpassningar sker kontinuerligt men kräver hög kompetens och flexibilitet hos personalen. Att få patienten till en aktör i vården kan bidra till högre grad av patientsäkerhet liksom högre grad av samverkan och teambaserade arbetssätt.



Scenarioträning sker regelbundet och involverar undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Avsaknaden av utbildningsläkare gör att de kunskapsbrister hos läkare som identifieras vid scenarioträningar kan vara svåra att åtgärda. Detta har framförts till förvaltningsledningen.

För att motverka sårbarhet i läkemedelsförsörjningen arbetar enhet läkemedel tillsammans med regionala enheten för läkemedel för en ökad robusthet. Ökad robusthet uppnås genom det nya läkemedelsförsörjningsavtalet, ökade lokala lagernivåer och genom överförandet av försörjningstjänster till egen regi.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Öka säkerheten i läkemedelsprocessen

Läkemedelsavstämningar ska utföras av läkare på både mottagningar och vårdavdelningar men kan vara svårt att hinna med och är komplext att få till helt rätt, det finns även brister i hur det dokumenteras i journalsystemet Melior. Som ett led i att öka säkerheten i läkemedelsprocessen genomförs läkemedelsavstämningar och tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar även av farmaceuter från enhet läkemedel. Avdelningsfarmaceuter bemannar slutenvårdsavdelningar vilket bidrar till förbättrad läkemedelshantering på vårdenheter. Farmaceuter arbetar även förebyggande med att bland annat informera och utbilda vårdpersonal inom läkemedelsområdet.



Under 2025 har Region Skåne i samband med byte av läkemedelsleverantör tagit hem tjänsterna läkemedelsservice och vätskevagnsservice i egen regi. Dessa båda tjänster ingår nu i begreppet läkemedelssupport, där avdelningarna jämfört med tidigare får ett mer heltäckande stöd i fråga om läkemedelsbeställningar.

1. Läkemedelsavstämningar och tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Andel patienter som erhållit en av läkare dokumenterad läkemedelsavstämning i Melior någon gång under vårdtiden under 2025 fördelar sig enligt följande:

Hässleholms sjukhus	jan-25	febr-25	mars-25	april-25	maj-25	juni-25	juli-25	aug-25	sept-25	okt-25	nov-25	dec-25	2025
Antal läkemedelsavstämningar	168	137	156	165	99	113	26	69	161	207	156	66	1523
Antal läkemedelsgenomgångar	64	11	32	31	5	27	8	21	22	22	30	25	298

2. Utbildningsinsatser kring läkemedel

- Digital föreläsning för att öka kännedom om riskläkemedel.
- Lärarledd utbildning i Melior läkemedelsmodul och aktuell läkemedelslista riktad till läkare respektive sjuksköterskor.
- AT-läkare har fått utbildning i läkemedelssäkerhet, Melior läkemedelsmodul och aktuell läkemedelslista.
- Sjuksköterskor har utbildats i praktisk läkemedelshantering.
- För Läkemedelsansvariga sjuksköterskor (LASSK) och kontrollansvariga sjuksköterskor (KASSK) har nätverksmöten hållits. Nya Läkemedelsansvariga sjuksköterskor har fått utbildning i uppdraget.

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.

SKR har sedan tidigare avslutat sitt uppdrag att nationellt utföra punktprevalensmätningar (PPM). Med start hösten 2024 har Region Skåne startat upp egna mätningar för PPM omvårdnad, och med start hösten 2025 för PPM Basala kläd och hygienrutiner (BHK). Nedan redovisas ett axplock av de områden där mätningar utförts.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
PPM Omvårdnad	2 ggr/år	Region Skåne
PPM Basala kläd- och hygienrutiner.	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

1. Basala kläd- och hygienregler

Vårdhygien Skåne har utifrån Socialstyrelsens dokument "Egenkontroll av följsamhet till basala hygienkrav och rutiner" tagit fram nytt material för PPM BHK i Region Skåne. Mätningen genomförs två gånger per år under en tvåveckorsperiod, en gång på våren och en gång på hösten. Mätningen görs genom observationer av patientnära vårdmoment.

