

Patientsäkerhetsberättelse för Närsjukvården Halland År 2025



2026-01-13

Daniela Björk
Hans Nemeczek
Magnus Garell

Diarienummer: DN NSV250668

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och följer en nationellt framtagna mall.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030”

Innehåll

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu	15
Riskhantering	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



Organisation och ansvar

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

Närsjukvården Halland består av Vårdcentralen Halland, Folk tandvården Halland samt verksamheten för Vaccinationsinsatser.

Vårdcentralen Halland omfattar 24 vårdcentraler och en palliativ vårdavdelning. Inom Vårdcentralen finns även särskilda uppdrag som läkarmedverkan i hemsjukvård, sprututbytesmottagning, arbetet med barn och ungas psykiska hälsa samt TILMA.

Folk tandvården Halland består av 20 kliniker.

Närsjukvårdens ledningsgrupp ansvarar för förvaltningens övergripande strategier, mål och uppföljning. Områdesledningarna för Vårdcentralen respektive Folk tandvården ansvarar för att omsätta dessa strategier i den dagliga verksamheten. Varje vårdcentral och varje verksamhetsområde inom Folk tandvården leds av en verksamhetschef, som har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten i sin verksamhet.

På varje vårdcentral och folk tandvårdsklinik finns en medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) respektive odontologiskt ledningsansvarig tandläkare (OLA). Deras uppdrag är att säkerställa medicinska och odontologiska rutiner, kvalitet och patientsäkerhet samt att stödja verksamhetschefen i medicinska frågor och utveckling. I flera verksamheter finns även medarbetare med särskilt ansvar för att hantera rapporterade avvikelser. Dessutom har samtliga folk tandvårdskliniker och de flesta vårdcentraler en förbättringsledare som driver det systematiska förbättringsarbetet, där risker och avvikelser utgör en viktig del av underlaget.

Alla medarbetare ansvarar för att utföra sina arbetsuppgifter enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, följa gällande rutiner och aktivt bidra till att förebygga vårdskador genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare ger stöd till chefer och medarbetare i patientsäkerhetsarbetet.

Chefläkare eller cheftandläkare tar ställning till anmälan enligt lex Maria.

Patienter och närstående är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet genom att involveras i vården via samtycke och information om behandling och förväntat förlopp. Synpunkter och klagomål hanteras systematiskt som avvikelser och används som underlag för förbättringar.

Resultat följs upp i Stratsys. Förvaltningsledningen gör dessutom fyra årliga avstämningar där chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare presenterar nuläge och planering framåt. Syftet är att skapa samsyn och driva utvecklingen av det övergripande stödet för patientsäkerhet.

Utöver nationella regelverk för hälso- och sjukvård baseras förvaltningens patientsäkerhetsarbete på en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Den omfattar fyra prioriterade områden med konkreta aktiviteter.

- Ökad användning av simulering och färdighetsträning
- Patientsäkerhet som del av verksamhetsplan
- Kompetensutveckling för befintliga medarbetare
- Kompetensutveckling för nya medarbetare

Den lokala handlingsplanen utgår från den regionala handlingsplanen som handlar om ledningens engagemang och styrning, adekvat kunskap och kompetens inom sin vårdprofession och patientsäkerhetsarbete och att stärka analys lärande och utveckling.

Verksamheterna har arbetat med följande under året inom dessa områden:

Ökad användning av simulering och färdighetsträning

HLR och brandutbildning genomförs enligt rutin.

Patientsäkerhet som del av verksamhetsplan

Patientsäkerhet är inkluderat i Närsjukvårdens verksamhetsplan genom målet *Utveckla Närsjukvårdens patientsäkerhetsarbete*. Indikatorer som följs är

- Följsamhet till strukturerad journalgranskning
- Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Kompetensutveckling för befintliga och nya medarbetare

Detta beskrivs i avsnitt Adekvat kunskap och kompetens på sidan 10.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan BVC och Folktandvården

Arbetet med att minska karies hos små barn genom förebyggande insatser är nu en del av ordinarie verksamhet. Ett samarbete mellan primärvården och folktandvården har etablerats för att främja god munhälsa hos barn. Den ökande kariesförekomsten i denna åldersgrupp har varit en viktig drivkraft bakom satsningen.

