

Patientsäkerhetsberättelse för Nära vård och hälsa 2025



2026-01-22

Chefläkarfunktionen Nära vård och hälsa

Diarienummer: 2026-O000264.

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

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Mätning av basala hygienrutiner och klädregler	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Avvikelser i Ritz för perioden 250226 – 251130	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser	18
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19

SAMMANFATTNING

Förvaltningen Nära vård och hälsa bildades 1 januari 2025 och består av verksamheter och enheter från sju olika förvaltningar. Organisatoriskt skapades fyra verksamhetsområden - VO Mobila team och specialiserad palliativ vård, VO akutvård nära vård, VO rådgivning och stöd nära vård samt Enheten för Strategi och utveckling.

Året har för samtliga verksamheter och för förvaltningen i stort präglats av nybildningen, vilket har inneburit organisatoriska utmaningar. Att få förvaltningens grundläggande strukturer och processer på plats och aktivt arbeta med samarbete och samverkan har varit högt prioriterat, både för att kunna lyckas med uppdraget och för att skapa goda förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet.

Eftersom förvaltningen är ny har förutsättningarna för ett samlat systematiskt patientsäkerhetsarbete behövt byggas upp. Detta har varit ett pågående arbete under året och inför nästkommande år finns en tänkt struktur som kommer att beslutas och implementeras.

Det fortlöpande patientsäkerhetsarbetet har under tiden säkerställts genom att använda befintliga strukturer och komplettera med tillfälliga arbetsgrupper och forum samt med samarbeten och i vissa fall tjänsteköp. De gap och behov av förtydligande som bedömdes direkt påverka verksamheterna hanterades skyndsamt så att det dagliga patientsäkerhetsarbetet som sker närmast patienterna har kunnat fortgå på samtliga enheter.

Under våren har ett nytt regionalt avvikelssystem införts. Förberedelser och genomförande av en ordnad övergång har varit centralt för att säkerställa fortsatt god avvikelshantering som grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet. Inför införandet genomfördes utbildningsinsatser för all personal avseende rapportering i det nya systemet, och samtliga medarbetare uppmanades att genomföra tillhörande digital utbildning. Under senare delen av året har även fortlöpande utbildningar genomförts för både medarbetare och chefer med fokus på hantering, analys och uppföljning av inkomna avvikelser. Gradvis har lärande och möjligheterna till samlade analyser ökat. Målet är att utveckla detta under kommande år.

Ett annat prioriterat område har varit genomförande av riskanalyser i samband med förändringar. Då förvaltningen genomgått flera förändringar inom olika områden har det varit av yttersta vikt att proaktivt identifiera, förebygga och hantera potentiella risker. Då förändringar kommer fortgå och förvaltningen har i uppdrag att även utveckla och starta nya verksamheter är riskbedömningar och riskanalyser viktiga även fortsatt.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Förvaltningens patientsäkerhetsarbete utgår från nationell och regional handlingsplan. Dessa är kommunicerade och kända inom förvaltningen. En förvaltningsövergripande handlingsplan för Nära vård och Hälsa är inte framtagen, men arbetet kommer att fortsätta under 2026. Där kan också målen för förvaltningen kopplas till förbättrad patientsäkerhet.

Målet med bildandet av förvaltningen har varit att förenkla för invånaren, att flytta hälso- och sjukvården närmare patienten och att bidra till bättre hälsa för fler. Vården ska vara personcentrerad och invånarfokuserad. Det ska bli enklare för patienten att orientera sig och få hjälp på rätt vårdnivå så snart som möjligt. Samtidigt ska tillgängligheten öka och samarbeten mellan specialiserad vård samt kommunal och regional primärvård ska stärkas.

Region Skåne vill med den nya förvaltningen skapa nya förutsättningar för omställningen till Nära vård och arbetet mot Framtidens Hälsosystem

Organisation och ansvar

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

En engagerad och kompetent ledning är avgörande för att målet om en nära, trygg och effektiv vård för Region Skånes invånare ska kunna omsättas i praktiken. Ledningen ska säkerställa tydlig styrning, skapa förutsättningar för samverkan och följa upp att förändringsarbetet leder till ökad patientsäkerhet, bättre tillgänglighet och en mer personcentrerad vård.

Eftersom förvaltningen är nybildad har arbete med att etablera grundstrukturerna för organisationen pågått under året. Förvaltningen består av verksamheter och enheter som flyttats från sju andra förvaltningar. I Nära vård och hälsa finns fyra verksamhetsområden, varav tre har hälso- och sjukvårdsuppdrag med direkt patientarbete (bild 1).

VO Mobila team och specialiserad palliativ vård (MTSPV) omfattar mobila team närsjukvård samt ASIH, palliativa mottagningar och palliativa vårdavdelningar uppdelade i 5 geografiska områden, Palliativt utvecklingscentrum med regionalt uppdrag inom allmän såväl som specialiserad palliativ vård samt Läkarbil Skåne som har uppdrag för hela regionen. Verksamhetsområdet

ingick tidigare i Primärvården Skåne och flyttades som helhet till Nära vård och hälsa den 1 januari 2025.

VO Akutvård nära vård består av fyra akutmottagningar med uppdrag inom specialiserad akutvård samt tio kvälls- och helgmottagningar (KHM) med uppdrag på primärvårdsnivå på jourtid. Akutmottagningar har tidigare tillhört sin respektive sjukhusförvaltning och flyttades över till Nära vård och hälsa den 1 januari 2025. Kvälls- och helgmottagningarna har tillhört offentliga vårdcentraler i Primärvården Skåne och övergick den 1 april 2025 till Nära vård och hälsa. Verksamhetsområdet är nu indelat i tre geografiska områden.

