

Regionens revisorer 2025-05-14

Till Regionstyrelsen  
Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa  
Driftnämnden Hallands sjukhus  
Driftnämnden Psykiatri

Regionfullmäktiges presidium för kännedom

### **Revisionsrapport Granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete**

Regionens revisorer har vid sitt sammanträde 2025-05-14 behandlat och godkänt bifogad revisionsrapport Granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Granskningens syfte är att bedöma om regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård. Vi har i vår granskning biträttats av sakkunniga från PwC.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri **inte helt** säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till samtliga revisionsobjekt:

- Säkerställ att Vårdhygien Halland med den expertis som de besitter används i patientsäkerhetsarbetet, i syfte att stödja förvaltningarna i det fortsatta arbetet.
- Tillse att årlig patientsäkerhetsberättelse följs upp politiskt på ett tydligt och enhetligt sätt. Detta för att stärka uppföljningen av patientsäkerhetsområdet i syfte att öka förutsättningarna att vidta åtgärder vid brister.
- Tillse att patienter och närstående involveras mer i förbättringsarbete.

Yttrande samt redogörelse om vilka åtgärder regionstyrelsen, driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen önskas senast 2025-09-14.



För regionens revisorer



Annalena Emilsson  
Vice Ordförande

Bilaga: Revisionsrapport Granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Svar sänds till: [regionen@regionhalland.se](mailto:regionen@regionhalland.se)



# Granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete

**Region Halland**





Maj 2025

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete. Granskningens syfte är att bedöma om regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri **inte helt** säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning	
Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?	Ja	
Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?	Delvis	
Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?	Delvis	
Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?	Delvis	

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till samtliga revisionsobjekt:

- Säkerställ att Vårdhygien Halland med den expertis som de besitter används i patientsäkerhetsarbetet, i syfte att stödja förvaltningarna i det fortsatta arbetet.
- Tillse att årlig patientsäkerhetsberättelse följs upp politiskt på ett tydligt och enhetligt sätt. Detta för att stärka uppföljningen av patientsäkerhetsområdet i syfte att öka förutsättningarna att vidta åtgärder vid brister.
- Tillse att patienter och närstående involveras mer i förbättringsarbete.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>3</b>
Bakgrund	3
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	4
Avgränsning	4
Metod	4
<b>Granskningsresultat</b>	<b>6</b>
Kompetens och resurser för analys	6
lakttagelser	6
Bedömning	9
Verktyg och information för att utveckla metoder och lärande	9
lakttagelser	9
Bedömning	11
lakttagelser	11
Bedömning	16
Involvering av patienter och närstående	16
lakttagelser	17
Bedömning	18
<b>Samlad bedömning</b>	<b>19</b>
Rekommendationer	19
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	20

# Inledning

## Bakgrund

Varje år drabbas uppskattningsvis 100 000 patienter av vårdskador. Socialstyrelsen har tagit fram en Nationell handlingsplan för att stärka och samordna arbetet med patientsäkerhet. Målet är att ingen patient ska behöva drabbas av någon vårdskada. Fyra grundläggande förutsättningar har identifierats för det fortsatta arbetet: Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens samt Patienten som medskapare. Patientsäkerhet är ett ansvar för politiker samt ledning och chefer på alla nivåer i vårdens organisation.

Det föreligger enligt Socialstyrelsen en ökad risk, 60–70 procent, för vårdskador framförallt för utlokaliserade patienter men även vid överbeläggningar. År 2020 och 2021 var andelen personal i Region Halland som korrekt följde grundläggande hygienrutiner och klädregler klart över tidigare års resultat enligt nationella siffror. År 2022–2023 gick siffran återigen ner något. Enligt Vården i siffror finns starka ekonomiska skäl för en förbättrad patientsäkerhet då medelvårdtiden fördubblas för en patient med vårdrelaterad infektion jämfört med en patient utan vårdrelaterad infektion.

Uppföljning, utvärdering och analys behövs för att säkra vården och ge ett kunskapsunderlag in i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det bidrar även till att skapa motivation till att fortsätta utveckla en hög patientsäkerhet i alla delar av hälso- och sjukvården. Det kan också ge ökad riskmedvetenhet och ett mer förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Enligt Region Halland webbsida för patientsäkerhet arbetar regionen aktivt med att optimera rutiner och arbetssätt, för att så långt som möjligt undvika att patienter råkar ut för vårdskador. Enligt Uppföljningsrapport 2 januari - augusti Hallands sjukhus har Region Halland under 2023 etablerat ett multiprofessionellt sjukhusövergripande patientsäkerhetsteam. Syftet är att stödja verksamheterna i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och med uppföljning av avvikelser på systemnivå. I Hälso- och sjukvårdsstrategi för Halland 2017–2025 återfinns fem strategiska val där Hälso- och sjukvårdsutbud utifrån behov, patientsäkerhet och kvalitet är ett av valen.

Statistik från 2023 visar att Region Halland ligger lägre än rikssnittet i andel personal som korrekt följer grundläggande hygienrutiner och klädregler (68,3 procent i Halland mot rikets 76,9 procent) enligt Vården i Siffror. Enligt nationella punktprevalensmätning (PPM) trycksår 2023 ligger Halland på 7,9 procent i andel patienter i slutenvård som har minst ett trycksår mot riket 13,7 procent. Andelen patienter med vårdrelaterade infektioner 2023 var 3,3 procent mot riket 3,8 procent.

