

Patientsäkerhetsberättelse

för Primärvården Skåne

År 2025



Om du inte vågar se framåt och vägrar se bakåt får du se upp. Tage Danielsson

Datum: 2026-01-22

Ansvarig för innehållet: Patientsäkerhetsfunktionen

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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



Mallens källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	17
BILAGA 1. Exempel på egenkontrollsområden genomförda i förvaltning Primärvården Skåne under 2025.	18

SAMMANFATTNING

Primärvården Skåne har under 2025 arbetat med att förbättra patientsäkerheten genom att identifiera och åtgärda risker, förbättra processer och öka medarbetarnas kompetens. Detta arbete har skett i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och Region Skånes mål och strategier.

Urval av aktiviteter det gångna året:

Övergripande:

Uppdaterat mål och strategier med ökat fokus på säker vård.

Framtagande av Kvalitetsledningssystem för hela förvaltningen med säker vård som tydlig röd tråd.

Omorganisering av områden med indelning i kluster för ökad lokal samverkan, stöd och verksamhetsutveckling.

Säker vård som en återkommande punkt på förvaltnings- och områdesledningsmöten.

Utbildningar genomförda inom strukturerad klinisk suicidriskbedömning, psykologisk behandling vid suicidalitet, omhändertagande av patienter med suicidtankar samt behandling av alkoholberoende.

Den digitala utbildningen Suicidprevention i Skånsk Sjukvård (SPiSS) är en del av introduktionsprogrammet för alla nyanställda.

Uppdatering av processer, rutiner, riktlinjer, bland annat för då chef uppmärksammas på att medarbetare kan utgöra en risk för patientsäkerheten samt för journalgranskning.

Årlig egenkontroll av läkemedelsordination och hantering genomförd.

SDV-utbildningar av personal i chefs- och ledningsposition har utförts men implementeringsstart har skjutits upp ytterligare då risker och kvalitetsbrister fortfarande återstår att hantera.

Utbildning i Säker vård för verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) har ägt rum.

Metod för att belysa patientsäkerhetsrisker och stärka patientsäkerhetskulturen har uppdaterats avseende hur uppgifter och fel/riskhändelser presenteras. Belyser nu även händelser som inte blev Lex Maria-anmälningar, men där ett lärande ändå kan finnas. Målet är att via chefläkare till medicinskt ledningsansvariga läkare och vidare ut i verksamheterna, sprida kunskap och minska risker.

Regional chefsjuksköterska och regional chefläkare har haft patientsäkerhetsdialog/rond.

Vårdcentraler:

Inspektionen för vård och omsorg genomförde inspektion och meddelade exempel på förbättringsområden.

Centrumkliniken diplomerades som Skånes första och Sveriges andra antibiotikasmarta vårdcentral. Flera vårdcentraler har tagit initiativ i samma riktning.

Fortsatt utveckling av arbetet i relation till patienter med beroendeproblematik.

Samordning och samverkan med MAS-nätverken integreras som en del av dagliga processer.

Fortsatt arbete med läkemedelsgenomgångar samt utökat fokus på patienter i ordinärt boende.

Uppdatering och förtydligande av processer, rutiner, riktlinjer.

Barnhälsovård:

Asynkrona chattar har testats för att se om kan införas brett. Utvärdering planeras sammanställd början av 2026.

För att stötta arbetet med att minska onödig antibiotikaförskrivning har riktade utbildningar för barnhälsovården genomförts.

Barnmorskemottagningar (BMM)

Inspektionen för vård och omsorg genomförde inspektion och fann förbättringspotential gällande att erbjuda fast läkarkontakt samt rekommenderade utökning av egenkontroll för att säkerställa kontinuitet och tillgänglighet.

Barnmorskemottagningarna har gått från ett drop in flöde med triage till ett rakt drop in flöde utan triage för att öka tillgängligheten för patienterna.

Arbetet med asynkrona chattar för framför allt gravida har fortsatt och ökat.

Förvaltningsledningen har gett BMM i uppdrag att ta fram rutiner för samarbete mellan barnmorska och läkare för omhändertagande av gyn- och klimakteriepatienter inom Primärvården Skåne.

Psykiatri:

Påbörjar inrättandet av psykiatrimottagningar.

Projektgruppen *Primärvården Skåne för psykisk hälsa* driver utvecklingsarbete med fokus på arbetssätt och metoder som stärker vården. Under 2024 och första halvåret 2025 har nuläget kartlagts genom enkäter och workshops, vilket gett en tydlig bild av var insatser behövs och vilka framgångsfaktorer som kan spridas till fler vårdcentraler.

En projektsida på intranätet med utbildningar, arbetsmaterial och goda exempel används nu av verksamheterna.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Underlaget i denna rapport bygger på förvaltning Primärvården Skånes samlade verksamheter och områden och presenteras av den anledningen tillsammans. Nedan beskrivs ett urval av mål och strategier, organisation och struktur för förvaltningens arbete med att minska antalet vårdskador.

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 §

Primärvården Skåne ska erbjuda en god hälsa och bästa möjliga patientupplevelse för alla i Skåne. Förvaltningens verksamheter ska erbjuda tillgänglig, god och nära vård med hög kontinuitet i hela regionen.

För att förverkliga målbilden finns en strategisk färdplan som visar riktningen och fungerar som ett gemensamt stöd för förbättringsarbete och utvecklingsdialoger. Strategins fokus bygger på möjligheter för att fullfölja uppdraget med säkerhet, kvalitet, miljö och klimathänseende inom givna ekonomiska ramar. Strategin beskriver önskad förflyttning inom fyra dimensioner: patientupplevelse, forskning/utbildning/utveckling, organisation/samverkan samt ledarskap/medarbetarskap.

Organisation och ansvar

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

Förvaltningsnivå:

Förvaltningen arbetar med en integrerad struktur för styrning, uppföljning och lärande där målbild, strategi, verksamhetsplan och kvalitetsledningssystem interagerar. Syftet är att säkerställa att utvecklingen sker i linje med fastställda mål, att resurser används effektivt och säkert och att förbättringar genomförs systematiskt.

Uppföljning sker både på strategisk och operativ nivå. Gemensamma måttal och indikatorer kopplade till respektive målområde används för att följa utvecklingen över tid. På strategisk nivå analyseras helheten i relation till målbild och de strategiska målområdena. På operativ nivå följs verksamhetsnära resultat inom bland annat tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och ekonomi. Resultaten används för att skapa gemensam förståelse, stödja prioriteringar och driva utveckling framåt.

Förvaltningschefen leder Primärvården Skåne och har det övergripande ansvaret för att primärvårdsnämndens beslut verkställs. Ansvaret utövas i enlighet med kommunallagen, Region Skånes reglementen och styrmodell samt omfattar att förvaltningen leds, styrs och utvecklas på ett rättssäkert, kostnadseffektivt och hållbart sätt.

Områdesnivå:

Primärvårdschef har ett linjeansvar mellan förvaltningsledning och verksamhetschefer.

Primärvårdschef ansvarar för att omsätta strategiska mål och beslut i praktiskt resultat och säkerställa att verksamheterna arbetar i enlighet med fastställda mål, resurser och kvalitetskrav.

Primärvårdschefen följer upp resultat, verkar för en effektiv resursanvändning och ger verksamhetschefer stöd i att leda, utveckla och förbättra sina enheter. Varje primärvårdschef samverkar med en chefläkare, som tillför medicinsk rådgivning och kompetens med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetsnivå:

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för ledning, styrning och utveckling av verksamheten. Detta innebär utifrån vårdgivarens och lagstiftningens ramar ett helhetsansvar för personal, ekonomi, resurshantering, kvalitet och patientsäkerhet, så att verksamheten bedrivs säkert, ändamålsenligt och hållbart.

Varje verksamhet ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) som ingår i ledningsgruppen och stödjer verksamhetschefen i frågor som rör patientsäkerhet och medicinsk kvalitet.

Stöd och samverkan:

Samverkan mellan olika ledningsnivåer är en central del av styrning och kvalitetsarbete i Primärvården Skåne. För att säkerställa samordning, erfarenhetsutbyte och gemensam utveckling finns etablerade nätverk. Exempel på dessa är

- Förvaltningens medicinska råd. Rådet verkar för en samordnad, kunskapsbaserad och resurseffektiv vård med hög patientsäkerhet. Rådet ger stöd till förvaltningsledningen och verksamheterna i frågor som rör medicinsk kvalitet, prioriteringar, nya arbetssätt, kunskapsstyrning och utveckling.
- Chefläkare, cheffarmaceut och chefsjuksköterska bidrar på förvaltningsnivå med sakkunskap och stöd för styrning, samordning och utveckling av processer över enhetsgränser.
- Verksamhetschefsnätverken består av samtliga verksamhetschefer inom ett primärvårdsområde och leds av primärvårdschefen. Syftet är att samordna verksamheter, utbyta information och driva gemensam utveckling.
- Nätverk för medicinskt ledningsansvariga läkare leds av chefläkare inom respektive område för gemensamt arbete och utveckling av medicinsk kvalitet och patientsäkerhet.
- Klusternätverken inkluderar verksamhetschefer, medicinskt ledningsansvariga läkare och vid behov enhetschefer. Nätverket ska främja samverkan, gemensamma initiativ och effektivt resursutnyttjande inom klustret.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Förvaltningsledningen och stödfunktionerna för säker vård och kvalitetsutveckling har ett nära samarbete med övriga funktioner och verksamheter i förvaltningen samt med regionala grupperingar och externa vårdgivare och myndighetsutövare. Syftet är att stärka verksamheters och medarbetares arbete med patientsäkerhet förvaltningsövergripande, per verksamhet, i samverkan inom regionen samt i samverkan och samarbete med externa aktörer och vårdgivare.

Förvaltningens patientsäkerhetsarbete sker i samverkan och nära dialog med andra myndigheter och organisationer.

Genom att ta del av händelser och avvikelser så identifieras risker som uppstår för olika typer av skador. Proaktivt arbete förs bland annat via

- Systematiskt stöd av farmaceuter för att hantera och förebygga läkemedelsfel.
- Skador i vårdens övergångar fångas in via nätverk och i samverkan med andra förvaltningar. Understödjande arbete sker via samverkansavtal, översyn kring processen kring remisshantering och uppföljning av gemensamma riktlinjer. Det saknas en samlad beskrivning av samarbete och samverkan mellan SUS, primärvården och kommunerna. Primärvården undersöker möjligheterna för överenskommelse via ett så kallat samverkansdokument, men ännu saknas plan.
- Det förs regelbunden dialog med AKO för att i samverkan kring medicinska rutiner förhindra risker och förbättra brister.
- Kommunernas verksamheter, system och processer kan utgöra riskfaktor för de vårdskador som återspeglas inom annan vård. Proaktivt arbete inom primärvården med utökad rond tillsammans med samverkan med patient, närstående och boendepersonal kan minska risker för tryckskador, fall, läkemedelsfel, överfylld blåsa och undernäring. Förvaltningen ser utvecklingspotential på området.
- Aktuella händelser, bland annat anmälningar enligt lex Maria, redovisas på utbildningsdagar, digitala träffar i Teamsnätverk och publiceras på hemsida för MLA. På så sätt stärks lärandet och kunskapen sprids. Allt för att försöka riskminimera nya likartade skador samtidigt som patientsäkerhetskulturen stärks.
- Gröna korsets arbetsmodell används vid alla möten med verksamhetschefer och MLA. Modellen dokumenteras så att även andra personalkategorier och kollegor kan ta del. Syftet är att sprida lärandet och verka skadeförebyggande.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Alla organisationer är beroende av information för att kunna utföra sina uppdrag, på samma sätt som av medarbetare, lokaler och utrustning. En del information är särskilt värdefull, ibland till och med livsviktig, för organisationer eller för den enskilda människan. Ett ändamålsenligt informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för att Primärvården Skåne ska kunna upprätthålla sin förmåga som samhällsviktig aktör, kunna bedriva kvalitativ och säker vård samt upprätthålla ett ändamålsenligt skydd för den personliga integriteten för så väl invånare som medarbetare.

Uppföljning av informationssäkerheten inom Primärvården Skåne sker dels årligen utifrån styrande dokument, dels när det inträffar väsentliga händelser som påverkar informationssäkerheten. Särskilda uppföljningar av större betydelse har skett bland annat vid misstanke om dataintrång avseende personuppgifter och obehörigt röjande.