VO vägledning stöd nära vård består av mottagningsverksamheter samt 1177 på telefon. Bland mottagningarna ingår specialiserad barn- och ungdomsmottagning, psykologmottagningar barn- och föräldrahälsa, multimodal smärtrehabilitering, levnadsvanemottagning och Flyktinghälsan. Under året har en helt ny regional beställningsfunktion för kompressionsdelar för patienter med stabila lymfödem startat. Funktionen möjliggör en tydligare samlad process med förbättrad kvalitet och patientsäkerhet vid ordination och förskrivning. Arbete pågår också med att starta en postinfektiös mottagning för vuxna och en enhet med uppdrag för patienter med varaktig funktionsnedsättning. Dessa verksamheter beräknas starta under 2026.

Nära vård och hälsa

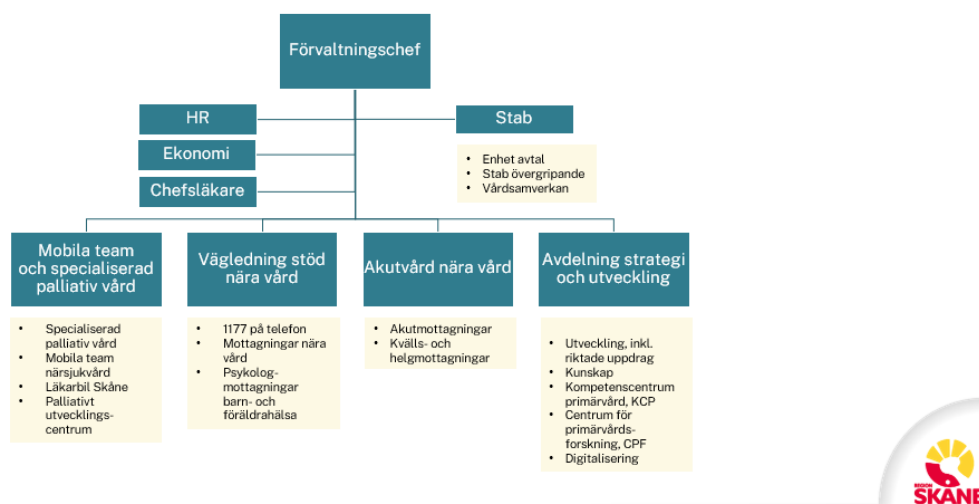


Bild 1. Organisationskiss Förvaltning Nära vård och hälsa

Under året har arbetet med att skapa förvaltningens struktur och organisation för patientsäkerhet pågått parallellt med att ledningsstrukturerna i organisationen kommit på plats. Från verksamheterna som flyttats över till förvaltningen fanns funktioner och roller som har följt med vid övergångarna, men i flera verksamheter har roller behövt tillsättas och former för patientsäkerhetsarbetet skapas. För att säkerställa det löpande arbetet med patientsäkerhet och avvikelshantering gjordes tidigt överenskommelser med övriga förvaltningar att fortsätta bistå med resurser och funktioner tills strukturen byggts upp inom förvaltning NVH.

I maj 2025 anställdes en förvaltningsövergripande chefläkare. En tillfällig struktur skapades för att samla patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen med en arbetsgrupp sammankallad och ledd av förvaltningens chefläkare. Den har bestått av en chefssjuksköterska från VO MTSPV, en patient-säkerhetssamordnare från VO Akutvård nära vård, en chefläkare för mobila team och läkarbil Skåne samt en medicinsk rådgivare från specialiserad palliativ vård, I VO MTSPV kvarstod nätverk och forum för MR och MLA sedan tidigare. I VO Akutvård nära vård skapades ett nytt nätverk och forum för MLA och MR. Forum och samarbeten med de fyra sjukhusens chefläkarfunktioner etablerades också, och tjänsteköp av vissa funktioner har fortgått under hela eller delar året. Detta har varit viktigt för samarbetet i det löpande patientsäkerhetsarbetet och för att i dialog utforma och utveckla samarbetet på sikt.

En kartläggning har gjorts för att identifiera befintliga roller samt var funktioner saknas eller nya behov har uppstått. Verksamheterna har arbetat med patientsäkerhet enligt olika modeller i sina tidigare förvaltningar. Skapandet av förvaltningens patientsäkerhetsstruktur handlar om att både behålla välfungerande delar, utveckla och sprida dessa, samt att anpassa och synkronisera delar för att skapa ett samordnat patientsäkerhetsarbete. Goda exempel inhämtades också från andra förvaltningar med väletablerade patientsäkerhetsorganisationer.

Målet har varit att ta fram en struktur som speglar och stödjer linje- och ledningsstruktur och kopplas till kvalitets- och verksamhetsutveckling. Strukturen behöver också utformas för att möta de olika verksamhetsområdenas behov och utmaningar, men så att patientsäkerhetsarbetet samtidigt kan hållas ihop och bedrivas samordnat och i samverkan med andra förvaltningar och verksamheter. Ett övergripande förslag skapades under sommaren och har under hösten bearbetats ytterligare och förankrats. Några rekryteringar har påbörjats. Beslut om organisationen väntas i januari 2026 och därefter ska strukturen implementeras under året.