Första regionala BHK mätning genomfördes under oktober månad 2025. Vid mätningen gjordes 89 observationer som var fördelade på nio enheter inom förvaltningen, och det totala resultatet ses i nedanstående tabell.

	Följsamhet till klädregler (Region Skånes mål 100 %)	Följsamhet till basala hygienrutiner (Region Skånes mål 90 %)	Följsamhet till samtliga nio BHK regler
Hässleholms sjukhus	94,8 %	59,6 %	55,1 %

Följsamhet i de 5 olika stegen gällande hygienrutiner			
Hässleholms sjukhus	Hygienrutiner	Andel	Observationer
	Desinfektion av händer före	77,5 %	89
	Desinfektion av händer efter	76,4 %	89
	Handtvätt med tvål och vatten	97,8 %	89
	Användning av undersökningshandskar	93,3 %	89
	Användning av engångsförkläde	86,5 %	89

Följsamhet i de 4 olika stegen gällande klädregler			
Hässleholms sjukhus	Klädregler	Andel	Observationer
	Arbetskläder	100 %	89
	Fri från klockor/smycken/bandage och stödskenor	96,6 %	89
	Kort el uppsatt hår/skägg/huvudduk.	97,8 %	89
	Korta naglar och fria från nagellack och annat konstgjort material	100 %	89

Även om förvaltningen inte uppnår något av Region Skånes mål, är det främst inom området följsamhet till basala hygienrutiner där det finns betydligt mer att göra. Det är framför allt gällande desinfektion av händer före och efter patientarbete samt användning av engångsförkläde som förbättringsmöjligheter finns, och berörda enheter arbetar med sina respektive förbättringsområden. Det har också uppmärksamats att ett par enheter inte finns med i resultat vilket kan bero på flera saker. Inför kommande mätningar arbetar förvaltningen med att säkerställa ett högre deltagande av enheter samt att förberedande utbildningar görs.

2. Minska förekomsten av trycksår, fallhändelser och undernäring

Tabellen nedan visar det samlade resultatet för Hässleholms sjukhus både i sin helhet samt per verksamhetsområde, och där en betydande minskning ses för Hässleholms sjukhus år 2025. När resultatet bryts ner på verksamhetsnivå visar det sig att medicinen har fortsatt höga resultat och den större förändringen ses inom den planerade ortopedin. Förändringen beror på flera delar som att ortopedin är en elektiv vårdavdelning med högt patientflöde, korta vårdtider (ett till knappt två vårddygn) samt de oftast har förhållandevis för övrigt friska patienter där riskbedömningar och

vårdplaner inte görs i samma utsträckning. Ytterligare en avgörande faktor är en rutinförändring som kanske inte blivit fullt etablerad på vårdavdelningen, det vill säga att riskbedömningarna numera görs på vårdavdelning i stället mot tidigare då patienten var på mottagningen. Eftersom detta är en ny rutin behöver den värderas och kvalitetssäkras för att säkerställa att den ändamålsenlig och görs utifrån en behovsprövad professionell bedömning från patient till patient utifrån dess individuella behov. Det mer positiva utfallet för medicinen kan förklaras med att de vårdar fler äldre, sköra patienter under längre vårdtid samt ett mer inarbetat sätt att arbeta med riskbedömningar och vårdplaner.