Revisorerna har utifrån en samlad bedömning av väsentlighet och risk beslutat att granska patientsäkerheten i regionen. Granskningen ingår i revisionsplanen för 2025.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

- Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?
- Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?
- Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?
- Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6 §
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 4 kap., 5 kap. och 7 kap.
- Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap. och 6 kap.
- Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens publikation "Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024."
- Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)

## Avgränsning

Granskningen avser det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom Region Halland gällande vårdskador och basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom slutenvården. Granskningen avgränsas vidare till det övergripande arbetet som genomförs inom området patientsäkerhet på regionnivå samt det övergripande arbetet vid tre utvalda kliniker. Vid avgränsning och urval av kliniker kommer hänsyn tas till förekomst av hög respektive låg förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) och BHK.

Granskningen omfattar inte primärvården.

Granskningsobjekt är regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri.

## Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentanalys samt analys av statistik inom området.

En genomgång av regionstyrelsens samt driftnämndernas protokoll har gjorts för perioden 2024-01 – 2025-03.

Intervjuer har genomförts med

- Regional chefläkare och hälso- och sjukvårdsstrateg
- Överläkare Vårdhygien
- Patientsäkerhetsteam från ADH, HS och PSH
- Områdeschef 2 och 3
- Verksamhetschefer på HS Ögonkliniken, HS Kvinnokliniken och HS Ortopedkliniken

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwCs interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.



# Granskningsresultat

## Kompetens och resurser för analys

*Revisionsfråga 1: Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?*

### *lakttagelser*

I Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 är ett fokusområde att *stärka analys, lärande och utveckling*. Socialstyrelsen tar nu fram en uppdaterad version av handlingsplanen som planeras bli klar under våren 2025. Till dess gäller den nuvarande handlingsplanen.

I Region Hallands handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022–2025<sup>1</sup> beskrivs att insatser ska prioriteras inom bland annat områdena *Adekvat kunskap och kompetens* samt *Stärka analys, lärande och utveckling*. För det sistnämnda fokusområdet är en av målsättningarna att fastställa en tydlig struktur på alla enheter för hur avvikelser hanteras, analyseras och återkopplas. Vid intervjuer framhålls att den regionala handlingsplanen är framarbetad i samverkan med utvalda representanter från alla förvaltningar. Vidare uppges det att den regionala handlingsplanen är under revidering.

### Organisation

Hälso- och sjukvården i Region Halland leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i regionen. Vårdorganisationen är uppdelad i fem förvaltningar: Halland sjukhus (HS), Psykiatri Halland (PSH), Närsjukvården (NSVH), Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH) samt Regionservice (RGS).

I Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att på regionövergripande nivå finns en regional chefläkare och en patientsäkerhetsstrateg. De har ansvar för samordning av strategiskt patientsäkerhetsarbete inom Region Halland. Vid intervjuer beskrivs att regionledningen har uttalat att det ska finnas gemensamma rutiner och arbetssätt med patientsäkerhet. På regionkontoret framarbetas och fastställs många rutiner, ett arbete som den regionala chefläkaren har en central roll i. Utöver att fastställa rutiner har chefläkaren en konsultativ roll med att stödja ledningen och organisationen. Det finns även chefläkare på respektive förvaltning med konsultativ roll.

Vårdhygien tillhör området medicinsk diagnostik, som är en del av förvaltningen ADH. Där arbetar en överläkare och åtta sjuksköterskor som har en konsultativ roll i vårdhygien inom hela regionen. En utmaning som framhålls vid intervju är verksamheternas varierande efterfrågan av Vårdhygiens expertis. Vårdhygiens arbetsuppgifter innefattar bland annat att genomföra hygienronder, ta fram övergripande rutiner om basala hygienrutiner och klädrutiner (BHK) och genomföra utbildningar för all vårdpersonal. Vårdhygien har samverkan med smittskyddet Halland varannan vecka och möten med

---

<sup>1</sup> fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektör 2022-08-24

smittskyddet, laboratoriet och den regionala chefläkaren varje vecka. Vidare håller Vårdhygien ihop arbetet med BHK-mätningar och är de som sammanställer och skickar ut resultaten. De skickar då med en handlingsplan som innehåller förslag på hur verksamheten ska arbeta vidare med resultaten på sin avdelning.

Intervjuerna visar att det finns en variation i hur väl klinikerna är rustade att genomföra analyser av exempelvis BHK, vårdrelaterade infektioner och trycksår. Flera verksamheter uttrycker en vilja att fokusera mer på dessa frågor och efterfrågar därför mer data och information. En utmaning som lyfts är svårigheten att dra slutsatser av observationer och händelser, vilket kan bero på den begränsade frekvensen av observationer. Under 2024 genomfördes två mätningar för samtliga verksamheter, men det finns en önskan om att öka kontinuiteten i dessa insatser.

I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att regionens alla chefläkare, tillsammans med övriga stödfunktioner i förvaltningsledningarna, har ansvar för att stödja verksamheterna i hanteringen av allvarliga händelser och till exempel hantera anmälningar enligt Lex Maria och händelseanalyser. De arbetar övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet. Förvaltningschef, områdeschefer och verksamhetschefer är ansvariga för patientsäkerhetsarbetet och medarbetarna är ansvariga för att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls i verksamheten.

Inom respektive förvaltning finns ett patientsäkerhetsteam som är en gemensam resurs för verksamheterna och har en konsultativ roll. Teamet leds av chefläkaren inom respektive förvaltning. På verksamhetsnivå finns lokala patientsäkerhetsteam som fungerar som en nära resurs till verksamhets- och avdelningscheferna. Vidare har vårdverksamheterna en eller två verksamhetsutvecklare som arbetar mot verksamhetsområdet och som är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Metod- och utbildningsstöd ges av verksamhetsutvecklare till verksamheterna.