Under året har en rad utbildningsinsatser genomförts för att stärka Primärvården Skånes arbete med informationssäkerhet och dataskydd. Utbildningarna har främst skett digitalt för verksamheternas kontaktpersoner. Kontaktpersonerna har en central roll i att skapa en fungerande informationssäkerhets- och dataskyddsorganisation inom förvaltningen. Kontaktpersonerna förmedlar information till sina respektive verksamheter och håller informationssäkerhets- och dataskyddssamordnare underrättade om vilka utmaningar verksamheterna har inom området. Det bedöms finnas behov av att i större utsträckning även rikta information direkt till

verksamhetschefer, eftersom de har det övergripande ansvaret för att säkerställa efterlevnad i verksamheten.

För att underlätta arbetet i förvaltningen anpassas anvisningar regelbundet utifrån de regionala instruktionerna. I detta arbete utgör hemvisten "Nätverket för arkiv, dataskydd och informationssäkerhet" en grund där dessa anvisningar samt annan viktig information publiceras kontinuerligt.

Uppföljning av den digitala utbildningen "*Säker informationshantering*" som tagits fram regionalt visar att utbildningen kräver mer uppmärksamhet för att öka deltagandet, kunskapsnivån och förståelsen. Utbildningen är obligatorisk för samtliga medarbetare i Region Skåne och ska genomföras en gång vartannat år. Under perioden 2025-01-01 – 2025-12-03 hade 266 av Primärvården Skånes medarbetare slutfört utbildningen. Föregående år genomförde 122 medarbetare utbildningen.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Primärvården Skåne strävar efter att skapa en säkerhetskultur som uppmuntrar öppenhet, transparens och lärande. Medarbetare uppmuntras att rapportera risker och avvikelser. Det finns en gemensam vilja till samtal, diskussion och samarbete.



Förvaltningens version av Gröna korset är en generator för stärkt patientsäkerhetskultur. I det Gröna korset informeras om fel-och riskhändelser utifrån faktiska händelser och verksamheten får med sig diskussionsämnen att ta hem och analysera utifrån den lokala enhetens perspektiv. Initiativ har tagits för att inte bara ta upp dåliga och riskfyllda händelser utan även belysa goda exempel, liksom att belysa händelser som varit utmanande, men inte lett till Lex Maria. Att öppet och gemensamt diskutera de icke undvikbara skadorna och de risker patienter utsätts för stärker möjligheten för att skapa ökad tillit och ett tryggt klimat som därmed stärker säkerhetskulturen. Vid varje verksamhetschefsmöte och MLA- möte tas aktuella händelser upp på ett anpassat sätt med möjlighet för diskussion.

Flera utbildningstillfällen har arrangerats liksom workshop i orsaksutredning och händelseanalys. Syftet har varit att stärka samarbetet mellan chefer och MLA samt belysa hur olika vägar framåt tillsammans kan se ut. Tilliten stärks och då även kulturen att jobba skadeförebyggande.

Chefläkare har informerat att det finns en regional risklogg där dagliga risker registreras och hanteras. De för primärvården relevanta regionala riskerna tas upp för diskussion inom patientsäkerhetsfunktionen.

Informationen från patientsäkerhetsfunktionen har samordnats och likriktats så att chefer och medarbetare får samma information vid samma tillfälle. Informationen sprids sedan via nätverk.

Rita Fernholm, chefläkare och allmänläkare har bjudits in till patientsäkerhetsfunktionen för att ge inspiration från hur de i Stockholm arbetar med systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Ett "spel" om risker i den dagliga verksamheten har redovisats och kan tas på lokal enhets APT- möte.

Patientsäkerhetsfunktionen har haft ambition att vara mer lättillgänglig och närvarande. Inte bara genom att vara nåbar via telefon, mail och teamskanaler, utan deltar även i förvaltningsledningsmöten, verksamhetschefsmöten och MLA möten. För att bättre förstå verksamhetens utmaningar tjänstgör delar av

Patientsäkerhetsfunktionen kliniskt. På så vis kan frågor och risker snabbt fångas, analyseras och föras vidare inom organisationen.

Resultaten från HSE används för att se var det kan finnas utvecklingspotential.

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.

Primärvården Skåne arbetar för att säkerställa att medarbetare har den kunskap och kompetens som behövs för att ge en säker, trygg och effektiv vård.



Chefläkare har i samarbete med AKO Skåne hållit i två utbildningar; dels sjukvårdsjuridik ("Doktorn frågar doktorn") och egenvårdsintyg (webbinarium).

Chefläkare har även i samarbete med HR erbjudit verksamhetschefer och MLA en digital utbildning i ämnet "Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med riskbeteende".

Patientsäkerhetsfunktionen anordnade under året en utbildningsdag i patientsäkerhet för verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare där man berörde efterfrågade ämnen såsom menprövning, delegering, generella direktiv, orsaksutredning, systematisk patientsäkerhets- och kvalitetsarbete, journalgranskning med mera.

I början av 2026 planeras en heldag inom region Skånes chefläkare-och chefsjuksköterskenätverk med temat "Sköra och äldre" och de risker som finns inom denna patientgrupp i vårdens övergångar. Chefläkare från primärvårdens deltar i arbetsgrupp för planering och genomförande av dagen.

Region Skåne införde ett nytt avvikelssystem i slutet av februari 2025. Förvaltningen har av den anledningen erbjudit chefer och medarbetare lärarledda digitala utbildningar och visningar för rapportör, chef, ärendeansvarig, orsaksutredare samt åtgärds- och uppföljningsansvarig. Utbildningsinsatserna beräknas uppgå till cirka 60 timmar. Till det har det även erbjudits återkommande öppna frågestunder, chattmöjlighet med supportfunktion, digitala träffar med möjlighet till individuell vägledning samt support via funktionsbrevlåda. Via avvikelssystemet finns även direktåtkomst till kunskapsartiklar med steg-för-steg-beskrivning för hur en avvikelse är tänkt handläggas från registrering till avslut.

Trots de massiva insatserna upplever flera chefer och medarbetare avvikelssystemet som långsamt, svårarbetat och svårnavigerat. I avvikelserna hamnar handläggaren först på en översikt utan vägledning av vad som förväntas, varför stora delar bygger på kunskap och kännedom hos den enskilde handläggaren. Systemet upplevs inte guida, vägleda och stötta. Flera i verksamheten har efterlyst exempelfall i utbildningsmiljön och beskrivande filmer, något förvaltningen framöver undersöker möjligheterna för.

Forum för Patientsäkerhetsfrågor har genomförts via Teams vid två tillfällen. På agendan stod Riktade hälsosamtal -Primärprevention i Skåne sedan 2021 samt Antibiotikasmart vårdcentral. Forumet är frivilligt att delta i, pågår vanligen i 60-90 minuter och vänder sig till ledningsansvariga och berörda medarbetare. Totalt har cirka 150 individuella Teams-uppkopplingar noterats vid de båda tillfällen. Syftet med årets forum var att belysa Säkerhet-II-perspektivet. Ett perspektiv på saker som går rätt under komplexa förhållanden och är relaterat till organisationens möjlighet att lyckas. Säkerhet-II-perspektivet utgår från att den normala variabiliteten i prestation och utförande också ger de anpassningar som behövs för att

svara på varierande och olika förhållanden. Därmed utgör denna variabilitet också grunden för att saker och ting blir rätt. Medarbetare ses konsekvent som en resurs som krävs för att skapa ett flexibelt och motståndskraftigt system. Inom Säkerhet-II förändras syftet med utredningar till att bli en förståelse av hur saker och ting vanligtvis blir rätt, eftersom detta utgör basen för att förklara hur det kommer sig att saker ibland blir fel. Riktade hälsosamtal har pågått under några år i förvaltningen och införandeprocessen har många gånger varit utmanande, men trots detta ser verksamheten vinster av närmare känsla till patienter, patienter får vägledning under trygga former och riskvärden och symtom har tidigt kunnat fångas. Återrapporteringen från verksamheterna har visat en varierad förståelse för höstens inriktning på forumen och behovet av att även ta del av och analysera de delar som fungerar bra, för att därigenom få verktyg och förståelse för det som går fel eller utgör en risk. Forumets fortsatta funktion, form och utbud diskuteras inom verksamheten.

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Primärvården Skåne har sedan fyra år tillbaka ett expertråd bestående av skånska invånare med patient- och/eller närståendeerfarenheter. Expertrådet har under året bland annat bidragit i framtagandet av en konkret handlingsplan för att förverkliga prioriterade delar av digitaliseringsstrategin, delgett insikter om patienters upplevelser av digitala ingångar, reflekterat kring utbudet av digitala tjänster och digital tillgänglighet samt har involverats inför framtagande av ett Skåne-övergripande koncept för seniomtagning/äldremottagning.

Expertrådet har även involverats i förberedelserna inför öppnande av en filial i Västra hamnen i Malmö.

Flera verksamheter har lokala patientråd som bidrar med invånarperspektiv lokalt och på orten.

Barnrättsprövningar har genomförts vid fem tillfällen, samtliga inför olika organisationsförändringar: vid nedstängning av enhet, vid flytt av enhet, vid filialisering samt vid utökning av filial. I prövningen har medarbetare från berörda enheter deltagit. Närmsta chef har valt medarbetarna utifrån medarbetarens kompetens och erfarenhet i att möta barn i vården. Vid utökning av filial tillfrågades även vårdnadshavare och barn som sökte på moderenhet/ listad enhet och svaren beaktades inför förändringen.

Barnrättsprövningarna har genomförts med stöd från chefsjuksköterska.

Primärvården arbetar aktivt för att öka tillgängligheten för patienter med psykisk ohälsa, ett högt prioriterat område. Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) är ett exempel på ett flexibelt och lättillgängligt behandlingsalternativ för patienter utifrån patientens egna villkor.

Den digitala frammarschen har inneburit både fördelar och nackdelar för patientens delaktighet. Rita Fernholms bok "Konsten att gå till doktorn" har föredragits i MLA-nätverken. Informationen måste anpassas och vara relevant, meningsfull, begriplig och hanterbar även digitalt.

Inom slutenvården får patienten skriftlig information om vad som gäller efter besöket. Inom primärvård räcker ofta inte detta. Stora flöden med symtomdrivna besök i heterogen och komplex miljö skapar utmaningar i att få delaktiga patienter och närstående.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Inom förvaltningen finns avtal för att bedriva vård inom vårdcentral, barnmorskemottagning, barnavårdscentral, familjecentral (BVC) samt inom psykoterapi.

Verksamheten ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll i förvaltningen sker med varierande intervall genom bevakning och uppföljning av ett flertal parametrar och områden. Bilaga 1 beskriver ett urval av de egenkontroller som genomförts i förvaltning Primärvården Skåne under 2025.

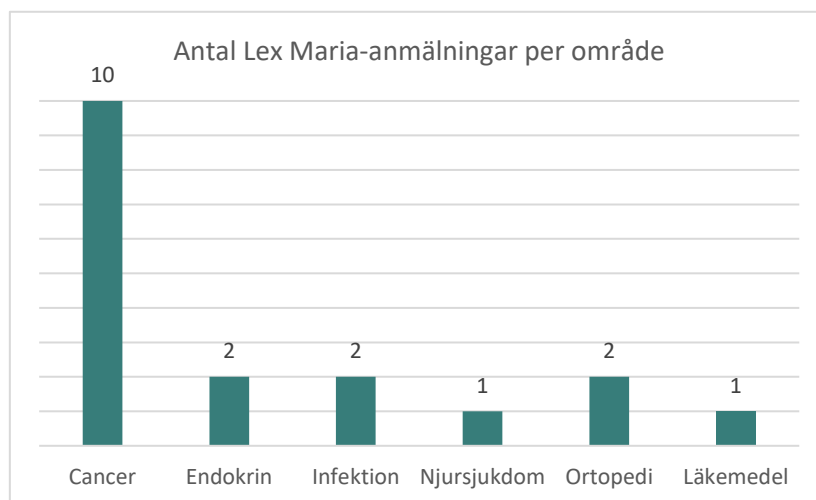
Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Klagomål samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada utreds på varje enhet. När det identifieras en sannolik allvarlig vårdskada lyfts händelsen till chefläkare. Under 2025 utreddes totalt 27311 händelser i avvikelssystemen involverande patienter, varav 19 händelser anmäldes enligt Lex Maria. Av dessa var 1 händelse skadlig verkan av läkemedel och 18 händelser fördröjd diagnos.