Indikator Hässleholms sjukhus Verksamhetsområde	ID-nr.	Mål %	2025 %	2024 %
Riskbedömning avseende trycksår hos patienter 65 år och äldre Verksamhetsområde medicin Verksamhetsområde ortopedi	ID0021	>80	62 91 33	92 93 92
Vårdplan avseende trycksår hos patienter 65 år och äldre Verksamhetsområde medicin Verksamhetsområde ortopedi	ID0223	>95	81 81 79	81 84 74
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre Verksamhetsområde medicin Verksamhetsområde ortopedi	ID0337	>80	57 87 30	90 89 90
Vårdplan avseende undernäring 18 år och äldre med ökad risk för undernäring enligt riskbedömning Verksamhetsområde medicin Verksamhetsområde ortopedi	ID0338	>95	80 82 56	80 76 53
Riskbedömning avseende fall hos patienter 65 år och äldre Verksamhetsområde medicin Verksamhetsområde ortopedi	ID0012	>80	62 91 33	92 92 92
Vårdplan avseende fallrisk hos patienter 65 år och äldre Verksamhetsområde medicin Verksamhetsområde ortopedi	ID0013	>95	83 84 71	88 90 80

3. PPM omvårdnad

Under 2025 genomfördes två inom ramen för PPM omvårdnad i Region Skåne, en på våren (19 patienter) och en på hösten (32 patienter). Nedan följer ett urval av de resultat som framkom vid mätningen.

Patienter med nytillkommet trycksår (samtliga kategorier)

Vid mättillfället vid både vårens och höstens mätning PPM omvårdnad fann man 0 patienter (0 %) med nytillkommet trycksår på Hässleholms sjukhus. De trycksår-förebyggande åtgärderna till patienter med risk för trycksår är:

Patienter som har tillräckliga trycksårsförebyggande åtgärder;

- våren 76,9 % (antal 10)
- hösten 100 % (antal 5)

Patienter som har trycksårsförebyggande åtgärder men inte i tillräcklig omfattning;

- våren 23,1 % (antal 3)
- hösten 0 % (antal 5)

Trycksårsförebyggande åtgärder som saknas till riskpatienter;

- våren 7,7 % (antal 1)
- hösten 0 % (antal 5)

Fall under vårdtillfället

Vid vårens mätning på Hässleholms sjukhus föll 0% av inneliggande patienter under vårdtiden och 3,1 % (1) föll vid höstens mätning. Andel och antal riskpatienter med fallförebyggande åtgärder är:

Tillräckligt med förebyggande åtgärder finns;

- våren 92,9 % (13)
- hösten 86,4 % (19)

Det finns förebyggande åtgärder men inte i tillräcklig omfattning;

- våren 7,1 % (1)
- hösten 0 % (0)

Det saknas förebyggande åtgärder;

- våren 0 % (0)
- hösten 13,6 % (3)

Intravenösa infarter

Vid vårens mätning 2025 hade 18 patienter på Hässleholms sjukhus en eller flera PVK varav ingen patient hade komplikation i samband med sin PVK. Vid höstens mätning hade 25 patienter en eller flera PVK. Av dessa hade 1 patient komplikation i samband med sin PVK vilket motsvarar 4 %.

Antal och andel patienter med olika typer av anmärkningar vid granskning av PVK

Anmärkning	Hässleholms sjukhus	
	Våren 2025	Hösten 2025
Det finns blod eller vätska under det inre förbandet	38,9 % (7 patienter)	32 % (8 patienter)
Etikett för märkning av infart saknas eller är felaktig	66,7 % (12)	52 % (13)
PVK är inte märkt med datum, klockslag eller signatur	33,3 % (6)	52 % (13)
PVK är inte väl fixerad med ett inre högpermeabelt förband	11,1 % (2)	4 % (1)
PVK är inte väl fixerad med helt och rent yttre förband	16,7 % (3)	32 % (8)

Säker vård här och nu

Vid Hässleholms sjukhus utgör brist på sjuksköterskor en stor utmaning sedan stopp för hyrpersonal infördes i början av 2024. Detta har lett till successivt minskat antal vårdplatser. Till följd av detta har resultatet både blivit överbeläggningar samt överflyttningar mellan Hässleholms sjukhus och närliggande CSK vilket inneburit patientsäkerhetsrisker. Arbetet mot kommunerna är väl-etablerat via IHopa vilket underlättat då det inneburit att patienter inte legat kvar på sjukhuset efter de är utskrivningsklara i någon större utsträckning. Patientnöjdhet har varit god vid uppföljningar vid medicinkliniken. Samarbetet med Enhet läkemedel har varit god men systemen utgör en utmaning då de inte överför information mellan varandra. Läkemedelsavstämningar är viktiga för att säkerställa rätt läkemedel i rätt dos för alla patienter. Medicinkliniken ligger i vissa mätningar nära målet på 75 % men ortopederna har stora utmaningar varför dialog startats med deras MLA om en handlingsplan.