Remissflödet mellan enheterna är fortfarande begränsat, men åtgärder pågår för att säkerställa tidig identifiering av barn med störst vårdbehov.

Samverkan skolor och Folktandvård

Det arbete som initierades 2023 för att utvärdera effekterna av ökad samverkan mellan skolor och Folktandvården fortsätter enligt plan. Syftet är att minska kariesförekomsten hos barn genom långsiktiga insatser. Sju skolor i socioekonomiskt utsatta områden deltar i projektet. Detta är en strategisk satsning för att motverka ojämlikhet i hälsa och förbättra barns livskvalitet.

Projektet följer barnen från sex års ålder fram till tolv års ålder för att säkerställa hållbara resultat. Insatsen omfattar strukturerad munhälsoundervisning två gånger per termin – en gång av tandsköterska och en gång av skolans egen lärare, som har fått särskild utbildning i munhälsa.

Samverkan psykisk ohälsa

Samverkansforum hålls fortlöpande i alla kommuner mellan Närsjukvården och Psykiatrin (VPM) för att stärka omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa, särskilt vid vårdövergångar som är extra sårbara.

Förvaltningsmöten mellan Närsjukvården och Psykiatrin har fortsatt under året med syfte att driva gemensamma projekt. Ett exempel är planeringen av ett pilotprojekt för vårdförloppet vid depression, där möjligheterna att införa samarbetsvård i regionen ses över. Konceptet innebär regelbundna avstämningar mellan psykiater och vårdsamordnare på vårdcentralerna i patientärenden.

Under 2025 avslutades den utbildningsomgång i suicidprevention som inleddes 2024. Ett arbete har också påbörjats för att kartlägga utredningar av suicid och suicidförsök i samtliga hälso- och sjukvårdsförvaltningar i Region Halland.

Den regionala handlingsplanen för suicidprevention har uppdaterats för perioden 2026–2030 och fastställts av Regionstyrelsen i november.

Regional samverkan

Regionen har etablerat ett chefläkarnätverk för erfarenhetsutbyte, där även cheftandläkare medverkar. Under året har arbetet med riskloggen fortsatt för att skapa en samlad bild av mer komplexa ärenden. Syftet är att sprida kunskap över förvaltningsgränserna och stärka lärandet i hela organisationen.

En ny rutin som ska säkerställa en trygg utskrivningsprocess från slutenvården till Närsjukvården eller kommunen har tagits fram av Genomförandegruppen för samverkansrutin och uppföljning, där Närsjukvården, specialistvården och kommunen ingår. Rutinen, som implementeras i januari 2026, förväntas bidra till en förbättrad patientsäkerhet och omhändertagande av särskilt sköra patienter samt minskad återinskrivning. Den ska säkerställa att remiss skrivs från specialistvården, överrapportering sker, läkemedelslistor följer med, hjälpmedel ordinerar och övriga insatser utförs enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Behovet grundar sig på tidigare rapporterade avvikelser samt granskning av vårdflöden och återinläggningar. Informationsspridning och utbildning kring det nya arbetssättet har påbörjats, och effekten kommer att utvärderas genom uppföljning av avvikelser samt indikatorer som oplanerade återinskrivningar, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.

Regelbundna mötesavstämningar, för att förebygga eventuella problem mellan vårdgivare, har fortsatt mellan kommunernas medicinska företrädare (MAS), vårdhygienavdelningen och Smittskydd, där även företrädare för Närsjukvården varit representerad. Att samarbeta över både förvaltnings- och organisationsgränserna har varit viktigt för att fortlöpande få kunskap om varandras utmaningar med infektioner och skyddsutrustning och att snabbt kunna agera vid behov.