Vid intervjuer framhålls att ADH skiljer sig till viss del från HS och PSH i den mening att vissa av verksamheterna inte har en långvarig patientkontakt, till exempel ambulans, röntgen och laborieverksamheter. Därför är arbetet med patientsäkerhet organiserat annorlunda inom dessa verksamheter.

### **Kompetens**

I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs olika exempel på hur verksamheterna arbetar för att skapa en god patientsäkerhetskultur som betonar lärande, dialog och erfarenhetsutbyte. Patientsäkerhetsronder, eller motsvarande, genomförs årligen och hålls normalt som fysiska möten i verksamheterna. Vid ronderna deltar verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig på enheten respektive kliniknivå. Vid intervjuer framkommer att det är ett välfungerande arbetssätt. Patientsäkerhetsforum hålls inom flera områden och sker i dialogform med verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig läkare odontologiskt ledningsansvarig tandläkare samt representanter från yrkeskategorier. Under hösten 2024 genomfördes för andra året i rad en mätning av hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Syftet med mätningen och dess resultat är att utgöra ett underlag för dialog om patientsäkerhetskulturen samt att främja

förbättringsarbeten. För övrigt sker dialog regelbundet exempelvis på arbetsplatsträffar, kontinuerligt i vardagen och vid årlig genomgång av medarbetarenkäten. Om brister finns i arbetsmiljön tas en handlingsplan eller åtgärder fram som sedan följs upp. Andra exempel som beskrivs är Gröna Korset, som används inom flera verksamheter och är en visuell metod för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Inom Psykiatriförvaltningen finns en daglig eskaleringsstruktur för att hantera eventuella patientsäkerhetsrisker. Utvecklingsarbeten kan initieras genom förbättringsmöten och aktivering av vårdnätverk.

I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs hur regionen arbetar för att säkra kompetensutvecklingen hos medarbetare. All personal får introduktionsutbildning där patientsäkerhetsarbete ingår. Som ytterligare stöd i detta arbete använder Region Halland Kompetenssportalen med digitala utbildningar. I Vårdgivarwebben och ledningssystemet finns styrande dokument. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov. Forum för dialog och workshops genomförs för att öka kunskap och skapa erfarenhetsutbyten inom och mellan verksamheterna. All sjukvårdspersonal har möjlighet att praktiskt träna sina teoretiskt inhämtade kunskaper på Kliniskt träningscentrum (KTC). Vi har tagit del av flera styrande dokument i form av regiongemensamma riktlinjer och rutiner för olika förfaranden kopplat till patientsäkerhetsarbetet. Dokumenten är kopplade exempelvis till hanteringen av avvikelser och utredning av allvarliga händelser och vårdskador. Vid intervjuer råder en enad syn om att det finns rutiner och riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet som upplevs tydliga och tillräckliga.

### **Mätningar och analyser**

Vid intervjuer beskrivs att avvikelser hanteras i första hand i verksamheterna, där en medarbetare registrerar en avvikelse vid uppkommen situation. Ärenden kan även inkomma via Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och LÖF<sup>2</sup>. Verksamhetschefen ansvarar för att utredningar och åtgärder genomförs. När en avvikelse registreras hanteras ärendet av en avvikelsegrupp, som identifierar trender utifrån det som registreras på verksamhetsnivå. En avvikelseanalys genomförs, och om den bedöms allvarlig kan det leda till beslut om att en händelseanalys ska utföras. I de fall händelseanalys utförs ska en handlingsplan upprättas. Beroende på utfallet från händelseanalysen kan beslut tas om att inleda en Lex Maria-anmälan. Anmälan enligt Lex Maria ska göras till IVO. Chefläkare ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria till IVO, i samarbete med och som stöd för verksamhetschefer. Mindre allvarliga avvikelser kan leda till beslut om en internutredning istället. De intervjuade beskriver att insatser gjorts avseende utbildning i avvikelssystemet med fokus på utredning, åtgärder och uppföljning i olika verksamheter. Överlag fungerar det men vissa behöver mer stöd än andra enligt de intervjuade. Vidare har vissa medarbetare fått specialutbildning i händelseanalys.

I regionens patientsäkerhetsberättelsen 2024 beskrivs att riskanalyser genomförs i den omfattning som är nödvändig av såväl patientsäkerhets- som arbetsmiljöskäl. Riskanalyser sker vid samtliga betydande organisatoriska förändringar. Orsaker till att göra en riskanalys kan vara till exempel förändringar av IT-system, lokaler samt metoder,

---

<sup>2</sup> LÖF - regionernas ömsesidiga försäkringsbolag - finns för de som har drabbats av en undvikbar patientskada.

koncept och riktlinjer. I ledningssystemet finns en rutin som beskriver hur och när en riskanalys bör genomföras i enlighet med standardmetod för detta.

Intervjuade beskriver att hygienronder genomförs av vårdhygien var tredje till var femte år, beroende på verksamhet, där genomgång av BHK och VRI görs. Initiativ tas till största del av hygiensjuksköterska som mejlar ut till berörda enhetschefer för tidsbokning. I samband med bokning skickas även ett hygienrondsprotokoll ut som ska återsändas ifyllt före ronden. Vid hygienronden ska enhetschef, hygienombud samt ansvarig läkare på enheten delta. Vid tidpunkten för ronden görs en gemensam genomgång av hygienrondsprotokollet och därefter sker en fysisk rond på enheten.

Farmaceuter från Läkemedelsenheten har utifrån befintliga resurser genomfört systematiska läkemedelsgenomgångar på Hallands sjukhus. Det är främst enkla läkemedelsgenomgångar<sup>3</sup> som har genomförts för att säkerställa korrekta och uppdaterade läkemedelslistor.

### *Bedömning*

#### *Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?*

Ja.