Riskhantering

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

Sjukvården är att betrakta som en verksamhet, där risken för undvikbara skador, så kallade vårdskador, är stor. För att kunna förebygga vårdskador är det nödvändigt att identifiera de risker som finns i verksamheten och att arbeta utifrån ett risk-medvetet förhållningssätt. Detta förutsätter att det finns en god kännedom om den pågående verksamheten. Vårdgivaren har en lagstadgad skyldighet att fortlöpande

bedöma om det kan uppstå risker i samband med förändringar som görs i verksamheten. Förändringarna kan röra vårdprocesser såväl som organisatoriska och fysiska förändringar. Dessa kan vara planerade eller förändringar som måste göras utifrån uppkomna situationer. Verksamheten ska uppskatta sannolikheten för att negativa händelser ska inträffa och bedöma vilka konsekvenser som kan bli följden av förändringen. Alla verksamheter uppmanas att initiera och genomföra riskanalyser för att på så sätt stärka patientsäkerheten. Analysarbetet utförs på enhets- och verksamhetsnivå, men också på övergripande nivå. Analysarbetet utförs av utbildade riskanalysledare inom verksamheterna eller, vid större analyser, med hjälp av förvaltningens patientsäkerhetssamordnare eller utsedd person.

Enhet Patientsäkerhet är riskanalysledare på förvaltningsnivå samt genomför och stöttar verksamheter som saknar egna riskanalysledare. Flera verksamheter har egna riskanalysledare och utför riskanalyser inom sina enheter. Riskanalyser görs ibland samtidigt med att riskbedömning arbetsmiljö genomförs, i samarbete med HR-enheten.

Förvaltningsövergripande riskanalyser Hässleholms sjukhus
• Omstrukturering inom VO medicins vårdplatser som genomförs i 3 faser. Riskanalys har gjorts i varje fas.
• Övertag av ortopedrehabiliteringspatienter till rehabiliteringsavdelningen .
• Förlängda jourlinjepass för anestesijuksköterskor. Uppföljning.
• Intern organisationsförändring, Preoperativa mottagningen flyttas till chefsområdet för Postop och dagkirurgi. Uppföljning.

1. Leveransproblem av läkemedel

Problemen med restsituationer för läkemedel fortsätter. Då dessa leveransproblem kan leda till inadekvat eller försenad behandling är det viktigt att snabbt hitta lämpliga ersättningspreparat och säkerställa lagerhållningen av dessa. Under året har det pågått ett arbete med att bygga upp förvaltningens robusthet för att kunna hantera brister av kritiska läkemedel, bland annat genom det pågående arbetet med att etablera en sjukhusgemensam läkemedelsautomat.

2. 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.

3. Gröna korset

I det dagliga patientsäkerhetsarbetet använder enheter sig av Gröna Korset. Genom att tillsammans reflektera över arbetsdagen finner man händelser som kan medföra risk för vårdskada eller om det faktiskt har inträffat en vårdskada.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Avvikelser som rör patientsäkerhet hanteras enligt ett nytt avvikelssystem i Ritz som implementerades i februari 2025 och fortlöpande uppdateringar har därefter skett. Arbetssättet i det nya avvikelssystemet bygger på erfarenheter av tidigare system, lagar kring bland annat patientsäkerhet, informationssäkerhet etc. Riskanalys med fokus på informations-säkerhet är gjord. Arbetet har bedrivits i förvaltningsgruppen och testats av referensgrupper inom samtliga förvaltningar och processer.