Funktioner och roller inom läkemedel är kopplade till den regionala strukturen. När läkemedelsförsörjningen för Region Skåne övertogs av Apoteket AB så anställdes farmaceuter för Mobila team och specialiserad palliativ vård för att arbeta klinisknära med läkemedelsförsörjning. Cheffarmaceut anställd av primärvården fasade ut sitt uppdrag och chefapotekare anställd av förvaltning i Nordvästra Skåne har fått uppdrag att vara chefapotekarombud för Nära vård och hälsa.

Förvaltningen ingår också i regionala nätverk och forum med koppling till patientsäkerhet såsom nätverk för chefläkare och chefsjuksköterskor samt hygienombud. Förvaltningsrepresentant för avvikelssystemet ingår i regionala förvaltningsgruppen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Att samverka är en central del i förvaltningens verksamheter och övergripande uppdrag. Ett av syftena med skapandet av förvaltningen var att den ska utgöra ett kitt mellan vårdaktörer och att genom samverkan arbeta för en omställning till Nära vård. Samtliga verksamhetsområden verkar för detta i sina samarbetsytor med vårdgrannar inom och utanför regionen.

Förutom den samverkan som är etablerad sedan tidigare inom regionen har nya samarbetsformer utvecklats. Särskilt har förflyttningen av akutmottagningarna från respektive sjukhus till förvaltning NVH inneburit förändrade förutsättningar och behov av nya forum och nätverk. Samverkan sker både på ledningsnivå och mellan patientsäkerhetsfunktioner för att säkerställa fortsatt goda samarbeten och personcentrerad vård samt ett aktivt och gemensamt patientsäkerhetsarbete. Inom den specialiserade palliativa vården har arbetet med *tidig identifiering av palliativa vårdbehov och tidig integrerad palliativ vård* startats upp. Implementeringen av det sammanhållna vårdförloppet för personcentrerad palliativ vård sker i samverkan med alla berörda vårdaktörer.

Under året har flera verksamheter också skapat samlokaliseringar, vilket syftar till att öka möjligheterna till samarbete och samverkan.

Förvaltningens uppdrag att utveckla och etablera nya verksamheter och mottagningar har inneburit samverkan, exempelvis med lymfödemterapeuter inom den nya beställningsfunktionen samt i planeringen av mottagningar för patienter med postinfektiösa symtom, långvarig smärta och för personer med långvarig funktionsnedsättning.

Förvaltningen ingår i Skånesamverkan inom den etablerade strukturen för samverkan mellan regionens och kommunernas verksamheter, både på makro- (central politisk och tjänstepersonssamverkan), meso- (delregional politisk och tjänstepersonssamverkan) och på mikronivå (lokala samarbetsgrupper på kommunnivå). Arbeta sker i samverkan mellan kommuner, specialiserad öppenvård, slutenvård, psykiatri samt offentlig och privat primärvård utifrån uppdragsbeskrivningen för Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Förvaltningen samverkar även med andra externa aktörer såsom exempelvis kriminalvården, polismyndigheterna, migrationsverket och boende för asylsökande, förskolor och elevhälsa samt socialtjänst.

Att fortsätta driva utveckling av samverkan och samarbetsformer är ett av förvaltningens viktigaste fokus även för kommande år.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Uppföljning av informationssäkerheten sker utifrån Region Skånes styrande dokument (LSID), och särskilt när det inträffar väsentliga händelser som påverkar informationssäkerheten. I det årliga uppföljningsarbetet identifieras svagheter som sedan blir fokuspunkter i planeringen av nästa års insatser inom informationsspridning och utbildning. Särskild uppföljning och granskning har skett vid misstanke om olovlig åtkomst till journaler. Under 2025 har arbete påbörjats för att börja bygga upp nya strukturer och rutiner som är förvaltningsspecifika.

Risikanalyser genomförs löpande inför implementering av nya informationshanteringar, både regionövergripande och inom förvaltningen. I riskanalysarbetet representeras förvaltningen av en in-

formationssäkerhets- och dataskyddssamordnare samt representant för verksamheten. Då förvaltningen under året representerats av samordnare från andra förvaltningar, finns ingen exakt siffra över antalet riskanalyser som förvaltningen medverkat i.

Svagheter som identifieras i uppföljning och informationsinsamling blir fokuspunkter för kommande insatser. Eftersom förvaltningen är ny sedan januari 2025 har årets fokus legat på att starta upp nätverk för kontaktpersoner för informationssäkerhet inom förvaltningen, inventera behov av information inom området och planering av insatser under kommande år. Fokus har även legat på att inventera och utvärdera lagringsplatser för digital information inom förvaltningen, och en plan har tagits fram för att implementera säkrare lagringsplatser.

Under året har förvaltningen haft stöd i arbetet med utbildning och informationsspridning av dels den regionala enheten för informationssäkerhet, dels andra förvaltningar som fortsatt stötta de verksamheter som tidigare tillhört dessa förvaltningar. Under nästkommande år fortsätter arbetet med att bygga förvaltningens nätverk och rutiner inom både informationssäkerhets- och dataskyddsområdena.

Loggkontroller av journalöppningar sker regelbundet i verksamheterna. Antal genomförda loggkontroller går inte att redogöra för, eftersom intern rapportering av kontroller inom Nära vård och hälsa inte möjliggjordes förrän i april.

Vid misstanke om obehörig åtkomst av journal genomförs en grundlig utredning efter Region Skånes instruktioner. Informationssäkerhets- och dataskyddssamordnare hålls informerad och bistår i handläggningen av ärendena. Under året har tre loggkontroller lett till vidare utredning.