Vi bedömer att det finns en tydlig struktur för patientsäkerhetsarbetet på olika organisatoriska nivåer. Olika arbetssätt och forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyten bedömer vi säkerställer att det finns kompetens och resurser för analys.

I syfte att stärka kompetensen inom patientsäkerhet och vårdhygien är vår bedömning att den expertis Vårdhygien Halland besitter på området ytterligare kan stödja förvaltningarna.

### **Verktyg och information för att utveckla metoder och lärande**

#### *Revisionsfråga 2: Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?*

#### *Iakttagelser*

Region Halland använder sig av verktyget Stratsys där mål och kvalitetsindikatorer utifrån de uppdrag som givits återfinns. Verksamheterna genomför egenkontroller som bygger på inmatning och uppföljning i verktyget vilket utförs av verksamhetscheferna.

Verksamheterna inom Region Halland genomför återkommande egenkontroller inom kvalitet, läkemedel, vårdhygien, säkerhet, arbetsmiljö och miljö. Enligt intervjuade går det inte i detalj se flöden kopplat till patientsäkerhet i Stratsys. Vidare framkommer det att för 2025 finns fyra indikatorer direkt kopplade till patientsäkerhet i Stratsys, se vidare under revisionsfråga tre. I vårdriktlinjen *Vårdhygien, Grundläggande för hälso- och sjukvård i*

---

<sup>3</sup> Enkel läkemedelsgenomgång (LMG) är en process i flera steg med syfte att säkerställa en korrekt, aktuell, ändamålsenlig och säker läkemedelslista i den situation patienten befinner sig i för tillfället samt att bedöma behovet av en fördjupad LMG.

*Halland*<sup>4</sup> ska även verksamheterna genomföra egenkontroll av vårdhygienisk standard i Stratsys en gång per år.

I Region Halland används systemet Platina för avvikelshantering. Utifrån inkomna avvikelser hanterar avvikelsegruppen dem på respektive klinik. Om flera verksamheter är involverade i en avvikelse eller vårdskada så genomförs analyser i samverkan med andra vårdverksamheter. Vid intervjuer lyfts att systemet Platina varierar i användarvänlighet. Det framhålls som en nackdel att systemet inte tillåter att på ett enkelt sätt söka övergripande efter avvikelser samt systematiskt se vilka och hur många avvikelser som finns inom vissa områden. Vidare framkommer det att ett arbete startats upp för att verksamheterna ska benämna avvikelser likartat för att underlätta sammanställningar. I dagsläget sammanställs avvikelser i Excel utifrån vad varje verksamhet väljer att lyfta fram. Vidare framkommer det i intervjuer att ett rapportverktyg i Power BI har tagits fram under 2024 tillsammans med alla förvaltningar med utdata från avvikelshanteringssystemet. Rapporten är till för att strukturera information från avvikelserna och det uppges att en första version ska lanseras i närtid.

I dagsläget använder inte Region Halland det nationella IT-stödet NITHA för händelseanalyser. I intervjuer har det framkommit att möjligheten att införa systemet undersöks, och flera intervjuade uttrycker en önskan om att det ska implementeras för att underlätta händelseanalys. Vidare har information erhållits om att Region Halland genomfört en förstudie på regionnivå för att kunna införa NITHA. Förberedelsearbetet för införandet pågår. I början av 2025 förankrades en övergripande inriktning hos hälso- och sjukvårdsdirektören om att införa NITHA men slutliga beslutet om formerna för införandet är inte fattat.

Under intervjuerna framkom att riskloggen är ett verktyg inom verksamheterna som ger en förbättrad översikt över de mest allvarliga händelserna. Tidigare analyser av Lex Maria-fall visade behovet av att ha en bredare översikt och sammanställning av risker. Riskloggen bidrar med viktig indata för att identifiera och riskklassificera allvarliga risker. Verktöget, som är inspirerat av Region Skånes risklogg, underlättar översyn av riskområden och frekvens, samt ger tematiska insikter. Chefläkargruppen i Region Halland går regelbundet igenom riskloggen och värderar regiongemensamma åtgärder utifrån ny data avseende respektive identifierad risk. Ansvar för uppföljning av åtgärder vid allvarliga händelser åvilar dock den verksamhet som utrett händelsen med stöd av respektive förvaltnings patientsäkerhetsteam.

I Region Halland genomförs mätningar för att följa patientsäkerhetsarbetet. Bland annat genomför Hallands sjukhus årliga mätningar av fuktsår, trycksår och efterlevnaden till basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Mätningar av BHK genomförs via observationsstudier två gånger per år inom patientnära verksamheter. Intervjuade vårdverksamheter verifierar att observationsstudier genomförs. Enligt intervjuade används verktyget Qlicksense för att samla in data om exempelvis trycksår- och fuktsårsmätning. Vidare framkommer det i intervju att vårens trycksårsmätning inte utfördes på grund av byte av vårddokumentationssystem men ska återupptas i höst igen. Under intervjuerna

---

<sup>4</sup> fastställt av regional chefläkare 2023-12-18

framkom det att Power BI-rapporter nyligen har införts för att underlätta resultatanalys och jämförelser på olika punkter på ett visuellt tillgängligt sätt. BHK-rapporten, en Power BI-rapport, är utformad för att användare ska kunna granska sina resultat och jämföra med andra kliniker. Det förväntas generera ökad nyfikenhet och engagemang. Verktöget ska introduceras under våren 2025 och målet är att övergå till fullt nyttjande, inklusive infektionsverktöget, under hösten.