Fram till februari 2025 registrerades och hanterades avvikelser i systemet AvIC. När AvIC skulle stängas så flyttades de avvikelser som skulle fortsätta utredas över till det nya systemet.

Efter införandet har förvaltningsadministratören erbjudit genomgångar av det nya avvikelssystemet. Många verksamhetsområden har haft ett till två utbildningstillfällen i systemet. Nätverksträffarna för huvudkontaktpersonerna (HKP) fortsätter. Det finns dessutom utbildningar i Lärportalen för rapportörer och orsaksutredare som beskriver vad en avvikelse är och hur man gör en orsaksutredning. På intranätet finns instruktioner i form av kunskapsartiklar om de olika delarna i avvikelssystemet Ritz. Det finns även support för systemet och en funktionsbrevlåda där man får svar på sina frågor.

Efter personalomsättning gällande patientsäkerhetssamordnare har Hässleholms sjukhus för närvarande två patientsäkerhetssamordnare som samordnar samtliga förvaltningens avvikelser med undantag för externa avvikelser från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som koordineras av chefssekreterare.

Patientsäkerhetssamordnarna erbjuder kontinuerligt stöd till samtliga verksamhetsområden, det vill säga till alla medarbetare som behöver stöd med att rapportera, utreda eller på ett annat sätt hantera avvikelser. Detta sker genom en nära och löpande kontakt med enheterna. En fördel med en mindre förvaltning är att tips och råd ofta kan ges direkt på plats, via Teams eller vid behov även via mejl. Patient-säkerhetssamordnarna bistår medarbetarna så att de blir mer förtrogna med det nya systemet, vilket i sin tur underlättar och uppmuntrar rapportering av avvikelser. Att

genomföra välgrundade orsaksutredningar och att visa uppskattning för varje inkommande avvikelse är dessutom viktiga sätt att tydligt signalera att avvikelshantering är betydelsefullt och att varje rapport bidrar till ökad patientsäkerhet och minskad risk för vårdskador.

1. Koordinering av avvikelser

Under koordineringsfasen är det av stor vikt att avvikelser ges en korrekt rubrik, personuppgifter avidentifieras i händelsebeskrivningen samt att en inledande klassificering fastställs. Därefter ska utredande enhet väljas, och det finns även möjlighet att lägga till relevanta grupper "För kännedom".

Djupgående analyser kan i nuläget inte genomföras, eftersom rapportfunktionen i det nya avvikelssystemet ännu inte används fullt ut och inte upplevs som tillräckligt användarvänlig av samtliga verksamhetsområden. Vissa analyser har dock kunnat genomföras med stöd av rapporter som visar statistik för respektive verksamhetsområde.

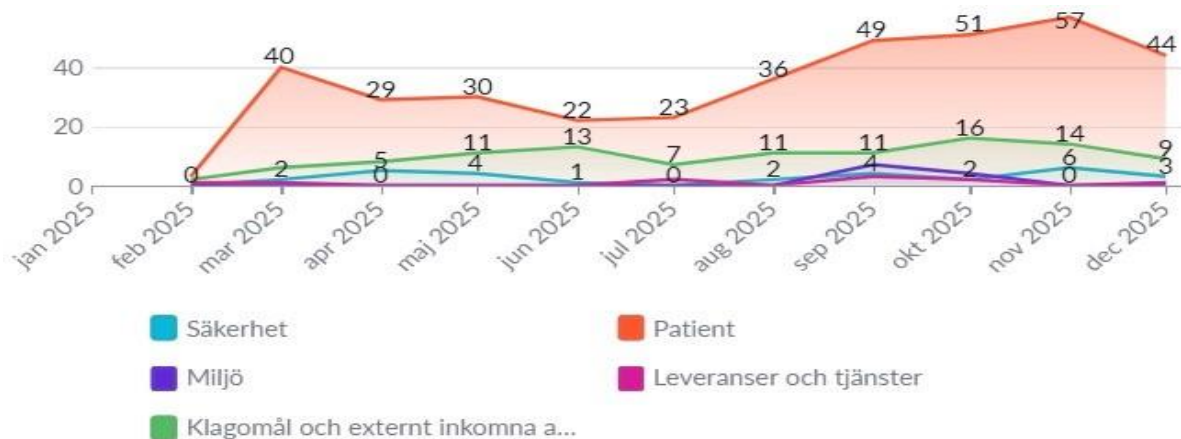
Verksamheterna har arbetat med att identifiera de mest frekvent förekommande avvikelserna utifrån klassificering och därefter lyft dessa i dialog med sina medarbetare. För de verksamheter som ännu inte är vana vid att använda rapportfunktionen har stöd givits av patientsäkerhetssamordnarna genom att samla avvikelser i så kallade listor i RITZ. Dessa listor är levande dokument som bidrar till att skapa överblick över samtliga avvikelser inom respektive område. Listorna kan sorteras efter behov, exempelvis efter datum, klassificering, registrering, fas eller andra relevanta parametrar. En välfungerande samverkan mellan utbildningsenheten, läkemedelsenheten och patientsäkerhetsenheten möjliggör ett gemensamt arbetssätt för att analysera de mest frekvent förekommande avvikelserna under året.