Misstänkta personuppgiftsincidenter rapporteras till dataskyddssamordnare som utreder och riskbedömer incidenterna. Vid bekräftad personuppgiftsincident med risk för den registrerade anmäls incidenten till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Vid hög risk informeras även den registrerade av verksamheten. Förvaltningen har under 2025 rapporterat in tre incidenter till IMY varav två avser misstänkt dataintrång. I båda ärenden har IMY beslutat att de inte vidtar åtgärder.

En god säkerhetskultur

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

Nära vård och hälsa arbetar för att patientsäkerhet ska vara integrerat i all verksamhet. Ledningsstrukturen på flera nivåer tydliggör återkommande att riskmedvetenhet, öppen kommunikation och avvikelshantering är centrala delar för att stärka lärandet och på så vis nå en god och säker vård. Patientsäkerhet ingår som en del av introduktionsprogram för nyanställda.

Verksamheterna avsätter tid för regelbunden reflektion och analys. Majoriteten av enheterna använder sig dagligen av reflektionsverktyget Gröna korset, vilket har gett resultat i form av större



medvetenhet gällande risker och ett klimat mer öppet för patientsäkerhetsdiskussioner. Avvikelser återkopplas och åtgärdas systematiskt för att skapa lärande och tydlig effekt av åtgärder. Mottagningarna har också återkommande forum och möten för dialog och lärande kring patientfall, vårdriktlinjer och patientsäkerhetsrisker.

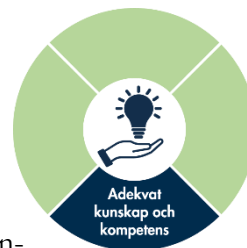
Mobila team och specialiserad palliativ vård genomför årliga patientsäkerhetsdialoger inom alla fem verksamhetsområden med fokus på risker och förbättringsarbete, frekventa avvikelser såsom fall och avvikelser kopplade till läkemedel. Flera enheter håller kontinuerliga patientsäkerhetsmöten för medarbetargruppen där händelser i Gröna korset och avvikelser av mer allvarlig karaktär går igenom.

VO akutvård har dagliga avstämningar för att snabbt identifiera och hantera risker kopplade till bemanning, belastning, patienter och utrustning. Arbetet bedrivs med regelbunden uppföljning av indikatorer, patientsäkerhetsronder och riskanalyser. Detta säkerställer att erfarenheter leder till varaktiga förbättringar i hela vårdkedjan.

I arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen är ambitionen en förflyttning från ett reaktivt till ett proaktivt patientsäkerhetsarbete och detta ska vara en integrerad del av det dagliga arbetet och verksamhetsutvecklingen.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Bemanning och schemaläggning ska säkerställa att erfaren kompetens finns under arbetspass och utifrån arbetstidslagen. Nya medarbetare erhåller introduktion och i förekommande fall mentorskap eller handledning. Samtliga enheter som erbjuder utbildningstjänstgöring för läkare eller praktik inom ramen för VFU arbetar aktivt med handledarskap och strukturerad handledning. Yrkeskompetens och även kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning till samtliga medarbetare. Digitala utbildningar tillgodoses via Lärportalen och via Mötesplats God vård. Inom området palliativ vård bedrivs forskning, utveckling och utbildning på Palliativt utvecklingscentrum i nära samarbete med den kliniska verksamheten. Medicinskt råd verkar för att samla och sprida kunskap inom området samt ta fram övergripande medicinska riktlinjer.

Inom enheten Strategi och utveckling görs arbete för att stötta vårdvalsverksamheterna via utbildnings-, utvecklings- och forskningsinsatser från Primärvårdens utbildningsenhet (PUE) och Centrum för primärvårdsforskning (CPF). Allmänläkarkonsulterna (AKO) ger stöd för en kunskapsbaserad och god vård.

Den specialiserade palliativa vården har verksamhet dygnet runt årets alla dagar med bemanning av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare, samt rehabiliteringspersonal och sekreterare på kontorstid. Mobila team närsjukvård har under hösten utökat verksamheten till alla dagar i veckan och Läkarbil har under året blivit en integrerad del av verksamheten.

På kvälls- och helgmottagningarna har ett arbete gjorts att se över bemanning och kompetensförsörjning. Tidigare har varje mottagning haft egna rutiner för bemanningen, vilken skilt sig mellan mottagningarna. Under 2025 har verksamheten implementerat en enhetlighet på regionens KHM. Att definiera och säkerställa grundkrav och förväntningar är särskilt viktigt då bemanningen till största delen utgörs av timanställd personal med grundtjänstgöring i annan verksamhet och förvaltning. Från och med hösten 2025 bemannas läkarlinjer i första hand av minst en specialistläkare i allmänmedicin och av erfarna ST-läkare i allmänmedicin som uppfyller kompetenskrav enligt gemensam kliniköverenskommelse. Specialistläkare med hög erfarenhet och kontinuitet på KHM schemaläggs jämt över året. För att säkerställa god kunskap och erfarenhet i lokala rutiner och arbetssätt så eftersträvas att läkare i huvudsak schemaläggs på en KHM i Skåne.

Verksamheterna inom 1177 på telefon håller återkommande månatliga utbildningstillfällen och regelbundet sker kvalitetsuppföljning med medlyssning och återkoppling av samtalsprocess samt bemötande i telefon, både enskilt och i grupp. Följsamhet till arbetssätt och det medicinska innehållet i rådgivningsstödet (RGS) diskuteras även i regionala och nationella nätverk. För kompetensutveckling sker också utbildningssamverkan med andra verksamheter och specialistkliniker.