Ett ytterligare verktyg som används är IT-stödet infektionsverktöget. Vid ordination av antibiotika inom specialistvårdens läkemedelsmodul visas en textruta med frågor som måste besvaras för fortsatt process. Det ger möjlighet att se det aktuella läget av infektioner och ordinationer. Vid intervjuer beskrivs att infektionsverktöget finns men det föreligger svårigheter för att följa upp vad som framkommer i verktöget men att också användningen av verktöget behöver förbättras. Arbete har pågått under flera år för att integrera infektionsverktöget i en rapport med information från patientjournaler. Vidare är målsättningen att data inte enbart ska baseras på infektionsverktöget då det har sina begränsningar.

Under granskningen införde Region Halland ett nytt vårddokumentationssystem, Cosmic. Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2024 samt från intervjuer innebär bytet ett omfattande arbete både på regional och verksamhetsnivå och kräver mycket tid och resurser. Övergången till det nya systemet omfattar flera aspekter av patientsäkerhet. Inför införandet har regionens chefläkare deltagit i en expertgrupp.

### *Bedömning*

*Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?*

Delvis.

Granskningen visar att Region Halland använder sig av flera olika system för att analysera data, men där användarvänligheten varierar. Ett utvecklingsområde är att via avvikelssystemet få en bra överblick på inkomna avvikelser och systematiskt kunna se vilka och hur många avvikelser som finns inom respektive område. Detsamma gäller även för BHK-mätningar. Granskningen indikerar att det kan försvåra möjligheten till att jämföra och se skillnader mellan olika enheter och lära av varandra. Vi bedömer att det är positivt att Region Halland har ett pågående arbete med att införa och implementera flera olika Power BI-rapporter i syfte att stärka analysförmågan och möjligheten till jämförelse.

### **Systematiskt arbete för att återkoppla och följa upp åtgärder**

*Revisionsfråga 3: Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?*

### *lakttagelser*

#### **Uppföljning och återkoppling på nämndsnivå**

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Regionens patientsäkerhetsberättelse omfattar uppföljning av



regionens samlade resultat inom patientsäkerhetsområdet. Inom varje förvaltning tas en rapport fram som bidrar till den samlade patientsäkerhetsberättelsen. Vid genomgång av nämndernas protokoll framgår att driftnämnden ADH samt driftnämnden PS har handlagt nämndernas patientsäkerhetsberättelser, såväl för 2023<sup>5</sup> eller 2024<sup>6</sup>. Båda nämnderna har hanterat rapporterna som informationsärenden och inte som beslutsärenden. Det går däremot inte att utläsa att driftnämnden HS har handlagt nämndens patientsäkerhetsberättelse varken för 2023 eller 2024. Vid sakavstämning framkommer att HS har integrerat rapporteringen om patientsäkerhetsarbetet i sin årsredovisning. Detta går i linje med ett av målen under området *Engagerad ledning* i den regionala handlingsplanen: *"Former för att följa patientsäkerhetsaspekter i löpande uppföljning regionövergripande och i samtliga förvaltningar."* Vi kan inte heller verifiera att regionstyrelsen har behandlat regionens patientsäkerhetsberättelse 2023. Av protokoll från regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott framgår att rapporten antogs vid sammanträdet 2024-02-13 §19. Beslutet expedierades till berörda driftnämnder men inte till regionstyrelsen. Av regionstyrelsens delegationsordning framgår ingen delegation till hälso- och sjukvårdsutskottet att ta beslut i ärendet. Vid regionstyrelsens sammanträde 2025-04-09 antar styrelsen patientsäkerhetsberättelsen 2024 (§61). Reglementet tar inte upp något kring hur patientsäkerhetsberättelsen ska hanteras.

Samtliga driftsnämnder har ett eller flera kontrollmoment kopplat till patientsäkerhet i internkontrollplanerna för 2025. Kontrollmomenten är kopplade till avvikelsehantering, internutredningar och händelseanalyser samt egenkontroller.

Driftnämnderna följer upp uppdrag, utvecklingsområden och kvalitetsindikatorer via uppföljningsrapporter och årsredovisning. Nedan följer en beskrivning av respektive driftsnämnds uppföljning och eventuella åtgärder som är kopplade till patientsäkerhet.

#### *Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa*

I driftnämnden ADHs årsredovisning 2024<sup>7</sup> redovisas en uppföljning av förvaltningens indikatorer kopplat till patientsäkerhet.

- *Antal avvikelser med högt värde i riskbedömning*  
Under året har 169 avvikelser med höga risktal registrerats. Inga av dessa avvikelser har såvitt känt resulterat i någon uppstart av en händelseanalys.

Förvaltningen hade tagit fram två indikatorer inför 2024, men fann att det saknades förutsättningar för att registrera den andra indikatorn. I nämndens verksamhetsplan 2025<sup>8</sup> ersattes båda indikatorerna av följande patientsäkerhetsmått:

- Patientnämnden, svarstider från vårdgivare (80 % inom fyra veckor)
- Antal Lex Maria
- Antal avvikelser som riskvärderats till hög/röd
- Antal avvikelser som har planerad uppföljning av åtgärdens effekt

<sup>5</sup> DN ADH 2024-03-27 §18, DN PS 2024-02-07 §12

<sup>6</sup> DN ADH 2025-04-02, DN PS 2025-03-26 §22

<sup>7</sup> DN ADH 2025-02-05 §4

<sup>8</sup> DN ADH 2024-11-22 §72

### *Driftnämnden Hallands sjukhus*

I driftnämnden HSs årsredovisning 2024<sup>9</sup> redovisas en uppföljning av nämndens utvecklingsområde med koppling till patientsäkerhet:

- *Utveckla sammanhållna vårdprocesser, med tydliga roller och säkra övergångar, tillsammans med samarbetsaktörer.*  
Fokusområden och mål kopplat till detta utvecklingsområde bedöms uppfyllt under 2024. Genomförda aktiviteter inkluderar utveckling av in- och utskrivningsprocessen samt underlätta för patienter att söka efter relevant information i sin journal.