Som tidigare nämnts erbjuder RITZ funktionen att redan i koordineringsfasen lägga till en grupp för kännedom. Under denna fas läggs särskild vikt vid att säkerställa att relevanta grupper inkluderas, för att fånga återkommande avvikelser och därigenom skapa förutsättningar för framtida analyser tillsammans med berörda grupper, respektive enheter. Vissa grupper läggs automatiskt till i fältet "För kännedom" när en specifik klassificering väljs, exempelvis vid avvikelser som rör läkemedel, säkerhet. Andra grupper, såsom utbildningsenheten, behöver däremot läggas till manuellt. Att lägga till grupper manuellt är fördelaktigt, eftersom det ger en större möjlighet att informera utbildningsenheten om viktiga och återkommande avvikelser, oavsett klassificering. På detta sätt får utbildningsenheten möjlighet att kontinuerligt följa vilka avvikelser som uppstår inom deras verksamhetsområden och använda denna kunskap i planeringen av sina fokusveckor. Utbildningsenheten har även fått en kort vägledning för hur de kan genomföra regelbundna kontroller av avvikelserna i RITZ.

RITZ möjliggör även att lägga till enskilda personer för kännedom. Genom denna funktion kan verksamhetschefer snabbt informeras när vissa avvikelser återkommer frekvent under en kortare tidsperiod. Detta skapar förutsättningar för att tidigt uppmärksamma och hantera återkommande avvikelser genom en tydlig kommunikation med berörda enheter. Dessutom möjliggör funktionen en nära kontakt med andra förvaltningar som har verksamheter placerade på Hässleholms sjukhus, vilket leder till en förbättrad kommunikation kring gemensamma avvikelser och ökar möjligheten till adekvata orsaksutredningar, vilket i sin tur stärker patient-säkerheten. Ett typiskt exempel är akutmottagningen, som tillhör förvaltningen Nära vård och hälsa, medan läkarna som tjänstgör där tillhör vår förvaltning. Avvikelser som rör akutmottagningen och där läkare är inblandade berör därför båda förvaltningarna.

2. Statistiken

Den korta sammanställningen nedan omfattar enbart de avvikelserna som registrerats i det nya RITZ, det vill säga avvikelser rapporterade mellan februari och december 2025. Det är därför inte möjligt att avgöra om det totala antalet avvikelser har ökat eller minskat jämfört med föregående år. Detta beror på två huvudsakliga faktorer. För det första saknas uppgifter om de avvikelser som registrerades i det tidigare systemet under januari och början av februari 2025, vilket innebär att årets totala volym inte är fullständig. För det andra påverkades rapporteringsfrekvensen av införandet av det nya systemet, då antalet avvikelser minskade under de första månaderna. Detta kan förklaras av att systemet var nytt och att medarbetarna inte hade möjlighet att rapportera i samma utsträckning som tidigare. Effekten av detta framgår tydligt i den nedre grafen ("Avvikelser skapade per månad, uppdelat på avvikelsetyp"), där kurvan visar att antalet avvikelser minskar under införande-perioden och de efterföljande månaderna, men därefter ökar snabbt igen efter sommaren.