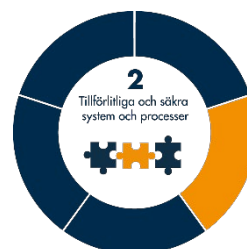


Fördröjd diagnostik är därför det i särklass största riskområdet – baserat på rapporterade händelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

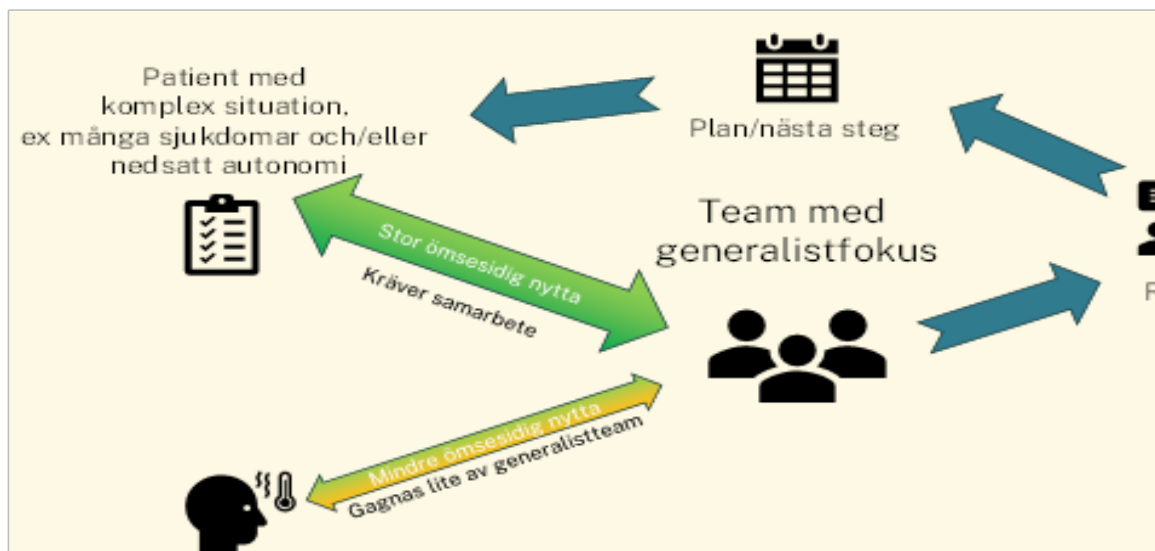
Olika insatser har etablerats och kartläggning/uppföljning sker på flera nivåer.

Nedan presenteras ett urval. Förvaltningen planerar utveckling av möjligheter för systemuppföljning.



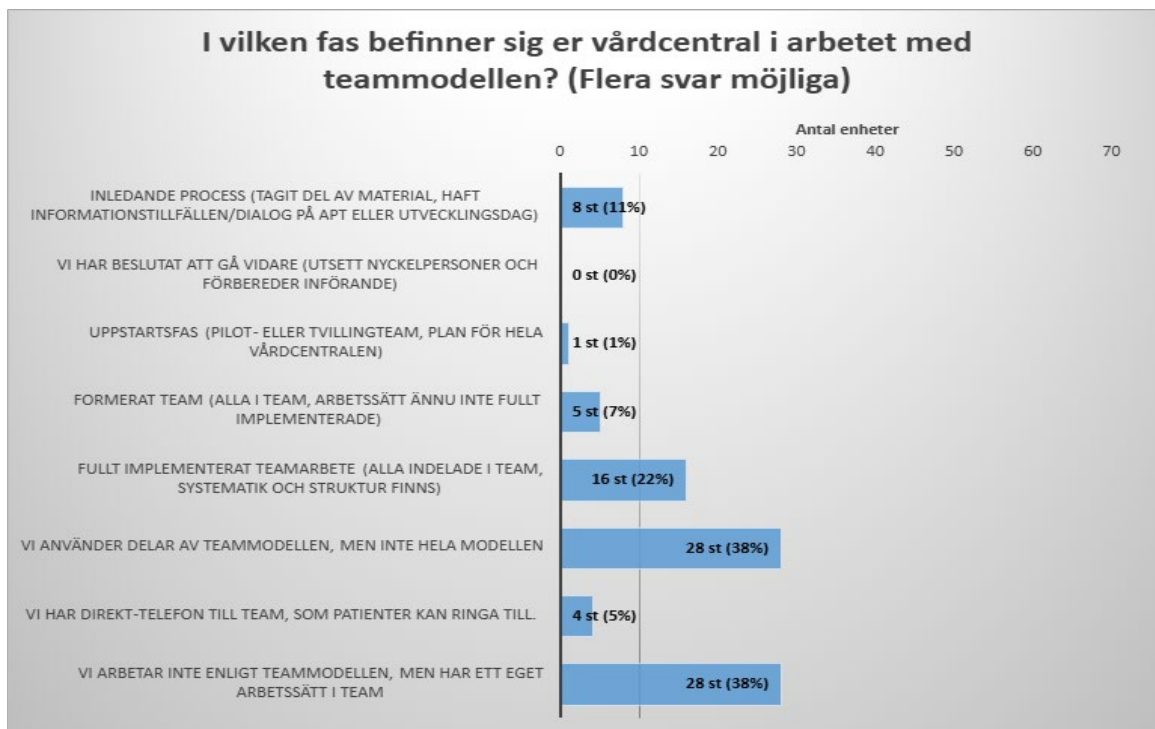
Teamarbete

Primärvården Skåne har under några år arbetat för och med införandet av en teambaserad arbetsmodell, initialt kallad Svalövsmodellen. Syftet med teamskap i generalistteam var att skapa mesta möjliga kontinuitet och därigenom öka säkerhetsmarginalerna. Till stöd hölls utbildningar för ledningsgrupper, ett rikt material att utgå från togs fram och publicerades på intranätet, öppna teamskanaler fanns till förfogande och centrala och lokala stödpersoner fanns tillgängliga. (Figur 1)



Figur 1. Beskrivning av modell för generalistteamarbete i primärvården Skåne.

Vid uppföljning har det framkommit att verksamheter omfamnade mindre eller större delar av konceptet, ofta utifrån kontinuitets- och mångsökarindikatorer. En av fem enheter rapporterar fullt implementerat teamarbete enligt modellen, en av tre uppger att de använder valda delar och en tredjedel att man inte arbetar enligt modellen, men att de har ett eget teambaserat arbetssätt (figur 2).



Figur 2. Svar på frågan I vilken fas befinner sig er vårdcentral i arbetet med teammodell. (n=73 av 82 möjliga). 2025.

Regional risklogg

Chefsjuksköterska har deltagit i arbete med den regionalt identifierade risken kring inadekvat användande av värmedynor. Flera avvikelser är registrerade inom regionen, sju av dem bedömdes vara så allvarliga att de har anmälts enligt lex Maria. Avvikelserna pekar på brister i rutiner samt i kunskap kring hantering.

Användande av värmedyna utgör risk för brännskador, särskilt vid otillräcklig riskbedömning eller övervakning. Lokala informationsaktiviteter planeras för att öka kunskapen och kompetensen kring användning av värmebehandlande produkter.

Chefläkare har bland annat arbetat med sällsynta diagnoser samt översyn av gränsvärde för högt blodtryck.

Punktprevalensmätning basal hygien och klädregler (PPM BHK)

PPM BHK har genomförts två gånger under året. Våren 2025 genomfördes mätningen i egen regi och hösten 2025 i regional regi. Byte av analysplattform och omorganisationer och flytt av verksamheter och funktioner både inom förvaltningen och till annan sådan, gör att underlaget är svåranalyserat. Se mer under Agera för säker vård.

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.

Primärvården Skåne har under 2025 fortlöpande arbetat för att säkerställa att vården är säker och effektiv i realtid.



Riskhantering

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

Primärvården Skåne har under 2025 arbetat med att identifiera och hantera risker för att säkerställa en säker och effektiv vård.

Som en del av arbetet med att förebygga vårdskador görs riskbedömningar på olika nivåer, bland annat i det dagliga patientarbetet och i samband med verksamhetsförändring. Vanligast är att det görs en förenklad risk- och konsekvensanalys (ROKA) och mer sällan en större fördjupad riskanalys¹. I riskanalysen identifieras och graderas risker utifrån allvarlighetsnivå och risk för upprepning. Analysen ligger som grund för riskminimerande åtgärder.

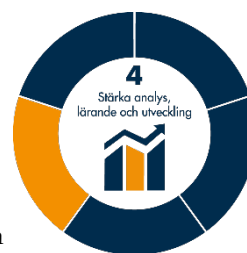
Risker och konsekvenser för olika område:

- Äldre individer med många läkemedel har en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem. Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar med hjälp av farmaceut erbjuds. För att öka kunskapen kring läkemedelsbehandling hos äldre erbjuds utbildningar inom ämnet. Spridning av läkemedelsavvikelser görs också i MLA-nätverk för att skapa lärande. Följsamhet till Region Skånes läkemedelsråd om läkemedelsanvändning till sköra äldre uppmärksammas. Deltagande i utbildningar och information uppmuntras.
- SDV arbetet är fortsatt omfattande och intensivt med farhågor, förväntningar och risker. Införandet är tillfälligt pausat och införande datum framskjutet.
- Kloka kliniska val uppmuntras.

¹ [Handbok riskanalys](#)

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.



Samtliga stödfunktioner är behjälpliga i att stötta verksamheterna i handläggning och frågeställningar.

Avvikelser

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

Ett nytt digitalt avvikelshanteringsprogram infördes 2025. Chefsjuksköterska sitter med i förvaltningsgrupp Avvikelser och har även deltagit i styrgruppen för införandeprojektet. Syftet är att i ett och samma program rapportera avvikelser, klarlägga åtgärda och dokumentera orsakerna, bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten för att förhindra upprepning samt skapa en lärande organisation. Ansvaret för handläggningen ligger på den enhet där avvikelser inträffat. All handläggning och hantering av en avvikelse dokumenteras i avvikelssystemet²

Via det nya avvikelseprogrammet förväntas det framöver bli lättare att följa upp avvikelser. I starten har det inneburit en del friktion för den enskilde medarbetaren att vara uppdaterad och att dokumentera. Utbildnings- och stödinsatser har genomförts för att försöka avhjälpa detta, se mer i avsnitt Adekvat kunskap och kompetens.

Se mer i avsnittet Agera för säker vård.

Kunskapen om allvarliga vårdskador tas tillvara genom att beskriva bakgrund, händelseförlopp och analys i en sammanfattning för varje händelse anmäld enligt Lex Maria. Denna används på enheterna för reflektion och omsätts till åtgärder för att förhindra liknande händelser på den enskilda enheten.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter från patienter eller närstående och externt inkomna avvikelser hanteras enligt regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet. Exempel på externa aktörer som kan delge avvikelser eller klagomål är kommuner, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Patientnämnden och privata vårdgivare.

En välfungerande klagomålshantering är en central del i patientsäkerhetsarbetet. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att vården i ett tidigt skede får ta del av patienters och närståendes upplevelser så att eventuella brister kan åtgärdas så snart som möjligt. Klagomål, synpunkter och externt inkomna avvikelser (framöver endast benämnda som klagomål) registreras i avvikelssystemet innan utredning/kontroll/analys, åtgärder inleds. Detta möjliggör spårbarhet, sökbarhet, systematik och aggregerade uttag, analyser och åtgärder.³

² [Regelverk för avvikelshantering i Region Skåne 2025-09-08.pdf](#)

³ [Regional riktlinje hantering av klagomål på hälso- och sjukvården](#)

I Region Skåne har ansvaret för klagomålsprocessen inom verksamheterna placerats på respektive verksamhetschef. Detta eftersom det är ändamålsenligt att klagomål hanteras nära verksamheten där händelsen inträffat.