Bland verksamhetens egna utvecklingsområden återfinns följande område:

- *Stärk verksamhetens gränsöverskridande systematiska patientsäkerhetsarbete för att förhindra risker som är vanliga och farliga*

Under 2024 genomfördes två mätningar av fuktskador respektive trycksår varav den ena var obligatorisk för all slutenvårdsverksamhet. Resultaten från höstens obligatoriska mätning visade en förekomst av fuktskador på 15 procent och trycksår på 8 procent. Andel uppkomna trycksår under vårdtid var 7 procent varav 1,7 procentenheter klassas som vårdskada (trycksår kategori 2 eller allvarligare). Under granskningen går det inte att finna något målvärde för varken fuktskador eller trycksår. Bland genomförda förbättringsåtgärder under året nämns utbildningar och ett tillgängliggjort förråd med bassortiment av material och skyddande produkter.

Resultatet av årets punktprevalensmätning för basala hygienrutiner och klädregler visade en följsamhet till samtliga kriterier inom basala hygienrutiner och klädregler var 63,7 respektive 93 procent. Jämfört med föregående år har resultat för hygienrutiner försämrats. I rapporten uppges att Hallands sjukhus över tid har haft relativt låg följsamhet till framför allt basala hygienrutiner och utfallen jämförs inte med något målvärde för BHK. Däremot framgår det från vårdriktlinjen *Vårdhygien, Grundläggande för hälso- och sjukvård i Halland* att målsättningen är 100 procentig följsamhet.

Bland de indikatorer som nämnden följer upp, noteras följande mått med koppling till patientsäkerhet:

- Andel utskrivna diktat efter 4 dagar: 25 procent för december
- Disponibla vårdplatser: 400,1 (målvärde 468) – Ej uppnått

I nämndens verksamhetsplan 2025<sup>10</sup> redovisas följande nämndsmål:

- *Patientsäkerhetsstärkande åtgärder ska identifieras och införas för att minska vanliga och farliga risker, inte minst för multisjuka med stora omvårdnadsbehov*
- *Sjukhusets klimat- och miljöpåverkan ska vara så liten som möjligt. Viktiga åtgärder är mer distansvård, färre vårdskador och kloka kliniska val för att undvika*

---

<sup>9</sup> DN HS 2025-02-19 §8

<sup>10</sup> DN HS 2024-12-18 §86



*onödig eller oönskad vård. Arbetet med förbrukningsmaterial, avfall och kemikalier ska fortgå.*

Bland nämndens indikatorer noteras tillägg av två indikatorer med koppling till patientsäkerhet:

- Icke verkställd läkemedelslista
- Patientavvikelser i Platina

#### *Driftnämnden Psykiatri*

I driftnämnden Psykiatri årsredovisning 2024<sup>11</sup> redovisas en uppföljning av förvaltningens uppdrag. Kopplat till fokusområdet Nära och sammanhållen vård följs följande uppdrag upp:

1. *Utveckla patienternas och närståendes möjligheter till delaktighet i vården.*  
Bedöms uppfyllt. Förvaltningen beskriver flera genomförda aktiviteter för att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet.
2. *Förbättra flöden och patientsäkerhet i vårdens övergångar.*  
Bedöms uppfyllt. Genomförda aktiviteter inkluderar vidareutveckling av gemensamma patientflöden med Hallands sjukhus samt vidareutveckling av samarbetet med primärvården.

I nämndens verksamhetsplan 2025<sup>12</sup> kommer indikatorer kopplat till patientsäkerhet följas upp. Indikatorerna Beläggning slutenvård, Inkommande remisser, Antal patientnämndsärenden samt Antal avvikelser kommer följas upp månadsvis. Antal Lex Maria kommer däremot följas upp årligen. I verksamhetsplanen uppges att indikatorerna följs och analyseras utan något målvärde, som en del i att säkerställa fungerande produktion.

Vid protokollsgenomgång noteras att nämnderna inte har vidtagit några åtgärder utifrån uppföljningen de tagit del av.

Vidare noteras vid genomgång av styrelsens och driftnämndernas protokoll även följande ärenden med bäring på granskningsområdet:

- **Regionstyrelsen 2024-04-10 §37 - Information om patient-, brukar- och närståendemedverkan (informationsärende)** - Syftet med denna information är att ge en aktuell lägesbild med exempel på insatser där patient, brukare och närstående varit delaktiga i att utveckla vården.
- **DN HS 2025-02-19 §15 - Fördjupad information utifrån nämndens fastställda verksamhetsplan (informationsärende)** – Fördjupad information gavs kring organisation och genomförande av det systematiska arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet i samband med ärendet om årsredovisning 2024.

---

<sup>11</sup> DN PS 2025-02-17 §5

<sup>12</sup> DN PS 2024-12-18 §91

## **Uppföljning och återkoppling på ledningsnivå och verksamhetsnivå**

Exempel på uppföljning som görs på ledningsnivå är genom revisioner. I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att det genomförs årligen externa och interna revisioner på Hallands sjukhus. Genom revisioner får ledningen kunskap om tillämpning och effekt av ledningssystemet för kvalitet, informationssäkerhet, miljö, arbetsmiljö och säkerhet.

Gällande förvaltningarnas uppföljningsarbete ligger olika processer till grund för planeringen av det. Den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet innehåller mål, indikatorer samt regiongemensamma och förvaltningsspecifika aktiviteter. I planen uppges att handlingsplanen verkställs i förvaltningarnas ordinarie verksamhetsplanering och uppföljning samt följs upp i sin helhet på regionövergripande nivå. I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att förvaltningarna inom Region Halland varje år gör en verksamhetsanalys för att identifiera förbättringsåtgärder inom definierade områden. Verksamhetsanalysens syfte är i första hand att utgöra underlag inför kommande års verksamhetsplanering, uppföljning och revisioner för att förbättra ledningssystemet.