Under hösten erbjöds hygienombud från förvaltningen att delta i introduktionsutbildning och nätverksträffar som arrangeras av Vårdhygien Skåne. Totalt deltog åtta medarbetare i introduktionsutbildningen och tio medarbetare deltog vid nätverksträffarna. Sammanfattningsvis var utbildningen och träffarna mycket uppskattade och innehållet relevant för verksamheterna.

Patienten som medskapare

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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Patients och närståendes erfarenheter är en central del av patientsäkerhetsarbetet. Aktivt arbete pågår dagligen för att göra patienter delaktiga i sin vård och att ta tillvara deras och närståendes synpunkter för att stärka säkerheten i hela vårdprocessen. Vid klagomål och avvikelser är medverkan från patienter och närstående en viktig del i förståelsen för händelseförloppet och för att rätt förbättrande åtgärder ska vidtas.

Inom mottagning barn- och ungdomsmedicin, psykologmottagningar barn- och föräldrahälsan samt inom den specialiserade palliativa vården har vårdnadshavare och närstående ofta en särskilt viktig ställning. Genom att aktivt inkludera och skapa delaktighet med både patient och närstående skapas förutsättningar för en god vård och ökad patientsäkerhet.

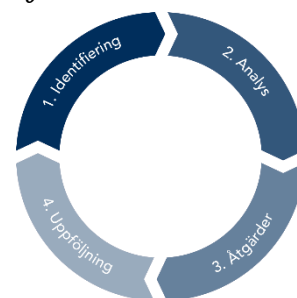
Mobila team och specialiserad palliativ vård har satt ökad medverkan av patient och närstående som ett av sina mål. Patient- och närstående utskott (PNU) har startats upp under året och har haft en handfull möten. Förberedelser för införande av Min vårdplan har påbörjats.

Några enheter arbetar med The Carer Support Needs Assessment Tool, även kallat CSNAT, som är ett strukturerat närståendestöd. Närståendenkäter är en kvalitetsindikator i Palliativregistret och samtliga enheter inom den specialiserade palliativa vården erbjuder efterlevandesamtal. 1177 på telefon genomför årligen Nöjd Kund Index (NKI) där invånarna ges möjlighet att bedöma bemötande och erhållen rådgivning samt lämna övergripande synpunkter som verksamheten tar hänsyn till i förbättringsarbeten och utveckling av verksamheten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

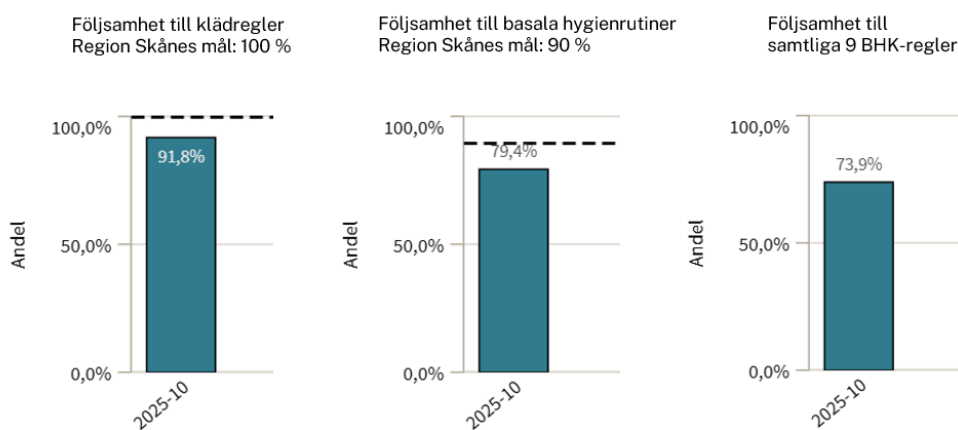


Mätning av basala hygienrutiner och klädregler

Punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) utfördes för första gången i Region Skånes egen regi hösten 2025 med Vårdhygien Skåne som sammanhållande enhet. Chefsjuksköterska var kontaktperson för förvaltningen. Observationerna matades in i enkätverktyget 3C och resultatet genererade automatiska rapporter som finns att tillgå i QlikSense.

Majoriteten av enheterna deltog men för kvälls- och helgmottagningarna var bortfallet stort. Fler-talet enheter rapporterade inte in observationerna inom utsatt tid och resultatet blir då inte en del av den regionala mätningen utan räknas som en lokal mätning. Analys och uppföljning sker lo-kalt.

Region Skånes uppsatta mål: Följsamhet till 90 % av samtliga nio steg, varav 100 % till de 4 kläd-reglerna. Nära vård och hälsa uppnår inte de satta målen vare sig gällande klädregler eller basala hygienrutiner. Brister ses bland annat gällande handdesinfektion före arbetsuppgift och användning av engångsförkläde.



Då verksamhetsområde akutvård nära vård omfattar akutmottagningar och kvälls- och helgmottagningar som tidigare tillhörde respektive sjukhusförvaltning och vårdcentral i primärvårdsförvaltningen, har arbetet med egenkontroller och uppföljning av kvalitetsindikatorer inte varit enhetligt. Mot denna bakgrund har det under den korta tid som förflutit sedan omorganisationen inte varit möjligt att genomföra en samlad analys eller jämförelse med tidigare år.