Verksamhetschefen, eller den som verksamhetschefen har delegerat ansvaret till, ansvarar för att klagomålshanteringen sköts på ett ändamålsenligt sätt inom verksamheten. Alla insatser som vidtagits med anledning av ett klagomål ska dokumenteras i syfte att möjliggöra strategiska åtgärder samt uppföljning.⁴

Regionen har beslutat att denna dokumentation ska vara i regionens avvikelssystem. Riktlinje är framtagen och stödfunktion finns.

Under året har bara drygt 1/3 av klagomål och externt inkomna avvikelser registrerats i det nya avvikelssystemet. Samtliga händelser är vid förfrågan utredda och åtgärdade av verksamheten, men utanför avvikelssystemet. Spårbarhet, spridning och lärande försvåras av detta och förbättringsarbete inom flera områden pågår.

Hantering, analys och utfall av klagomål följs bland annat av chefläkare och primärvårdsområdeschef. Se mer ovan under rubrik Säker vård här och nu.



Aktiviteter i processen för klagomålshantering.

Figur 3. Beskrivning av processen för att handlägga ett inkommet klagomål eller externt inkommen avvikelse.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Chefsjuksköterska, chefläkare och psykologiskt ledningsansvarig har deltagit i utbildning och testning av det nya journalsystemet SDV:s delar inom områdena sjuksköterska/läkare på vårdcentral, sjuksköterska/läkare läkemedel, sjuksköterska på BVC samt psykiatrisk öppenvård (genomförd av psykolog). Synpunkter och förbättringsförslag har förmedlats.



⁴ Prop 2016/17:122 s 33, 5 kap 6§ (SOSFS 2011:9)

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.

Primärvården Skåne kommer att fortsätta arbetet:

- Med att utveckla en säkerhetskultur som uppmuntrar öppenhet, transparens och lärande
- För att säkerställa att chefer och medarbetare har den kunskap och kompetens som behövs för att ge en säker och effektiv vård
- Med att säkerställa att vården är jämlik och tillgänglig för alla patienter
- Med teambaserat arbetssätt
- I samverkan med andra vårdutförare och vårdgivare bibehålla en säker och personcentrerad vård
- Med införandet av en process som säkrar, utvecklar och förbättrar patientsäkerheten och effektiviteten i vården.

Mål

Stärka det skadeförebyggande arbetet och minimera riskerna via systemperspektiven frånvaro av skada respektive närvaro av säkerhet och säkerhetsmedvetenhet.

Strategier

Informationssäkerhet, dataskydd och e-hälsa. Fortsatt och ökad bevakning av den medicinsk-tekniska utvecklingen, ökad digitalisering, möjligheter för artificiell intelligens (AI) stöd, precisionsstyrd medicin och användningen av digitala verktyg.

Planerade åtgärder

Systematisk kvalitetsuppföljning inom områdena Säker vård och Medicinsk kvalitet med möjlighet till patientsäkerhetsdialog två gånger per år.

Fortsatt återkommande medicinska kvalitetsuppföljningar.

Fortsatt kompetensutveckling av chefer och ledningsgrupper.

Fortsätta sprida och utveckla förvaltningens Gröna kors för lärande av risker, vårdskador och säkerhetsåtgärder.

Fortsatt analys av klagomål och avvikelser för att identifiera behov och områden för fördjupad samverkan och samarbete.

Uppföljning av ledningsgruppers genomförande av Socialstyrelsens utbildning för Säker vård.

Undersöka möjligheten att ta över sammanställningen av loggkontroller. Åtgärden bedöms kunna bidra till att brister i utförande och registrering av loggkontroller upptäcks tidigare, vilket möjliggör att informations- och utbildningsinsatser kan sättas in i ett tidigt skede.

BILAGA 1.

Exempel på egenkontrollsområden genomförda i förvaltning Primärvården Skåne under 2025.

Loggkontroller (samtliga verksamheter)

Mål

Ett ändamålsenligt informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för att Primärvården Skåne ska kunna upprätthålla sin förmåga som samhällsviktig aktör, bedriva kvalitativ och säker vård samt skapa ett ändamålsenligt skydd för den personliga integriteten för så väl invånare som medarbetare.

Resultat

Under perioden 2025-01-01 – 2025-09-30 registrerades 1 350 loggkontroller av Primärvården Skåne. Detta innebär en minskning jämfört med motsvarande period föregående år. Minskningen bedöms delvis kunna förklaras av att delar av förvaltningens verksamheter har övergått till förvaltningen Nära vård och hälsa.

Cirka 85 procent av Primärvården Skånes verksamheter har registrerat loggkontroller vid minst ett tillfälle under perioden. Av dessa är det dock endast cirka 27 procent som har registrerat loggkontroller samtliga månader under perioden.

Analys av resultat

Den lägre andelen som registrerat loggkontroller årets alla månader kan delvis bero på att vissa verksamheter registrerar loggkontroller efter fastställd rapporteringstid för respektive kvartal, vilket innebär att dessa inte ingår i sammanställningen. Detta försvårar möjligheten till en samlad och likvärdig bedömning.

Resultatet visar vidare att merparten av registreringarna avser journalsystemet PMO, samt i viss utsträckning Obstetrix, medan registreringar av loggkontroller i övriga system fortsatt är låga.

Processen för rapportering och sammanställning av loggkontroller är i nuläget sårbar och medför långa ledtider. Detta begränsar möjligheten till proaktiv uppföljning. En bidragande orsak bedöms vara att processen är centraliserad. Ledtiderna påverkas både av att information om organisationsförändringar behöver kommuniceras i flera led och av att nödvändiga ändringar i rapporteringsverktyget inte alltid upplevs genomförs skyndsamt, utan samordnas med andra förändringar. Barnmorskemottagningarna har särskilt påverkats av denna problematik, då rapporteringsverktyget ännu inte speglar den organisationsförändring som genomfördes i september. Dessa verksamheter har därför inte haft möjlighet att registrera sina loggkontroller under perioden.

Åtgärd

Systematiska och återkommande kontroller av förvaltningens medarbetares åtkomst till personuppgifter görs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) samt hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut *"Instruktioner om loggkontroll för granskning av åtkomst till patientuppgifter"*.

Särskilda uppföljningar av större betydelse har skett bland annat vid misstanke om dataintrång avseende personuppgifter och obehörigt röjande.

Uppföljning av åtgärd

Uppföljningen sker genom månatliga stickprovskontroller samt riktade kontroller. Genomförda kontroller dokumenteras i rapporteringsverktyg, oavsett om kontrollen visar på avvikelse eller inte. Som en del i arbetet att säkerställa skyddet för patienter med skyddade personuppgifter följs dessa vårdkontakter upp genom riktade loggkontroller.

Primärvården Skåne undersöker möjligheten att ta över sammanställningen av loggkontroller. Om åtgärden genomförs kommer dess effekt att följas upp via jämförelse av ledtider för rapportering och sammanställning av loggkontroller före och efter förändringen, samt genom uppföljning av möjligheten till mer proaktiv återkoppling till verksamheterna.

Informations- och utbildningsinsatser planeras.

Journalgranskning (samtliga verksamheter)

Mål

Journalgranskning görs som ett led i verksamhetens systematiska egenkontroll samt för att skaffa sig en överskådlig uppfattning om hur personer med skyldighet att föra journal handlägger patienter.

Rekommendation finns om årlig journalgranskning av 20 procent av verksamhetens samtlig legitimerade personal, 10 journaler per medarbetare. Granskningen ska på sikt omfatta samtlig personal under en femårsperiod.

Resultat

Åtterrapporeringar från chefer och MLA visar att granskningar görs rutinmässigt i olika omfattning och av olika personalkategorier.

Analys av resultat

Journalsystemet stödjer inte automatiserad eller markörbaserad journalgranskning. Av den anledningen finns det utmaningar med den systematiska återkommande journalgranskningen då den genomförs helt manuellt av legitimerad medarbetare som fått enskilt uppdrag av verksamhetschef.

Åtgärd

Uppdaterad och förtydligad riktlinje för journalgranskning har gjorts.

Information har getts till verksamhetschefer och MLA

Publicering av riktlinje på hemvist och i tillägg på intranätet, för lättillgänglig åtkomst.

Ledningsgrupper har delgivits uppdateringen och uppföljning planeras framöver.

Uppföljning av åtgärd

Journalgranskningen följs löpande. Beskrivning av utfall i lokal patientsäkerhetsberättelse uppmuntras.

Efter att verksamhetschefer signalerat behov av granskning har chefläkare i 20 fall begärt riktade och utökade journalgranskningar. 12 medarbetare uppvisade kraftigt bristande kompetens och

granskningen har legat till grund för anmälan av dessa individer till Inspektionen för vård och omsorg i enlighet med Patientsäkerhetslagen 3 kap 7§.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) (samtliga verksamheter)

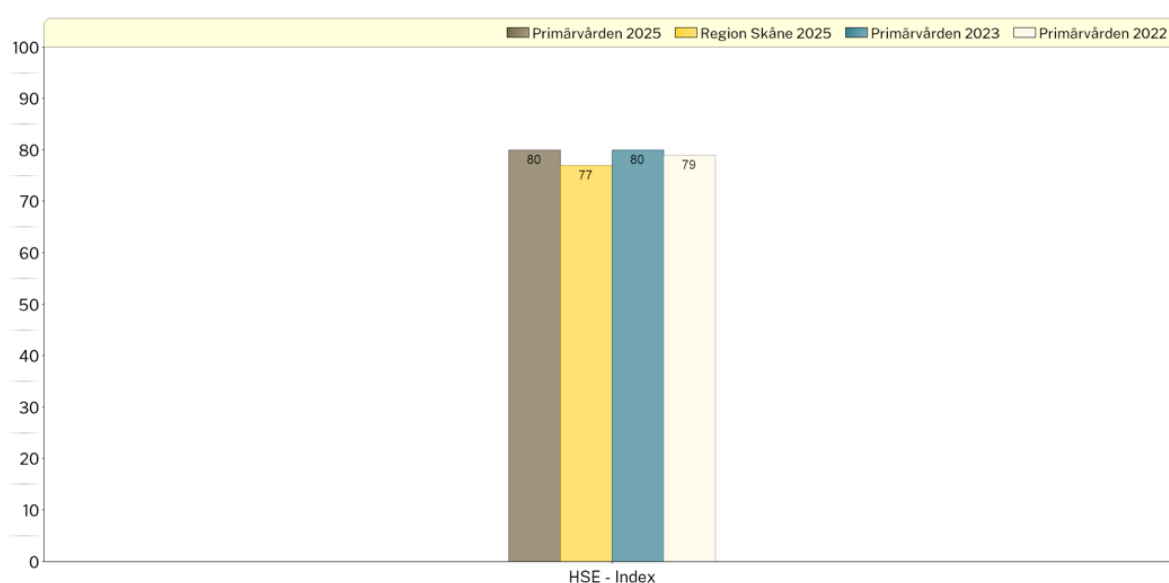
Mål

En hållbar, säker och jämlik kvalitetskultur ska känneteckna hela organisationen och skapa förutsättningar för kontinuerlig utveckling.

Resultat

Det totala resultatet pekar mot en god, hållbar och säker kultur (figur 1).

Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)



Figur 1. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i förvaltningen över tid och i jämförelse med Region Skånes totala resultat. HSE redovisas med indexvärde 0-100 där 0 är lägst och 100 är högst.

Analys av resultat

Resultat hämtas från medarbetarenkäter och följs på övergripande nivåer en gång per år. Utfallet analyseras lokalt och presenteras vid medicinsk kvalitetsuppföljning samt i den lokala patientsäkerhetsberättelsen en gång per år.

96 procent av medarbetarna känner sig trygga om en närstående skulle söka vård vid arbetsplatsen. Detta är ett gott resultat, något högre än region Skånes samlade resultat (92 procent).

Åtgärd

Strukturerad kunskapsutveckling, utbildning och klinisk forskning med mål att utveckla en lärande organisation som förenar hög medicinsk kvalitet med trygg vård och en hållbar arbetsmiljö⁵.

⁵ [Forsknings- och utbildningsstrategi](#)

Uppföljning av åtgärd

Utvecklingspotential syns bland annat för involvering av patient/ närstående-företrädare i säkerhetsarbetet, vilket överensstämmer med patienters återrapportering i Nationell patientenkät 2024.