Av erhållen dokumentation samt vid intervjuer beskrivs olika exempel på hur förvaltningen arbetar med uppföljning och återkoppling på verksamhetsnivå. Intervjuade framför att uppföljningen och dialogen kring trycksårsmätningarna inom HS är väl fungerande. I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att återkoppling på avvikelshanteringen sker till den person som registrerat händelsen. Vidare framkommer det att händelseanalyser ska följas upp efter sex månader genom de handlingsplaner som upprättas. Vid intervju med HS patientsäkerhetsteam beskrivs att de alltid erbjuder verksamheterna material med information om händelsen och dialogfrågor som de kan använda på arbetsplatsträffar för att diskutera vad som hänt och hur de kan gå vidare med utfallet.

Som beskrevs i revisionsfråga två använder chefsläkarna riskloggen för att analysera allvarliga avvikelser och anmälningar enligt Lex Maria för att identifiera gemensamma utvecklingsbehov i syfte att förbättra både kvaliteten och säkerheten i vården. Ett annat exempel som beskrivs vid intervjuer är att efter patientsäkerhetsronderna är genomförda ute i verksamheterna listas förbättringsområden som följs upp ett halvår senare i ett uppföljningsmöte vilket protokollförs. Identifierade förbättringsområden tas även upp i förvaltningarnas styrgrupp. Intervjuade beskriver att utfallet från hygienrond återkopplas till enheten i form av ett skriftligt åtgärdsprotokoll med förbättringsåtgärder. Enheten förväntas sedan göra förbättringsåtgärderna i den ordning som känns relevant. Uppföljning till vårdhygien gällande vad som åtgärdats sker vid nästkommande hygienrond.

Ytterligare ett exempel som beskrivs i regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 är att aktuella läkemedelsrelaterade problem och föreslagna åtgärder från läkemedelsgenomgångar dokumenteras i journal och vid behov kommuniceras med läkare. Under 2024 har ca 650 genomgångar genomförts vilket är en ökning jämfört med föregående år. Region Hallands mätning av hållbart säkerhetsengagemang HSE, som beskrivits under revisionsfråga ett, resulterade i indexet 76 på en 100-gradig skala.

Resultatet är i paritet med föregående års resultat. Vid intervju med HS patientsäkerhetsteam framkommer att de stöttar verksamheterna i att analysera resultatet och vid framtagande av åtgärder.

Som beskrivits under revisionsfråga två genomför verksamheterna inom Region Halland återkommande egenkontroller inom flera områden. I de fall kraven inte uppnås ska en handlingsplan upprättas. Förberedelser har gjorts för att från och med 2025 implementera ett årshjul med alla egenkontroller i Stratsys vilket förväntas förenkla processen avsevärt för verksamheterna. Utöver årliga egenkontroller följs ett antal utvalda kvalitetsindikatorer upp månatligen på varje förvaltning.

Vid intervjuer uppges arbetsplatsträffar som det främsta forum där verksamheten arbetar vidare med resultat tillsammans. En av verksamhetschefernas metoder för att nå ut till medarbetare med återkoppling av resultat är utskick av vecko- eller månadsbrev. Intervjuade beskriver att ett annat forum är fokusdagar där diskussioner fokuserar på utvalda granskade patientsäkerhetsärenden.

Vid intervjuer beskrivs utvecklingsområden vara att öka kontinuiteten på uppföljning av handlingsplaner samt forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyten mellan förvaltningar och inom regionen.

### *Bedömning*

*Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?*

Delvis.

Nämnderna har tagit fram en rapport som bidrag till regionens patientsäkerhetsberättelse som de har handlagt olika. Att handlägga rapporterna som informationsärenden riskerar att minska nämndernas möjligheter att vidta adekvata åtgärder. Vi ser dock positivt på att patientsäkerhetsarbetet ska införlivas i den ordinarie uppföljningsstrukturen inom regionen som handläggs som beslutsärenden. Regionstyrelsen har antagit patientsäkerhetsberättelsen för 2024, vilket är en förbättring jämfört med tidigare år.

Resultatet för BHK ligger inte inom uppsatta mål vilket tyder på att insatta åtgärder inte givit de resultat som önskas. Vi bedömer vidare att det är en brist att målvärde saknas för bland annat fuktskador och trycksår som kan indikera om åtgärder behöver vidtas vid försämrat resultat.

Vi bedömer att uppföljning samt återkoppling av resultat sker systematiskt i verksamheterna.

### **Involvering av patienter och närstående**

*Revisionsfråga 4: Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?*

## *lakttagelser*

På Region Hallands webbplats för vårdgivare finns patientsäkerhet som behandlingsstöd. En del av informationen fokuseras till patienters och de närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vården blir således säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar.

I den regionala handlingsplanen redogörs för de fyra grundförutsättningar som identifierats i den nationella handlingsplanen för att uppnå målsättningar inom patientsäkerhetsområdet. En av dessa grundförutsättningar är *patienten som medskapare*.

Ett exempel som beskrivs i regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 och vid intervjuer, där patienter görs delaktiga i den egna vården, är vid allvarliga händelseanalyser. Vid intervjuer råder en enad syn kring att patient involveras i händelseanalyser. I regionens *rutin för utredning av allvarliga händelser, vårdskador och risker för vårdskador*<sup>13</sup> beskrivs att patient och i tillämpliga fall närstående ska informeras om utredningen och ha möjlighet att ställa frågor och lämna synpunkter på händelsen.