Under 2025 har arbete påbörjats för att identifiera processer och kvalitetsmått som är lämpliga att följa inom verksamhetsområdet, samt att utveckla och anpassa verktyg och applikationer för datainsamling, analys och uppföljning.

För akutmottagningarna har preliminära data tagits fram som avser mortalitet och oplanerade återbesök/återinläggningar inom 72 timmar och intentionen är att utveckla formerna för datapresentation och analys samt skapa förutsättningar för urval och markörbaserad journalgranskning. Det finns också en ambition att ansluta till Svenska Akutvårdsregistret (SVAR). Fortsatt arbete behövs för att bygga strukturerna och analysfunktioner för att koppla rätt åtgärder till respektive område.

Kvälls- och helgmottagningarna har under året arbetat aktivt med att förbättra följsamheten till Stramas riktlinjer för antibiotikaförskrivning. Då Stramas stödjande och uppsökande insatser tidigare utgått från kvälls- och helgmottagningarnas koppling till vårdcentraler har nu ett tätare samarbete påbörjats för att stärka arbetet inom ramen för Nära vård och hälsas organisation. Strama bistår med uppföljning av antibiotikaförskrivning och sätta kvalitetsmål. Verksamhetsbesök ska ske minst en gång om året. Individuell förskrivning kan också följas och kompetenshöjande insatser göras. Utbildning och godkänd kurs *Antibiotikasmart* är obligatorisk för alla tjänstgörande läkare och ska genomföras årligen.

Inom verksamhetsområde vägledning stöd nära vård sker kvalitetsuppföljning inom respektive mottagningsområde. För multimodal smärtehabilitering används det nationella kvalitetsregistret Nationellt Register för Smärta (NRS).

På 1177 på telefon genomförs kvalitativ uppföljning genom att samtliga samtal till 1177 på telefon spelas in, varefter regelbunden medlyssning och återkoppling sker. Vid behov kopplas samtalsledare in för stöd och vägledning i arbetssätt.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit som avsett. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Det har under året varit prioriterat att förbereda och genomföra övergången till ett nytt system för avvikelserapportering. Inför stängning av föregående system Avic, hanterades och avslutades pågående avvikelser och från den 26 februari öppnade nya avvikelssystemet i RITZ för rapportering. Avvikelser som skulle utredas ytterligare fördes över till det nya systemet. Avic stängdes den 15 maj. Mycket fokus har lagts på introduktion och utbildning i det nya avvikelssystemet. De två administratörerna för avvikelssystemet har lagts in som ”skuggkoordinatorer” i avvikelssystemet. Det påvisades då att kunskap om hantering av avvikelser i systemet var delvis bristande och innebar att avvikelser inte hanterades löpande. Därför skapades utbildningstillfällen digitalt via Teams som erbjöds verksamheterna dels genom allmän inbjudan, dels efter behov till enskilda enheter. Workshopstillfällen erbjuds veckovis och har varit välbesökta. Mål för 2026 blir att använda forumen även för diskussion kring de avvikelsetrender som identifierats, exempel på händelser, orsaksutredningar och åtgärder. Ett arbete har också inletts för att undersöka om kategorier av avvikelser som de olika verksamheterna har rapporterat kan urskiljas. Likaså avseende identifierade risker i olika verksamheter. Det finns också möjlighet i det nya avvikelshanterings-systemet att samla händelser och åtgärder för lärande.

Förutom det regionala regelverket för avvikelshantering har förvaltningen tagit fram en rutin för Lex Maria som innehåller checklista för att förtydliga arbetsgången.

Verksamheten ansvarar för avvikelshantering, utredning och åtgärder. Allvarliga händelser lyfts via verksamhetschef till chefläkarfunktionen för beslut om internutredning och därefter ställningstagande till anmälan enligt Lex Maria. Vid händelser som involverar flera förvaltningar bidrar samtliga berörda till utredningen och chefläkarfunktionerna samverkar genom processen. En anmälan till IVO kan slutligen genomföras gemensamt eller av den förvaltning som haft huvudansvaret. Detta samarbete har varit särskilt värdefullt i händelser som inträffat på akutmottagningarna där både Nära vård och hälsa och sjukhusförvaltningarna har personal och delade ansvarsområden.

För överblick har internutredningar samt uppmärksammade allvarliga händelser eller upprepade händelser samlats i en strukturerad Excel-fil med tillhörande checklista för internutredning och Lex Maria. Arbetsgruppen och chefläkare har haft veckomöten med genomgång och hantering av avvikelser i avsedd fil. På så sätt har det funnits en samlad översikt av pågående utredningar och verksamheten har kunnat stöttas i hanteringen. Utveckling av detta stödarbete till verksamheterna kommer att kunna ske efterhand som strukturerna och ytterliga funktioner kommer på plats.

Under året har tre händelser efter internutredningar lett till anmälan till IVO enligt Lex Maria. I två fall har slutsvar kommit från IVO. En anmälan har också skickats från sjukhusförvaltning där händelsen inträffat på Nära vård och hälsas akutmottagning.

Avvikelser i Ritz för perioden 250226 – 251130

Uttag av avvikelser i Ritz har inte varit tillförlitliga vid uppstarten av systemet. En ny version i form av rapporter där respektive verksamhet själv kan ta ut statistisk kom först under Q3 vilket inneburit att en säker bild av statistiken på förvaltningsövergripande nivå inte kunnat skapas. Detta kommer att arbetas fram under 2026.