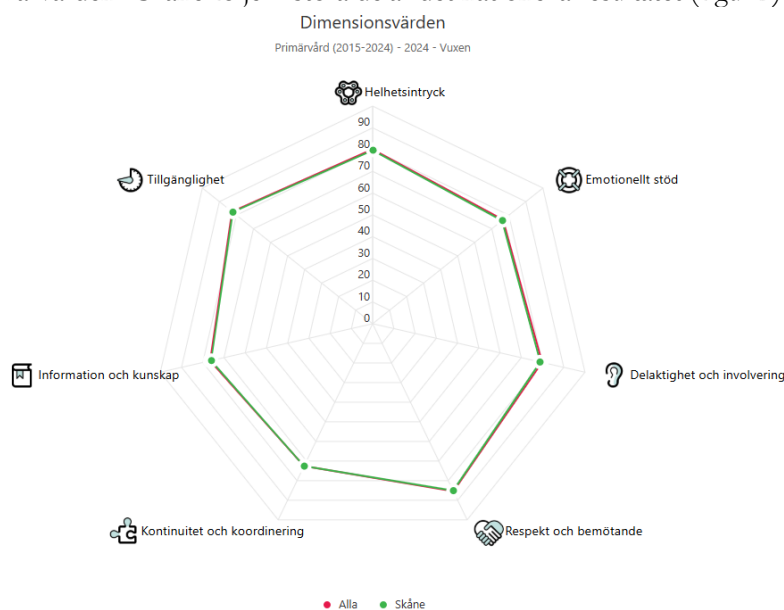
Nationell patientenkät (samtliga verksamheter)

Mål

Patienten ska uppleva sig ha fått vård på rätt nivå, i rätt tid av rätt medarbetare.

Resultat

Nationell patientenkät genomfördes i primärvården i Sverige 2024. Det samlade resultatet för primärvården i Skåne följer i stora delar det nationella resultatet (figur 2).



Figur 2. Patienters upplevelse och erfarenhet av att ha kontakt med primärvården nationellt samt i Skåne, 2024, SKR.

Analys av resultat

Utvecklingspotential finns bland annat inom involvering av patient och närstående, vilket följer medarbetarnas upplevelse enligt HSE (Hållbart SäkerhetsEngagemang) i medarbetarenkäten.

Åtgärd

Förvaltningens expertråd Patientfokus fortsätter sitt arbete med att ge kunskap och åskådliggöra patient – och närståendeperspektiv i frågor som rör hälso- och sjukvården.

Målet är att öka dialogen mellan patienter, närstående och sjukvården. Genom att dela med sig av sina erfarenheter bidrar rådet med viktiga perspektiv.

Uppföljning av åtgärd

Nationell patientenkät analyseras på olika nivåer en gång vart annat år och presenteras bland annat i respektive patientsäkerhetsberättelse.

Tillgänglighetssiffror och vårdgarantidata följs på veckobasis. Utfall och förbättrande åtgärder lyfts på olika nivåer i organisationen flera gånger varje år.

Avvikelser samt inkomna klagomål och externt inkomna avvikelser (samtliga verksamheter)

Mål

Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att kraven på en god vård uppfylls, vilket bland annat innebär att tillgodose patientens säkerhet.

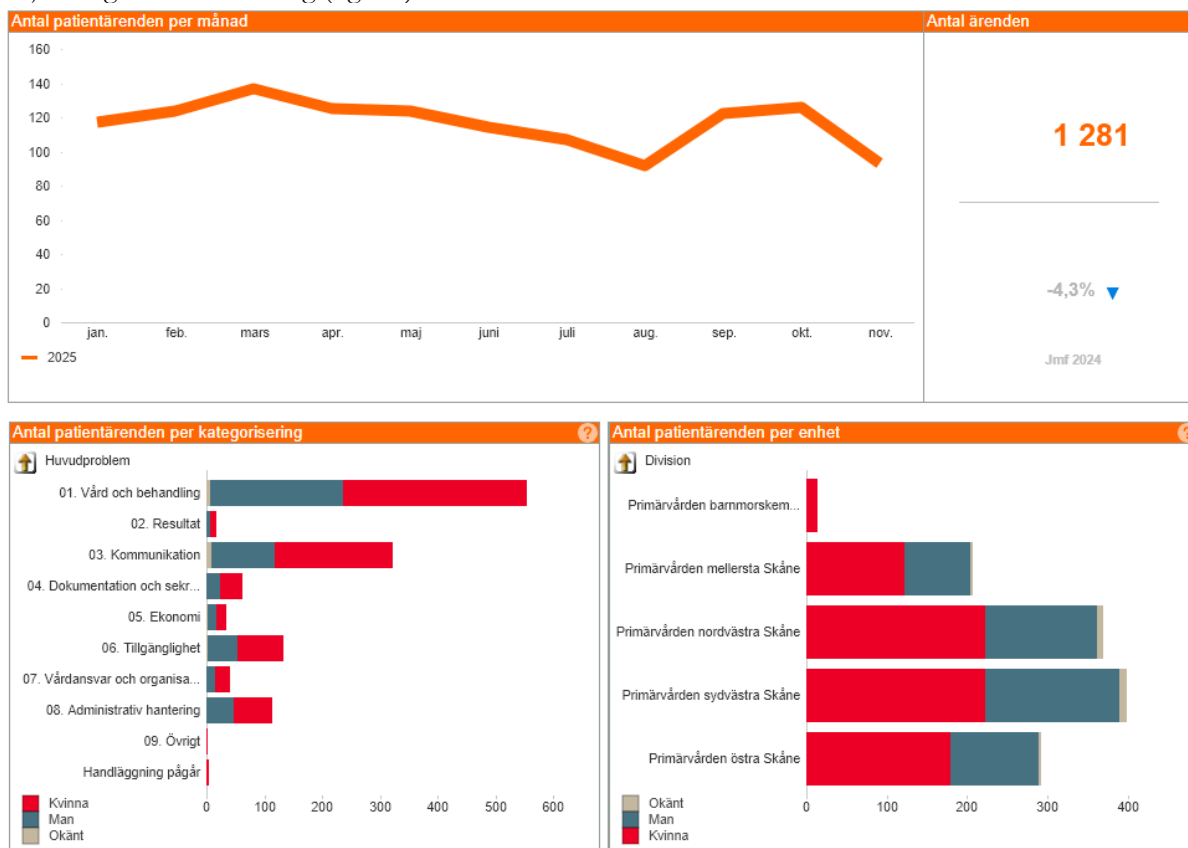
Det ska finnas rutiner för klagomåls- och avvikelsehantering i verksamheten och medarbetarna ska vara informerade om vilka skyldigheter som finns kopplade till dessa. Rutinerna ska utgå från de regionala riktlinjerna för klagomålshantering.

De medarbetare som arbetar specifikt med handläggningen ska ha goda kunskaper inom området.

Resultat och analys

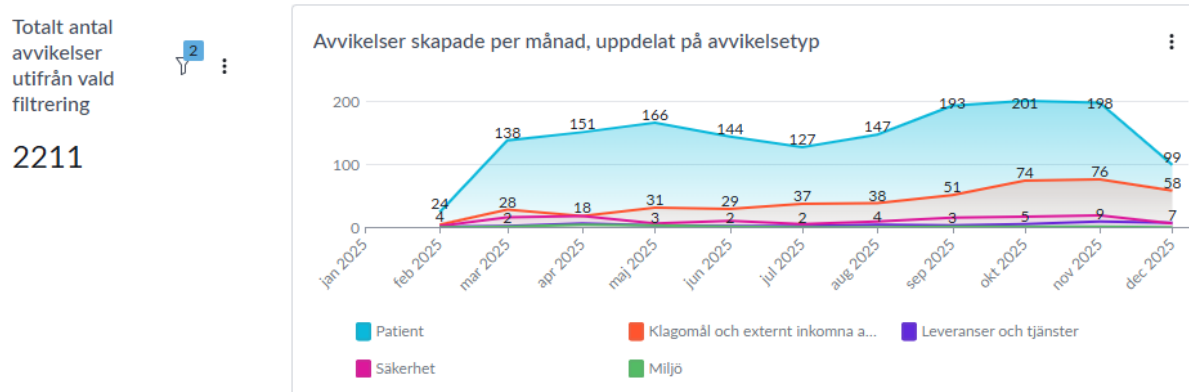
Ett nytt avvikelssystem har införts under första delen av 2025. Organisationsförändringar inom och mellan förvaltningar samt bytet av system och resultatplattform utmanar sammanställning och analys av årets aggregerade data.

Under januari till och med november mottog förvaltningen 1822 klagomål. Av dessa kom 1281 från Patientnämnden (figur 8). Det har inte gått att särskilja de klagomål och synpunkter som är överlämnade till verksamheten att besvara och de som överlämnats för kännedom. Liksom tidigare år berör flest inkomna ärenden Vård och behandling, följt av Kommunikation respektive Tillgänglighet. Fördelningen per primärvårdsområde är att vänta utifrån befolkningensmängd och följer tidigare års fördelning (figur 3).



Figur 3. Inkomna klagomål från Patientnämnden, 2025, kategorisering samt områdesfördelning.

I det nya avvikelssystemet har totalt 2211 avvikelser registrerats inom förvaltningen. Majoriteten av dessa berör område Patient (n=1588) följt av Klagomål och externt inkommen avvikelse (n=444) (figur 4).



Figur 4. Totalt antal avvikelser registrerade i nytt avvikelssystem samt första klassificering.

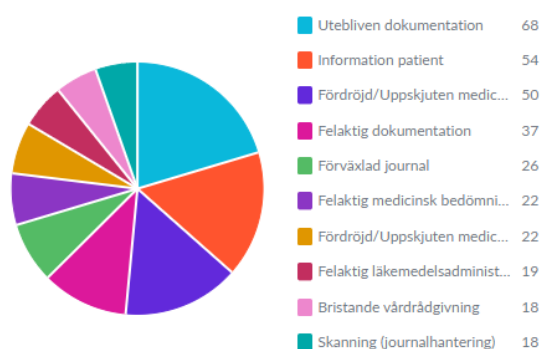
Analys av resultat

Jämförelser med tidigare år bedöms inte vara möjligt.

Diskrepansen mellan klagomål från patientnämnden och de registrerade avvikelserna inom område Klagomål och externt inkommen avvikelse kan delvis förklaras med att en stor del är i avvikelssystemet registrerade i område Patient och inte i den nya ingången Klagomål och externt inkommen avvikelse. Det har även identifierats brister i lokal rutin för rapportör.

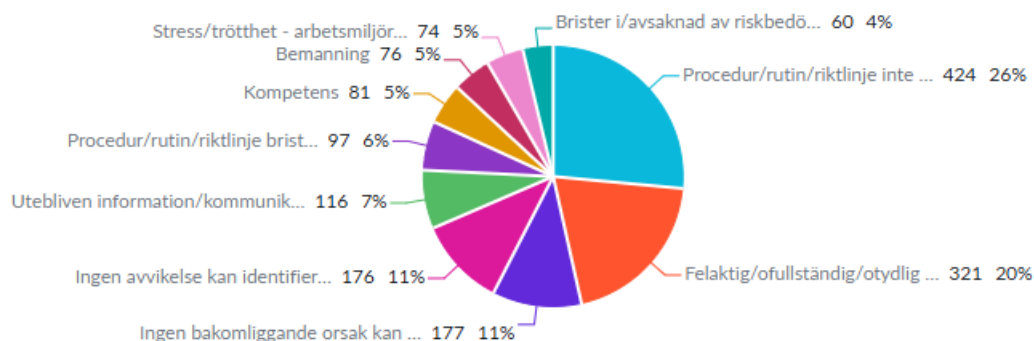
Årets första veckor registrerade 285 avvikelser i det gamla avvikelssystemet AvIC innan nedstängningen. De avvikelser som inte slushantrades innan stängningen flyttades över till nya systemet, varför samma avvikelse finns med i båda systemens utdata. Då majoriteten av avvikelserna finns i det nya systemet och att det är oklart hur många som flyttades över från gamla till nya görs det ingen redovisning eller fördjupad analys av de som registrerats i tidigare system.

Avvikelser som handlagts klart under året har involverat framför allt områdena utebliven dokumentation, brister i information till patienten, fördröjd/uppskjuten medicinsk bedömning, felaktig dokumentation (figur 5). En avvikelse kan ha flera bakomliggande orsaker.