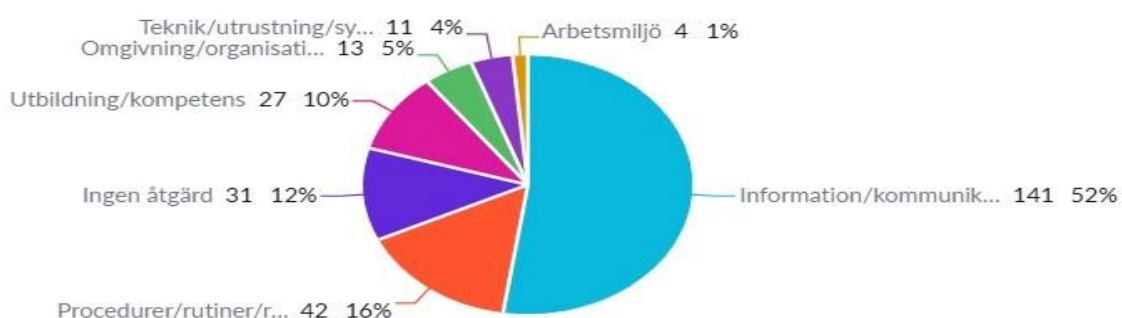


I Hässleholm registrerades 542 avvikelser under år 2025, vilka fördelades på olika områden såsom patientrelaterade avvikelser, klagomål och externt inkomna avvikelser, säkerhet, miljö, leveranser och tjänster. Detta illustreras i den nedre grafen.



De vanligast förekommande inledande klassificeringarna (nivå 1) inom flödet **Patient** var Läkemedel (13 %), Fall (10 %), Information/kommunikation (10 %), Administration/dokumentation (9 %), Bedömning (7 %), Tillgänglighet (7 %) samt In-/utfarter (6 %).

De genomförda åtgärdsklassificeringarna inom området **Patient** visar, enligt bilden nedan, att de vanligaste åtgärderna var information/kommunikation (52 %), procedurer/rutiner/riktlinjer (16 %), ingen åtgärd (12 %), utbildning/kompetens (10 %), omgivning/organisation (5 %), teknik/utrustning/system (4 %) samt arbetsmiljö (1 %).



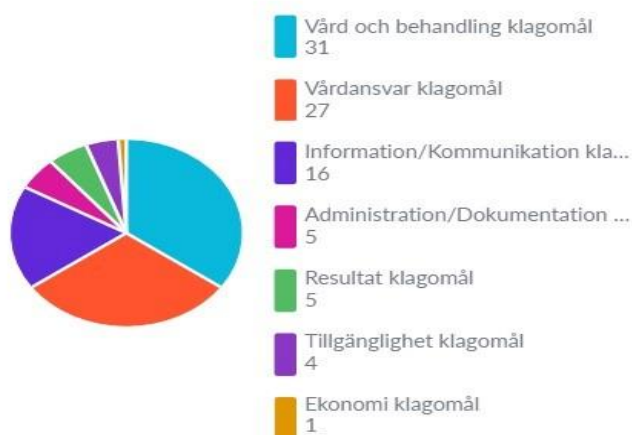
Klagomål och synpunkter

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

Med klagomål avses de ärenden som inkommit från externa parter och som innehåller klagomål eller synpunkter på verksamheten. Den klagande kan vara patient, anhörig eller andra vårdgivare, såsom kommuner eller privata vårdgivare. Ärenden kan även inkomma via Inspektionen för vård och omsorg. Klagomål från patienter och anhöriga kan dessutom förmedlas via Patientnämnden. Klagomålet kan också framföra via mejl, telefon samt genom personlig kontakt.