1614 avvikelser är registrerade inom flöde Patient samt Klagomål/externa avvikelser, varav 1456 är intern- och patientrelaterade avvikelser. 138 berör andra flöden.

Verksamhetsområde	Antal avvikelser patient-flöde	Antal klagomål och externa avvikelser
VO Mobila team och Specialiserad palliativ vård (MTSPV)	1023	84
VO Akutvård	253	64
VO Vägledning stöd	41	10

Vanligt förekommande avvikelser hos VO MTSPV är hantering av läkemedel och patienter som fallit. Upprepade avvikelser gällande en av de upphandlade sprutpumparna är identifierade och arbete med avtalsenheten, MT och aktuellt företag pågår. Sprutpumpen är anmäld till Läkemedelsverket.

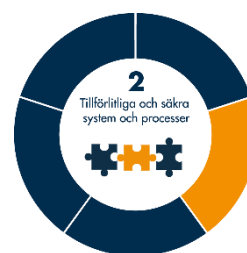
Vanligt förekommande avvikelser hos VO akutvård är kopplade till medicinska bedömningar exempelvis triagering, till vårdens övergångar samt till bristande omvårdnad.

1177 på telefon har under 2025 haft något färre avvikelser jämfört med tidigare år. Majoriteten av dessa avvikelser gäller inkomna synpunkter från samverkanspartners både inom Region Skånes verksamheter och externa verksamheter. Avvikelserna rör frågor om medicinska bedömningar och hänvisningar. Inga av dessa ärenden har visat allvarliga brister som föranlett anmälan enligt lex Maria och majoriteten bedöms följa gällande medicinska riktlinjer och beslutsstöd.

Ärenden som har inkommit till patientnämnden sammanställs i en rapport som återfinns i Qlikview tillsammans med tillhörande åtgärder. Rapporter kan skapas både för enskild verksamhet och på förvaltningsnivå för analys, uppföljning och i arbetet med förbättringar. Från 2025-01-01 till 2025-11-30 finns i Qlikview totalt 136 patientnämndsärenden för förvaltningen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Att säkerställa gemensamma och stabila processer har varit ett viktigt fokusområde i förvaltningens nybildande. Det handlar om både skriftliga rutiner och lokala arbetssätt. Kvälls- och helgmottagningarna har påbörjat ett särskilt arbete att se över och kvalitetssäkra befintliga arbetssätt för att samordna och utarbeta gemensamma rutiner.

Ett stort arbete har påbörjats kring förvaltningens samlade dokumenthantering. Beslut har tagits att implementera och föra över dokument i DokIT. Arbetet omfattar identifiering, insamling och genomgång av befintliga dokument med rutiner, instruktioner och riktlinjer. Då dessa utgått från

tidigare organisationer görs också ett arbete med att identifiera vilka rutiner och riktlinjer som är relevanta i den nya organisationen, och när det finns behov uppdatera, sammanföra och likrikta dessa. Detta arbete kommer att fortgå under 2026.

Palliativvårdsavdelningarna och ASIH har påbörjat arbete med att införa läkemedelsautomater för narkotikaklassade läkemedel, ett arbete som kommer att fortsätta under 2026. Detta som ett led i att stärka säkerheten kring läkemedel och minska riskerna för feldelade läkemedel samt minska svinn.

Införandet av SDV har skjutits upp till hösten 2026. Arbetet med förberedelser och utbildningar pågår löpande. Under 2025 har chefläkare och chefsjuksköterska deltagit i utbildning och bidragit till utvärdering av framtaget material och arbetsböcker.

Säker vård här och nu

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



Riskhantering

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

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

Förvaltningen har under året varit i flera förändringsprocesser kopplade till nybildningen. Organisationen har sedan delvis omformats och utvecklats under året och nya verksamheter har startats. Detta har ställt stora krav på proaktivt arbete för att säkerställa funktionalitet och patientsäkra processer. Inför större förändringar har riskanalyser genomförts för att identifiera och hantera de risker som kan uppstå. Under året har sex förvaltningsövergripande riskanalyser gjorts. Arbetet pågår också med att ta fram ett stöd för organisationsförändringar och uppstart av nya verksamheter.

Förvaltningsövergripande riskanalyser som gjorts sedan uppstarten:

Förändring	Kommentar	Berörda förvaltningar
Organisatoriskflytt av verksamheter till NVH	Riskbedömning gjordes separat	NVH
Flytt av KHM in till akutmottagning i Hässleholm	Riskbedömning gjordes samtidigt	NVH, Hässleholms sjukhusförvaltning, Primärvården Skåne
Flytt av KHM in till akutmottagning Kristianstad.	Riskanalysen gjordes samtidigt som nedanstående. Riskbedömning gjordes samtidigt.	NVH, CSK's sjukhusförvaltning och Primärvården Skåne
Samlokalisering för KHM på CSK	Riskanalysen gjordes samtidigt som ovanstående. Riskbedömning gjordes samtidigt.	NVH, CSK's sjukhusförvaltning och Primärvården Skåne
Flytt av KHM in till Akutmottagning Landskrona	Riskbedömning gjordes samtidigt.	NVH, Landskrona sjukhusförvaltning och Primärvården Skåne
Omstrukturering av verksamhetsområden inom VO akut, tre blir två.	Riskanalysledare satt med vid riskbedömningen, inga patientsäkerhetsrisker identifierades.	NVH

Ingen inventering har skett gällande vilka lokala riskanalyser som gjorts. Under våren inventerades antal befintliga riskanalysledare och planen är att starta upp en riskanalysutbildning under 2026.