Figur 5. Fördelning av klassificering kring varför en avvikelse hände.

Bakomliggande orsak bedöms bero på att man inte följt procedurer, rutiner, riktlinjer och/eller felaktig, ofullständig, otydlig eller ofullständig information/kommunikation (figur 6). En avvikelse kan identifierats ha flera bakomliggande orsaker.



Figur 6. Fördelning över identifierade bakomliggande orsaker till en avvikande händelse.

Åtgärd

Åtgärder som vidtagits relaterat till avvikelser, klagomål och externt inkomna avvikelser är bland annat framtagande av ett övergripande kvalitetsledningssystem, utökad supportfunktion, diskussion om lämplig bemanning och kompetens, klustersamordning bland primärvårdens verksamheter, översyn och förtydliganden av rutiner, riktlinjer och processer samt teknisk komplettering.

I samband med utredning av vårdskador ombeds patient och närstående att delta med synpunkter och förbättringsförslag i syfte att skapa en säkrare vård. Att involvera fler ger sjukvården ytterligare viktiga perspektiv med ökad möjlighet för kloka, säkra kliniska val.

Uppföljning av åtgärd

Underlag hämtas från QlikView och applikation Patientnämnden respektive applikation AvIC samt från rapport i det nya avvikelssystemet. Antal och klassificeringar följs och analyseras på olika nivåer med minimum en gång per år. Utfallet presenteras bland annat i respektive patientsäkerhetsberättelse.

Uppdaterad information och kunskapsdelning för chefer som mottagare av klagomål och externa avvikelser planeras.

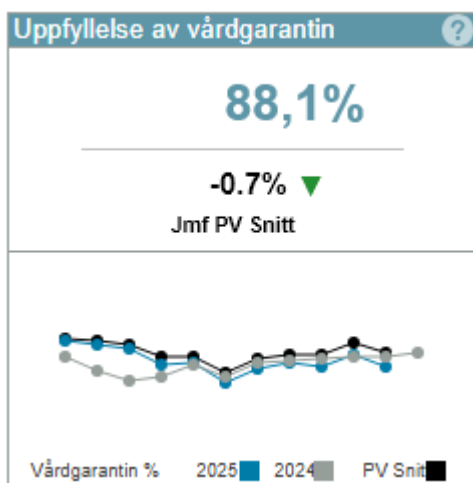
Vårdgaranti (samtliga verksamheter)

Mål

Vårdgarantin ska vara uppfylld och patienten ska uppleva sig ha fått vård på rätt nivå, i rätt tid av rätt medarbetare.

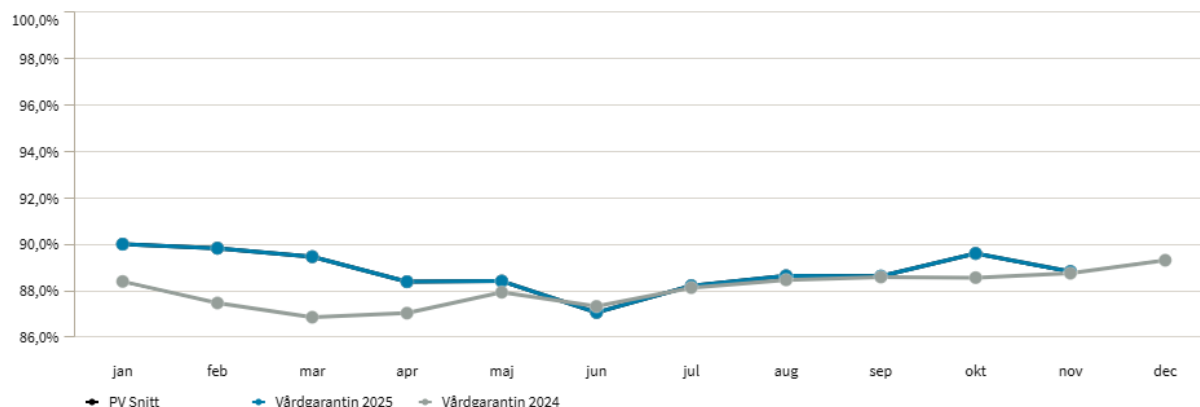
Resultat

Vårdgarantiresultat:



Uppfyllelse av vårdgarantin

Uppfyllelse av vårdgarantin: 88,9% | Jämfört med PV Snitt: 0,0% ●



Analys av resultat

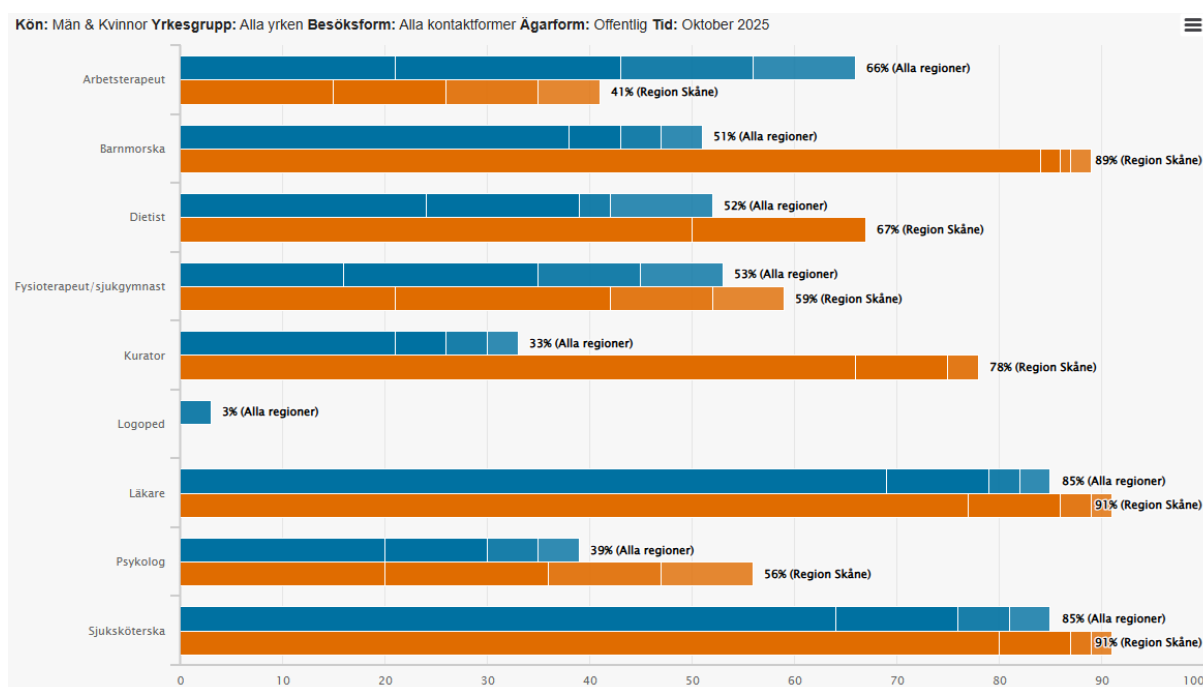
Enligt registreringarna varierar vårdgarantiuppfyllnaden och sättet att registrera på stort mellan enheterna. Dessa stora skillnader kan inte förklaras av skillnader i arbetssätt mellan vårdcentraler, utan beror troligen på administrativa skillnader i registreringar.

Åtgärd

Under 2024 utvecklades nya verktyg för att analysera vilka specifika insatser eller åtgärder som kan implementeras för att öka tillgängligheten och förbättra vårdgarantiuppfyllnaden. Insatser har vidtagits under 2025 och kommer följas framöver.

Uppföljning av åtgärd

Förvaltningen har genom systematisk process och produktionsarbete under året ökat både tillgängligheten och följsamhet till en första medicinsk bedömning inom vårdgaranti för majoriteten av de legitimerade yrkesprofessionerna. (Figur 4)



Figur 7. Medicinsk bedömning i primärvården. En person som kontakter primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Vårdgarantin följs upp på veckobas.

För att uppnå en högre nivå genomförs utbildningsinsatser inom behovsanalys, planering och schemaläggning. Syftet med utbildningarna är att planera antal tider efter behovet, dvs att strukturellt öka möjligheten att uppfylla vårdgarantin. Ytterligare ett syfte med utbildningarna har varit att öka kvaliteten på de registreringar som ligger till grund för beräkningen av vårdgarantin.

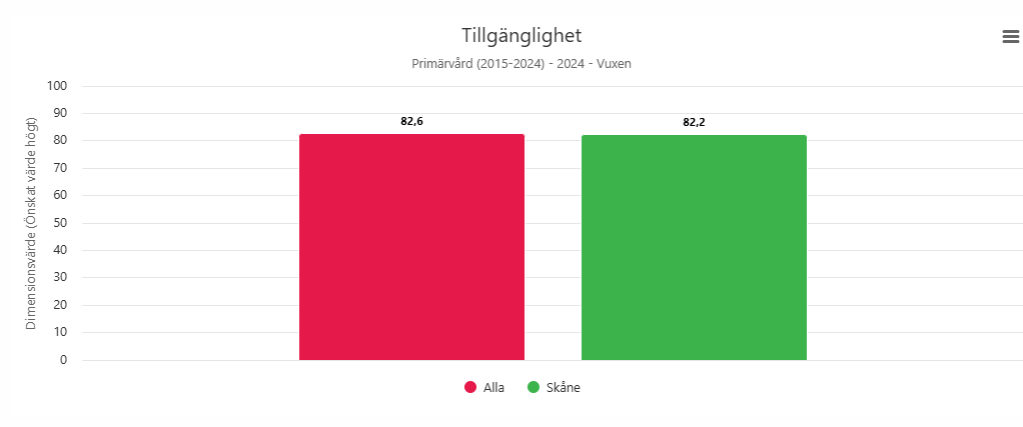
Tillgänglighet (samtliga verksamheter)

Mål

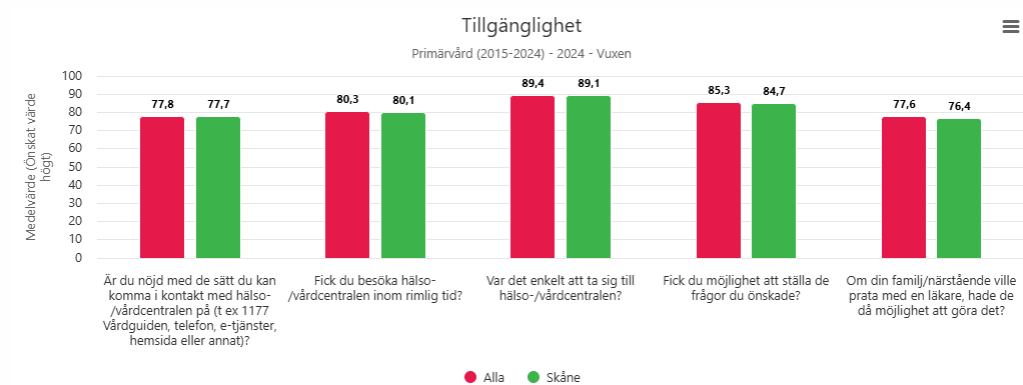
Vårdgarantin ska vara uppfylld och patienten ska uppleva sig ha fått vård på rätt nivå, i rätt tid av rätt medarbetare.