Klagomålen registreras via diariet och vidarebefordras till en funktionsbrevlåda som hanteras av enheten för patientsäkerhet. Ärendena registreras i RITZ och koordineras därefter till berörd verksamhet. Om den klagande är patient eller anhörig skickas ett skriftligt bekräftelsebrev. Varje verksamhet eller enhet ansvarar för att utreda, åtgärda och besvara klagomålen.

De vanligaste inledande klassificeringarna för klagomål och externt inkomna avvikelser illustreras i bilden nedan, där antalet registrerade avvikelser inom detta avvikelseområde framgår.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Sjukvården präglas idag av en snabb utveckling och hög komplexitet vilket kräver nya arbetssätt inom många områden, allt ifrån styrning till det patientnära arbetet. Anpassningar sker hela tiden men liksom i övriga samhället finns en tendens att förändrat arbetssätt till följd av utvecklingen släpar efter. För att öka takten i förändrat arbetssätt är riskmedvetenhet av stor vikt, liksom en utvecklad samverkan och teambaserade arbetssätt med patienten i centrum. Scenarioträning är viktigt både vad gäller kompetenshöjning i praktiska arbetsmoment och för att träna teamarbete och samverkan. Läkemedelshantering är ett annat exempel på ett område där snabb utveckling sker och där nya risker kontinuerligt måste övervakas och hanteras. En nära samverkan mellan enhet läkemedel och patientsäkerhetsgruppen vid Hässleholms sjukhus är etablerad för att snabbt kunna hantera nya risker.



För att motverka sårbarhet i läkemedelsförsörjningen arbetar enhet läkemedel tillsammans med regionala enheten för läkemedel för en ökad robusthet. Ökad robusthet uppnås genom det nya läkemedelsförsörjningsavtalet, ökade lokala lagernivåer och genom överförandet av försörjningstjänster till egen regi.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

I samband med årsskiftet 2024/2025 har Hässleholms sjukhus egen patientsäkerhetsgrupp. Samverkan har alltså skett med CSK i gemensamma möten en gång per månad samt vid behov vid ytterligare tillfällen.

Samtliga mål och prioriterade åtgärder i förvaltningens beslutade verksamhetsplan för 2026 är avgörande för att uppnå måluppfyllelse och har betydande verkan för patientsäkerheten. Förvaltningsledningen och verksamheterna är centrala i att driva detta arbete. Patientsäkerhetsorganisationen verkar stödjande gentemot verksamheterna vilket har varit framgångsrikt för verksamheterna och det arbetet skall fortsätta.

Patientsäkerhetsarbetet ska ske i enlighet med nationell handlingsplan för patientsäkerhet och fokus ligger på att fortsätta gå mot proaktivt arbetssätt där riskhantering är en naturlig del i alla delar av verksamheterna. Fortsatt arbete med ökad patientinvolvering och personcentrerat förhållningssätt är också prioriterat.

Förvaltningens övergripande mål avseende 2026 är samma som föregående år:

- Öka kompetensen inom systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Patientsäkerhetsdialoger 1–2 gånger per år med varje verksamhetsområde.
- Nyanställda medarbetare ska få möjlighet att gå utbildningen ProACT inom det första anställningsåret.
- Öka antalet genomförda läkemedelsavstämningar.

Rätt kompetens på rätt plats i rätt tid är en förutsättning för god och säker vård. Att tillse kompetensförsörjning är en av våra stora utmaningar. Inte minst med tanke på förvaltningens geografiska läge i regionen och med den demografiska fördelningen av landsbygd samt äldre befolkning. Idag finns brist på tillräckligt erfarna medarbetare och varje verksamhet behöver säkerställa bemanning och schemaläggning tillämpas flexibelt utifrån kunskap om medarbetares erfarenheter och kompetens. Arbetet för att höja kompetensen och engagemanget hos den enskilde medarbetaren är också avgörande för framgång.