Ett annat exempel beskrivs inom BUP där vårdnadshavare involveras tidigt genom BCFPI (en strukturerad telefonintervju). Genom den uppföljning som sker ett år efter den första telefonintervjun får vården en tydlig återkoppling av hur vårdnadshavare har uppfattat vården och vad som eventuellt har brustit.

Ytterligare ett exempel som beskrivs vid intervjuer och i regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 är att det inom Psykiatri Halland finns ett Brukarråd med cirka 25 föreningar, representerade av NSPH Halland<sup>14</sup>, Hallandsrådet för psykiatribrukare och Brukarrådet Halland. Rådet träffas 2–3 gånger per termin med förvaltningschefen som sammankallande för att diskutera frågor om specialistpsykiatri. Vid större förändringar i verksamheten eftersträvas att involvera brukare i processen. Det förekommer även brukarråd i vissa verksamheter inom ADH. Det framhålls att ADH för ett arbete i dagsläget för att involvera patienter men att de ser det som ett utvecklingsområde. Som beskrevs under revisionsfråga tre, har Psykiatri Halland genomfört aktiviteter, inom ramen för sin målstyrning, som syftar till att utveckla arbetet med att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Intervjuade framhåller att på vårdavdelningar inom Psykiatri Halland arbetar vårdpersonal med olika metoder och arbetssätt för att hämta in synpunkter från patienter och närstående i syfte att förbättra verksamheten. Ett exempel på ett arbetssätt är att ha en fikastund med patienten där dialog kan ske.

I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att Region Hallands klagomålshantering ska säkerställa att synpunkter och klagomål från patienter och närstående tas omhand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder. Det finns en regiongemensam rutin för patientklagomål eller

---

<sup>13</sup> fastställd av regional chefläkare 2025-02-12

<sup>14</sup> Nationell samverkan för psykisk hälsa i Halland

synpunkter<sup>15</sup>. Av rutinen framgår att synpunkter och klagomål presenteras avidentifierat på arbetsplatsträffar, ledningsmöte eller motsvarande.

I regionens patientsäkerhetsberättelse 2024 beskrivs att Patientnämndens representanter tillsammans med regional chefläkare, chefläkare och cheftandläkare samverkar för att stärka patienters och närståendes delaktighet i förbättringsfrågor. Chefläkare tar del av samtliga rapporter som Patientnämnden skickar ut månatligen. Kontakt sker även vid behov i enskilda patientärenden eller generella samarbetsområden. Samarbetet med Patientnämnden beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen vara ett viktigt forum för att stärka patienters och närståendes delaktighet i vården och i förlängningen till förbättringar i vård och omhändertagande.

### *Bedömning*

#### *Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?*

Delvis.

Vi bedömer att det finns en styrning mot ökad patientdelaktighet, men granskningen visar att arbetet inte är systematiskt. Vi bedömer att det finns behov av att stärka patientdelaktigheten avseende förändringsarbeten i verksamheterna. Granskningen indikerar att det finns flera goda exempel på verksamheter som involverar patienter mer vid förändringsarbeten.

Granskningen visar att det finns rutiner för att strukturerat involvera framförallt patient vid oönskade händelser och involveras vid händelseanalyser. Vi bedömer att det finns en utvecklingspotential när det gäller det proaktiva arbetet, och där det är ovanligt att patienter och närstående involveras.

---

<sup>15</sup> fastställd av regional chefläkare 2024-05-20

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete. Granskningens syfte är att bedöma om regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.





Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen och driftnämnderna Ambulans, diagnostik och hälsa, Hallands sjukhus samt Psykiatri **inte helt** säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till samtliga revisionsobjekt:

- Säkerställ att Vårdhygien Halland med den expertis som de besitter används i patientsäkerhetsarbetet, i syfte att stödja förvaltningarna i det fortsatta arbetet.
- Tillse att årlig patientsäkerhetsberättelse följs upp politiskt på ett tydligt och enhetligt sätt. Detta för att stärka uppföljningen av patientsäkerhetsområdet i syfte att öka förutsättningarna att vidta åtgärder vid brister.
- Tillse att patienter och närstående involveras mer i förbättringsarbete.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?	<b>Ja</b> Vi bedömer att det finns en tydlig struktur för patientsäkerhetsarbetet på olika organisatoriska nivåer. Olika arbetssätt och forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyten bedömer vi säkerställer att det finns kompetens och resurser för analys.	
2. Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?	<b>Delvis</b> Region Halland använder sig av flera olika system för att analysera data, men där användarvänligheten varierar. Ett utvecklingsområde är att få en bra överblick på inkomna avvikelser och systematiskt kunna se vilka och hur många avvikelser som finns inom respektive område. Det är positivt att det pågår arbete med att införa och implementera flera olika Power BI-rapporter i syfte att stärka analysförmågan och möjligheten till jämförelse.	
3. Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?	<b>Delvis</b> Nämnderna har tagit fram en rapport som bidrag till regionens patientsäkerhetsberättelse som de har handlagt olika. Positivt är dock integrationen av patientsäkerhetsarbetet i regionens uppföljningsstruktur. Regionstyrelsen har antagit patientsäkerhetsberättelsen för 2024, vilket är en förbättring jämfört med tidigare år.	
4. Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?	<b>Delvis</b> Det bedöms att patienter och närstående delvis involveras i analys, lärande, åtgärder och uppföljning. Vi bedömer att det finns en styrning mot ökad patientdelaktighet, men granskningen visar att arbetet inte är systematiskt.	

2025-05-14

Marie Lindblad

Cecilia Claudelin

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Hallands revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2024-12-18. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.