Resultat

Från Nationell patientenkät 2024:

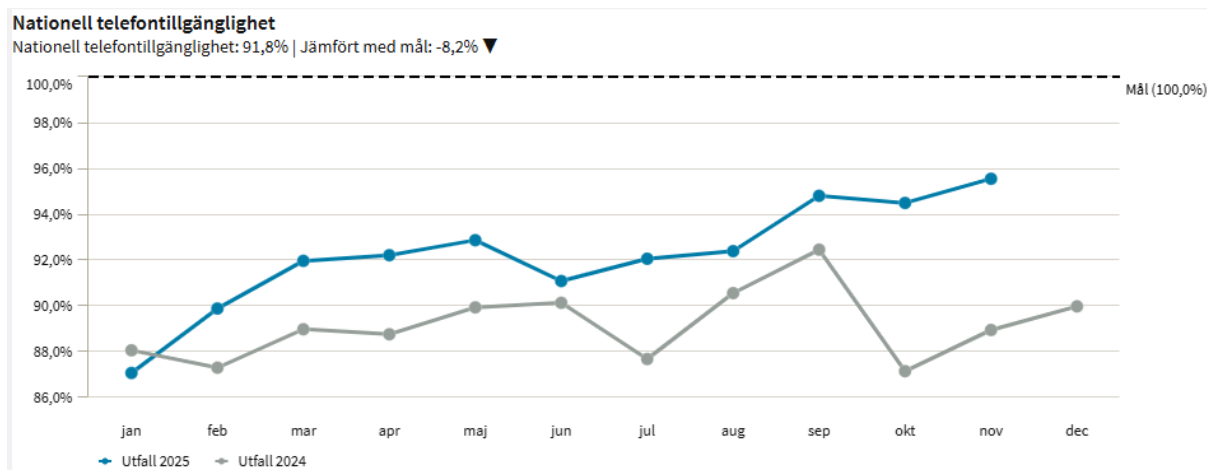


Frågeöversikt

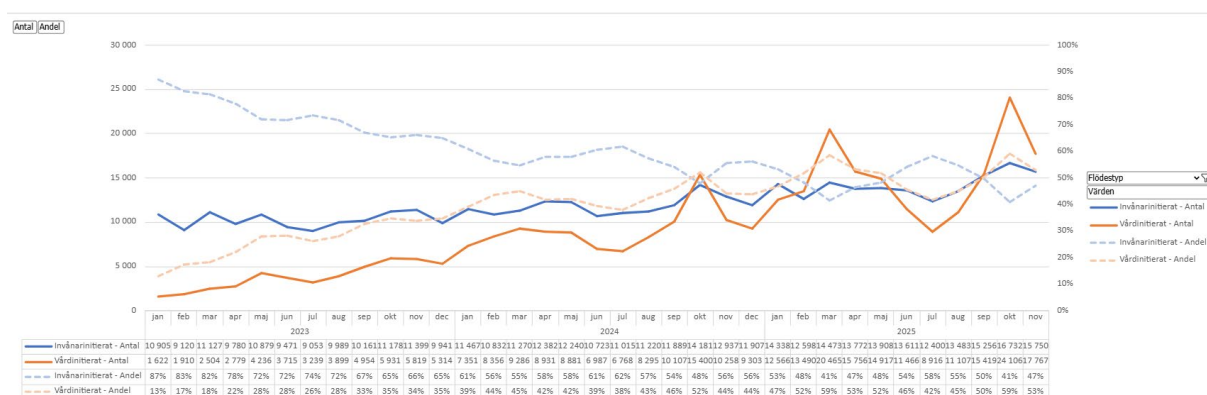


Primärvårdens telefontillgänglighet, hämtad från Nationell telefontillgänglighet:





E-tjänster på 1177.se



Analys av resultat

Nationell patientenkät genomförs vart annat år varför siffror för innevarande år saknas. Telefontillgängligheten har under året legat över nationell telefontillgänglighet. Sedan augusti har telefontillgängligheten ökat markant i förvaltningen. Detta bedöms bero på förbättrat stöd för planering av telefonen med ökad och fokuserad bemanning de tider och dagar då behovet är som störst.

Även de digitala ärendena på e-tjänsten 1177.se har ökat, framför allt de vårdinitierade kontakterna. Vårdens proaktiva agerande skapar ett lugnare arbetsklimat och en tryggare och säkrare vård för patienten. Informationen når patienten i samma stund den skickas, den når patienten utan mellanhänder och patienten kan ta del av den när har möjlighet.

Åtgärd

För att uppnå en högre nivå genomförs utbildningsinsatser inom behovsanalys, planering och schemaläggning. Syftet med utbildningarna är att planera antal tider efter behov, dvs att strukturellt öka möjligheten att uppfylla vårdgarantin. Ytterligare ett syfte med utbildningarna har varit att öka kvaliteten på de registreringar som ligger till grund för beräkningen av vårdgarantin.

Uppföljning av åtgärd

Tillgängligheten inom förvaltningen följs på veckobas inom bland annat områdena vårdgaranti, telefontillgänglighet, e-tjänsten 1177.se samt för 1177 Direkt.

Basal hygien och klädregler (samtliga vårdutförande verksamheter)

Mål

Mer än 90 procent av medarbetarna följer samtliga hygienrutiner. Alla följer reglerna om klädsel.

Resultat för höstens mätningar av punktprevalensmätning basal hygien och klädregler visade att 87,1 procent av medarbetarna anges följa samtliga hygien- och klädregler, 90,6 procent av medarbetarna anges följa hygienreglerna och 94,9 procent av medarbetarna anges följa klädreglerna.

Analys av resultat

Hösten 2025 hade region Skåne tagit fram en egen registrerings- och analysplattform. Tidigare mätningar har genomförts lokalt i förvaltningen. På grund av större organisationsförändringar i förvaltningen och bytet mellan de olika rapporteringssystemen har jämförelser inom och mellan tidigare och årets resultat inte bedömts vara möjliga.

Några verksamheter har trots muntlig och skriftlig information inte registrerat helt rätt och har därför endast registrerat en observation trots att flera genomförts. Det finns även verksamheter som registrerat före eller efter perioden för punktprevalensmätningen, vilket resulterat i att dessa är registrerade som genomförda i egen regi.

Liksom tidigare år har medarbetare framför allt utmaningar kring handdesinfektion före arbetsmoment, följt av underarm fri från klockor, armband och bandage.

Utfallet indikerar även en överanvändning av handskar samt en osäkerhet när händer ska tvättas med tvål och vatten före handdesinfektion.

Åtgärd

Området hygien och klädsel uppmärksammas löpande i olika ledningsfora.

Tillsammans med region Skåne, Vårdhygien och strateger uppmärksamma och informera om korrekt handskanvändning samt förtydliga när händer ska tvättas med tvål och vatten.

Det planeras även inför kommande hygienmätningar bjuda in till för-möten för registratorer ute i verksamheterna.

Uppföljning av åtgärd

Utfall av punktprevalensmätning följs på övergripande nivå två gånger per år i samband med regionala punktprevalensmätningar. Resultatet presenteras på olika arbetsplatsträffar.

Läkemedel (barnmorskemottagningar och vårdcentraler)

Mål

Region Skånes riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel samt lokala instruktioner ska finnas tillgängliga, vara kända och efterlevas av berörda medarbetare.

Det ska finnas ett entydigt fördelat ansvar för ordination och hantering av läkemedel inom verksamhetsområdet. Ansvarsfördelningen är en del av den lokala instruktionen och ska vara dokumenterad.

Region Skånes modell för läkemedelsgenomgångar i Skåne ska följas och lokala instruktioner ska finnas framtagna i förvaltningen. Läkemedelsgenomgångar bidrar till att säkerställa optimal och säker läkemedelsanvändning hos patienter, särskilt hos äldre och multisjuka. Antal tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar följs i förvaltningen.

För att främja en ansvarsfull antibiotikaanvändning följs Stramas mål och indikatorer för antibiotikaförskrivning.

Kvalitetsmål för antibiotika:

Antibiotiketrycket ska vara mindre än 250 recipe per 1000 invånare och år.

Andel kinoloner av antibiotika vid urinvägsinfektion hos kvinnor (18-79 år) ska utgöra 10 procent eller mindre per år.

Andel PcV av antibiotika vid luftvägsinfektion hos barn (0-6 år) ska utgöra 75 procent eller mer per år.

Övriga kvalitetsmål för läkemedel:

Olämpliga läkemedel för äldre ska minska.

Minska förskrivning av långvarig användning av bensodiazepiner.

Opioidförskrivning ska följa Regional läkemedelsriktlinje; förskrivning av beroendeframkallande läkemedel

Minska risk för hjärt-kärlsjukdom hos DM2-patienter genom förskrivning av statiner.

En korrekt och uppdaterad läkemedelslista är en grundförutsättning för att kunna bedöma patientens tillstånd och behandlingseffekter, risker med behandlingen samt biverkningar.

Vid val av behandling ska den mest kostnadseffektiva behandlingen prioriteras (enligt Skånelistan och Goda råd är inte dyra).

Verksamheten ska rekvidrera läkemedel som administreras på mottagning för kostnadseffektiv läkemedelsbehandling och jämlik vård.

Resultat

Egenkontroll av läkemedelshantering genomfördes på vårdcentraler och barnmorskemottagningar hösten 2025.

Svarsfrekvensen var totalt 96 procent vilket var högre än föregående år (89 procent).

Under 2025 genomfördes 1800 tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar inom förvaltningens vårdcentraler.

Antibiotikaförskrivningen har minskat från 297 till 272 recipe per 1000 invånare. Vårdcentralerna förskriver mellan 40-50 procent av denna volym.

Andel kinoloner av antibiotika vid urinvägsinfektion hos kvinnor (18-79 år) utgör 6 procent under 2025.

Andel PcV av antibiotika vid luftvägsinfektion hos barn (0-6 år) utgör 81 procent under 2025.

Olämpliga läkemedel till äldre minskar under 2025 vid jämförelse med av motsvarande period tidigare år, (helårsdata saknas än så länge).

Förskrivning av långvarig användning av bensodiazepiner följs upp på verksamhetsnivå som en av de utvalda kvalitetsindikatorerna, vilka följs upp vid medicinsk kvalitetsuppföljning.

Förskrivning av opioider följs upp på verksamhetsnivå som en av de utvalda kvalitetsindikatorerna, vilka följs upp vid medicinsk kvalitetsuppföljning. Dessutom görs uppföljning genom egenkontroll av läkemedelshantering.

Förskrivning av statiner hos DM2-patienter följs upp på verksamhetsnivå som en av de utvalda kvalitetsindikatorerna, vilka följs upp vid medicinsk kvalitetsuppföljning.

Uppföljning av läkemedelstör görs med punktprevalensmätning i samverkan med Regionala enheten för läkemedel.

Vid val av behandling ska den mest kostnadseffektiva behandlingen prioriteras, se Skånelistan och Goda råd är inte dyra. Uppföljning görs av verksamheterna med hjälp av exempelvis benchmarkingmaterial, QlikView-applikationer och Medrave.

Analys av resultat

Vid årets uppföljning av egenkontroll för läkemedel anger majoriteten av verksamheterna att de följer regionala riktlinjen för läkemedelshantering och primärvårdsförvaltningens rekommendationer. För mer detaljerad information se rapport för egenkontroll.

Majoriteten (76 procent) av enheterna har genomfört och följt upp samtliga eller delar av åtgärderna som enheten själv planerade för i åtgärdsplanen 2024, Det är en lägre andel jämfört med vad som redovisades i föregående års egenkontroll (87 procent). Några enheter anger att detta beror på byte av chef.

Något färre läkemedelsgenomgångar har genomförts 2025 jmf med 2024 vilket kan bero på färre resurser under 2025 men också pga fortsatta utmaningar med inställda tillfällen.

Kvalitetsmål för antibiotika och för olämpliga läkemedel till äldre är återkommande mål där olämpliga läkemedel till äldre fortsätter minska år för år.

Åtgärd

Rekommendation om uppmärksamhets – och förbättringsområden har tagits fram och kommunicerats.

För läkemedelsgenomgångar finns ett drop in-spår framtaget för att matcha ett löpande behov av läkemedelsgenomgångar, vilket är ett sätt att ersätta inställda bokade tillfällen. För att optimera processen för läkemedelsgenomgångar ytterligare, har förbättringsförslag tagits fram och dessa kommer diskuteras med primärvårdschefer under 2026.

Ett uppföljningsverktyg är framtaget och implementerat för att varje verksamhet ska kunna följa antibiotiketrycket per åldersgrupp och månad för listade patienter. Målvärde per åldersgrupp saknas men genom benchmarking kan verksamheter identifiera om de avviker från snittet och ha dialog inom kluster.

Ytterligare ett uppföljningsstöd är framtaget för att varje enhet ska kunna följa sin egen förskrivning av olämpliga läkemedel till de egna listade äldre, samt kunna jämföra sig mot andra verksamheter. Genom att identifiera avvikelse från snittet eller vilka preparat som sticker ut kan varje verksamhet analysera vidare och bedöma kvalitet i sin förskrivning.