Medarbetare uppmuntras att rapportera risker direkt i det digitala avvikelssystemet RITZ. Genom dagliga avstämningar och regelbunden användning av Gröna Korset identifieras och lyfts också risker för möjlighet till snabb hantering. Medlyssning och journalgranskningar är andra metoder som används för att upptäcka brister och risker.

Under hösten 2025 identifierades upprepade avvikelser kopplade till en sprutpump för läkemedelsadministrering. Detta föranledde en fördjupad analys och ett gemensamt arbete med IT/MT och koncerninköp för att med leverantören hantera bristerna. Samtidigt gjordes en bedömning av patientsäkerhetsriskerna i verksamheten och förutsättningarna kring framtida användning. Detta är ett exempel på när avvikelssystemet kunnat användas för att avslöja en återkommande risk.

Ett område som är en återkommande och känd risk är händelser och avvikelser som involverar läkemedel. Under 2025 har regionen bytt läkemedelsleverantör. Under en period uppstod flera brister i leveranser. Snabb hantering av bristerna möjliggjordes genom dagliga avstämningsmöten som hölls regionalt och dit avvikelser och problem rapporterades.

Regionalt via chefläkarnätverket finns ett pågående arbete med en risklogg. Under kommande år är intentionen att förvaltning Nära vård och hälsa ska arbeta mer aktivt med riskloggen som verktyg att identifiera risker.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

Vid introduktion av nyanställda sker en genomgång av patientsäkerhetsarbetet. Förvaltningen arbetar aktivt för att säkerställa att alla medarbetare rapporterar avvikelser samt händelser som kunnat leda till vårdskada. Rapporteringskulturen bygger på öppenhet och ett tydligt stöd från ledningen som betonar att varje avvikelse är en möjlighet att upptäcka systembrister och förbättra patientsäkerheten.

Chefer och samordnare lyfter vikten av rapportering under avstämningar, morgonmöten och arbetsplatsträffar. Nya medarbetare utbildas i hur avvikelshantering fungerar, och återkoppling ges löpande för att stärka förtroendet för systemet. Analyser genomförs regelbundet på både enhets- och verksamhetsområdesnivå

Lärdomar från genomförda utredningar tas till vara och används som underlag vid regelbundna internutbildningar. Inom ramen för avvikelshantering och i det nya avvikelssystemet finns möjligheter att skapa rapporter på olika verksamhetsnivåer. Analyser och uppföljningar kan utvecklas ytterligare när patientsäkerhetsstrukturen är implementerad och ingående funktioner och roller är på plats.

Klagomål och synpunkter

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

Samtliga synpunkter som inkommer från patienter eller närstående via telefon, digitalt, brev, via diariet eller via Patientnämnden registreras och hanteras i avvikelssystemet. Chef ansvarar för utredning, åtgärder och återkoppling. En första återkoppling sker i så nära anslutning som möjligt till att synpunkterna inkommer vilket ger möjlighet till dialog och kompletterande synpunkter. Lärdomar och erfarenheter återkopplas till samtliga medarbetare i samband med interna möten och utbildningar.

I avvikelssystemet finns möjlighet att särskilja externa klagomål från internt skrivna avvikelser då dessa registreras i ett eget flöde. Andelen klagomål är liten i jämförelse med antal internt skrivna avvikelser och någon separat analys av externa klagomål görs inte i nuläget.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Förvaltningen ingår i den regionala kris- och beredskapsorganisationen.

Verksamheterna har haft rutiner och kontinuitetsplaner kopplade till sina tidigare förvaltningar. Fortsatt samverkan har varit viktig under året och arbetet med att stärka och förtydliga den interna beredskapen inom förvaltningen har påbörjats. Detta kommer att fortgå och utvecklas under 2026.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Förvaltningen ska under kommande år besluta om och implementera patientsäkerhetsorganisationen med tillhörande resurser. Implementeringen av strukturerna och utformning av arbetssätt behöver ske med delaktighet och förankring i verksamheterna för att säkerställa att organisationen fungerar i praktiken och blir en integrerad del av det dagliga arbetet.

När organisation och struktur för patientsäkerhetsarbetet finns som grund kan arbetet intensifieras med att omsätta analyser och omvärldsspaningar till konkreta förändringar. En förvaltningsövergripande handlingsplan för patientsäkerhet ska tas fram.

Genom att ta fram kvalitetsmått som är lämpliga att följa för respektive verksamhetsområde och dess ingående verksamheter och definiera gemensamma övergripande mål kan förvaltningens arbete bättre följas upp på ett systematiskt sätt, och data kan ligga till grund för analyser och förbättringar.

Utveckling av avvikelshanteringen med ytterligare uppföljning och analyser av trender planeras för att upptäcka risker och kunna arbeta med förebyggande insatser. Genom att också använda den regionala riskloggen kan förvaltningen koppla det proaktiva arbetet till regional nivå.

För punktprevalensmätningen BHK är målet kommande år att öka förvaltningens rapporteringsgrad och förbättra följsamheten till hygienriktlinjerna.

Förberedelser fortsätter inför övergång till SDV, med planerad driftstart från hösten 2026.

Förvaltningen ska i sitt uppdrag fortsätta samarbeta och samverka med övriga förvaltningar, kommuner, myndigheter och vårdaktörer och genom detta bidra till hög patientsäkerhet och en omställning till nära vård enligt Framtidens hälsosystem.