Uppföljning av åtgärd

Ansvariga inom respektive verksamhet förväntas genomföra, följa upp och utvärdera sina planerade åtgärder med stöd av sitt egenkontrollmaterial.

Uppföljning på aggregerad nivå görs löpande via avvikelssystemet, via områdesavstämningar samt vid årlig egenkontroll.

Antal läkemedelsgenomgångar följs upp löpande.

MedRave (vårdcentraler)

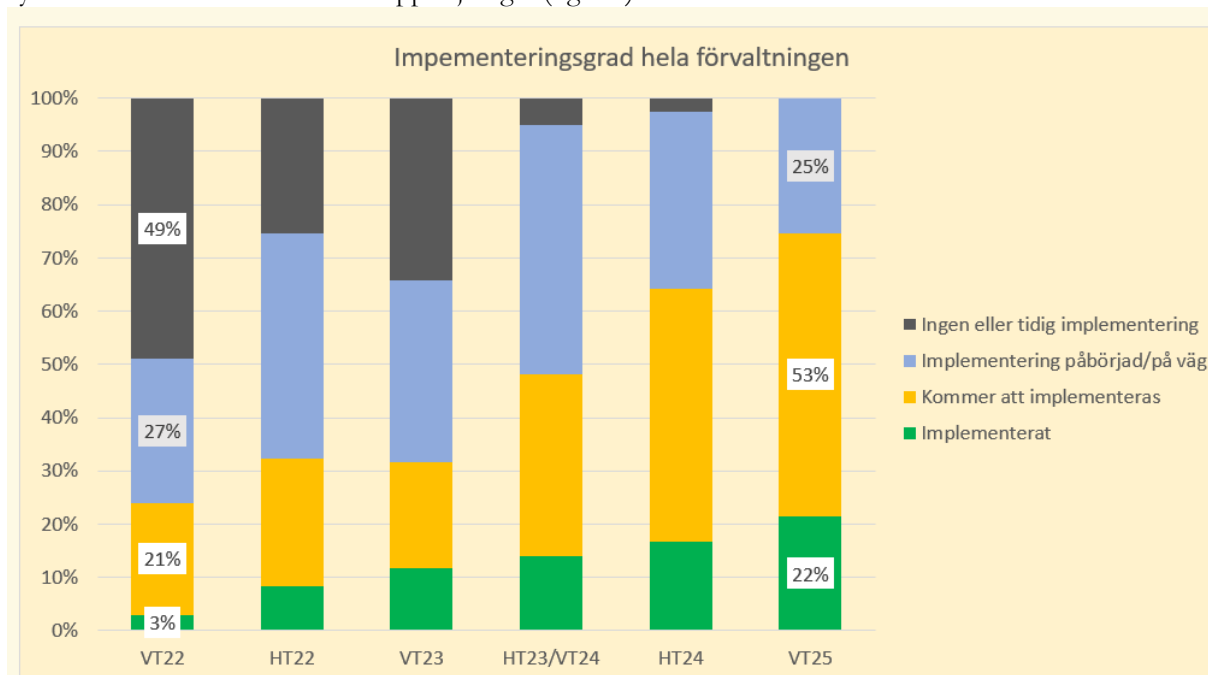
Mål

Medrave visualiserar och sammanställer journaldata till strukturerad information. Verktöget möjliggör verksamhetsanpassad kvalitetsuppföljning ner till patientnivå utifrån överblick av indikatorer för kvalitet och produktion. Indikatorerna omfattar bland annat områden som kontinuitet, patienter som söker ofta, läkemedelsordination, provtagning samt diagnosrelaterade

områden. Indikatorerna följs dels per verksamhet, dels per område och dels förvaltningsövergripande. Varje verksamhet väljer ut 3-4 indikatorer att följa under 6-12 månader. Resultaten följs upp av förvaltningen på verksamhetsnivå två gånger per år genom att vårdcentraler i kluster delar och sprider erfarenheter.

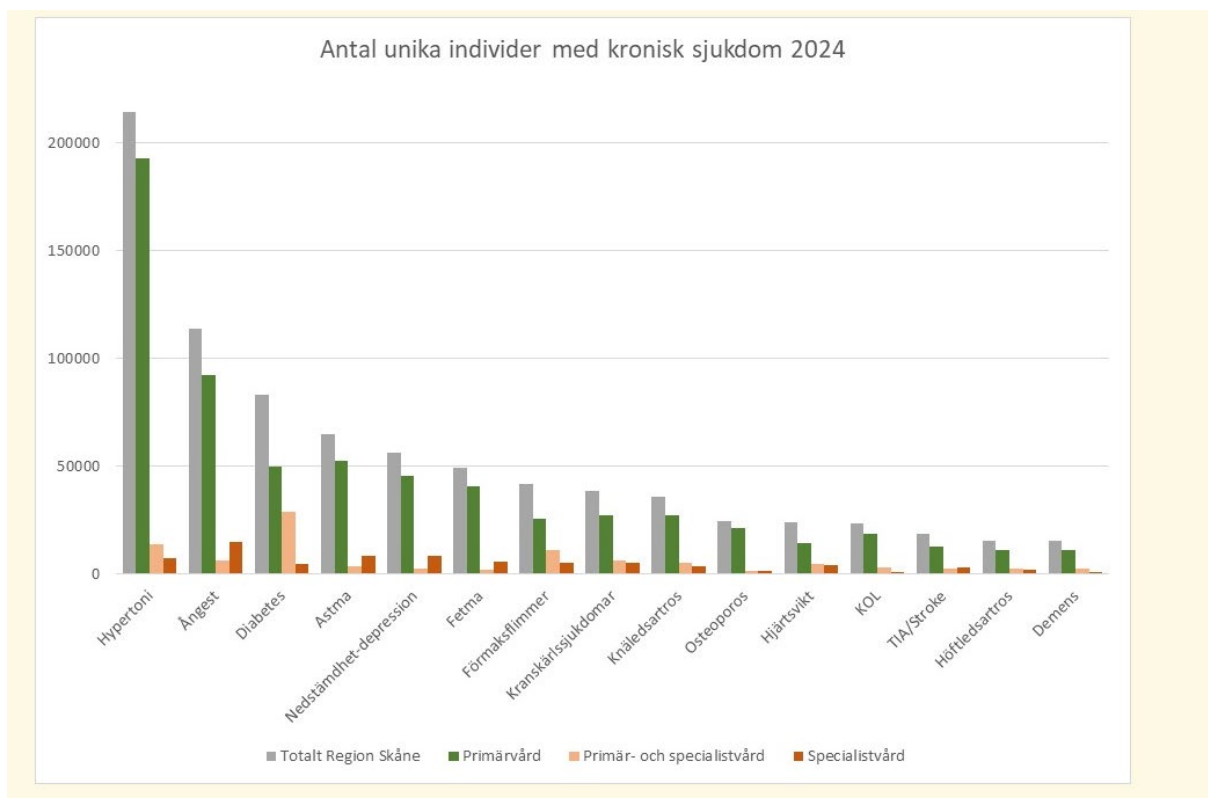
Resultat

Implementeringsgraden har successivt ökat sedan 2022. Samtliga verksamheter använder idag systemet för medicinska kvalitetsuppföljningar (figur 8).



Figur 8. Grad av implementering av MedRave på förvaltningens vårdcentraler 2022-2025.

Majoriteten av de kroniska diagnoserna sätts inom primärvården (figur 9).



Figur 9. Antal unika individer med kronisk sjukdom.

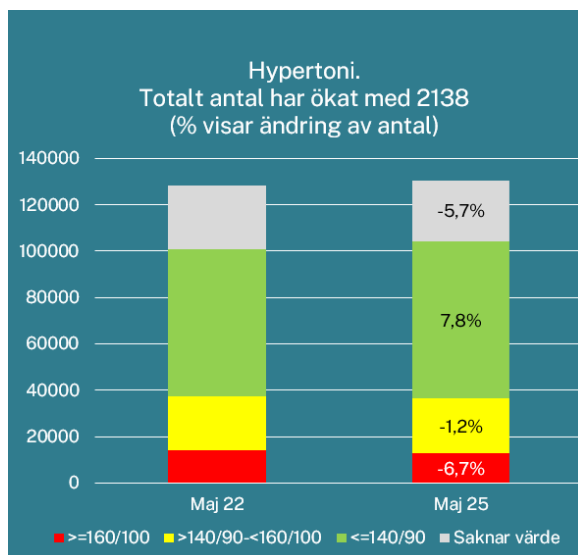
Analys av resultat

Urval av indikatorer från MedRave och deras respektive utveckling presenteras nedan.

Hypertoni

Högt blodtryck (hypertoni) är den vanligaste kroniska sjukdomen. 40 procent av Skånes invånare har ingen annan diagnos. Totalt har 130 498 individer diagnosen i Skåne.

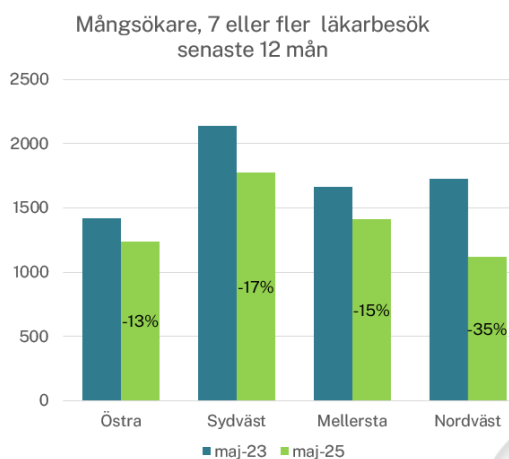
Den systematiska uppföljningen av utfall har lett till att individer med riskvärden för sitt blodtryck har kunnat fångas upp och behandlingen optimeras vilket på sikt bedömts minska sjukdomsbördan (figur 10).



Figur 10. Totala antalet individer i Skåne med diagnos hypertoni samt utveckling av blodtrycksvärde mellan 2022-2025.

Mångsökare (sju eller fler läkarbesök per år) kan ha stora komplicerade medicinska behov. Patienter som söker ofta gagnar ofta av tydlig planering och samarbete inom och mellan verksamheter. Vid bättre planering och teamsamverkan kan tillgänglighet till bland annat läkare öka.

Antalet mångsökare har mellan 2023-2025 minskat med 1412 individer i förvaltningen, vilket motsvarar cirka 20 procent (figur 11).

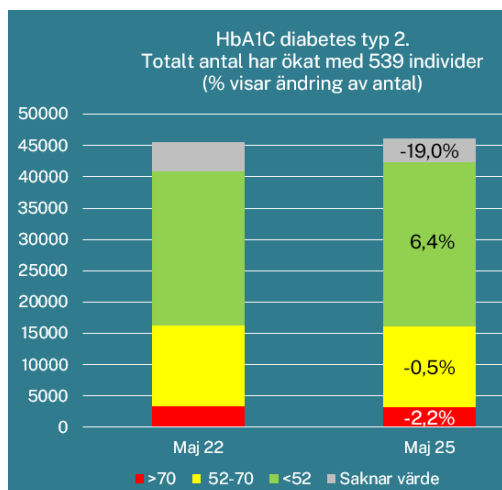


Figur 11. Antalet mångsökare med sju eller fler läkarbesök per 12-månaders intervall mellan 2023-2025.

Diabetes typ 2

Är den näst vanligaste somatiska kroniska sjukdomen hos patienter i förvaltningen. Totalt 46074 individer har diagnosen.

HbA1C följs som en indikator där individuell patient kan detekteras och tidiga interventioner möjliggörs (figur 12).



Figur 12. Utveckling över tid mellan 2022-2025. Antalet individer med diagnos Diabetes typ 2 har ökat med 539 individer. Patienter med stabilt HbA1C inom målnivåer har ökat under samma period.

Åtgärd

Benchmarkingmaterial kommer fortsatt tas fram och presenteras 1-2 gånger per år för varje vårdcentral.

Uppföljning av åtgärd

Fortsatt uppföljning sker även framöver via medicinska kvalitetsuppföljningar. Särskilt fokus kommer närmsta året ligga på uppföljning och analys av diagnoser kopplade till infektionsdiagnoser inklusive antibiotikaföreskrivning och provtagning, diabetes, högt blodtryck samt patienter som söker fler än 7 gånger per år, så kallade mångsökare.