Arbetet med gemensamma rutiner kring beslut om att avstå hjärt-lungräddning är nu under samordning via en regional arbetsgrupp, eftersom det tidigare funnits flera likartade rutiner. Arbetet befinner sig i slutfasen.

LPO (Lokalt Programområde) Tandvård utgör en del av Region Hallands, liksom övriga regioners, arbete med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Inom detta område samverkar både offentliga och privata aktörer med målsättningen att höja kvaliteten i den tandvård som bedrivs.

Kvalitetsnätverket är ett nationellt forum för cheftandläkare, verksamhetsutvecklare och andra funktioner med ansvar för kvalitet och patientsäkerhet inom tandvården. Nätverket sammanträder två gånger per år och upprätthåller kontinuerlig kontakt via e-post och digitala forum. Syftet är att gemensamt bidra till en högre kvalitet i tandvården i Sverige, bland annat genom att utbyta erfarenheter av framgångsrika verksamhetsförbättringar.

Samverkan sker fortsatt mellan Närsjukvården och ITD (InformationsTeknologi och Digitalisering) för att säkerställa och utveckla patientsäkerheten i samband med övergången från journalsystemet VAS till Cosmic. Flera initiativ har tagits med anledning av att det i Cosmic identifierats risker som inte fanns i VAS. Dessa ärenden har samlats och överlämnats till ITD, som ansvarar för att föra dem vidare i fortsatt hantering.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ett strålskyddsbokslut har genomförts enligt rutin i Folk tandvården, och som en del av detta arbete fortsätter flera insatser för att stärka kompetens och följsamhet inom strålskydd. En utbildningssatsning för alla behandlare med fokus på radiologisk diagnostik fortgår. Folk tandvården har under året använt en digital strålskyddsutbildning som tagits fram i Region Blekinge. En egen utbildning är under framtagande och planeras att ersätta utbildningen från Blekinge under 2026.

En mindre intern revision med avseende på rutiner och riktlinjer för strålskydd genomfördes under hösten.

Samtliga strålskyddskontroller för innevarande år har genomförts i enlighet med fastställda rutiner. Identifierade brister är två rum där strålningen varit över gränsvärde på grund av handhavandefel av utrustning, samt mindre tekniska eller praktiska strålrelaterade avvikelser. Alla brister och avvikelser har nu åtgärdats.

Berättigandebedömning

Röntgenundersökning görs på individuell indikation och bara om den bedöms kunna bidra med viktig diagnostisk information som inte kan fås på annat sätt. Röntgen ordinerar tandläkare på individuell indikation och tandläkaren ansvarar även för granskning av bilderna. Tandhygienister kan själva besluta om och utföra röntgenundersökningar på individuell indikation gällande karies- och/eller parodontal diagnostik. För diagnostik, frågeställningar och kontroller som inte rör karies eller parodontologi krävs att en tandläkare först har gjort en klinisk bedömning beträffande vilka röntgenbilder som behöver tas.

Nyttan med undersökningen skall vara större än den eventuella risk som är associerad med undersökningen. Den information som efterfrågas skall inte kunna fås på annat sätt än genom röntgenundersökning. Goda urvalskriterier för röntgenundersökning minimerar risken för onödiga exponeringar. Screeningundersökningar är förbjudna enligt lag och görs inte.

En god säkerhetskultur

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



Patientsäkerhetsforum

För att stärka patientsäkerhetskulturen, öka kunskapen och skapa engagemang och ägandeskap i patientsäkerhetsarbetet hålls årliga Patientsäkerhetsforum. Upplägget varierar mellan Vårdcentralen och Folktandvården utifrån respektive verksamhets behov, men det övergripande syftet är detsamma. Närsjukvårdens chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet ansvarar för att planera, genomföra och utvärdera forumen.

Patientsäkerhetsforum Vårdcentralen

Inom Vårdcentralen träffar chefläkare och verksamhetsutvecklare alla medarbetare och ledningsgrupper på samtliga vårdcentraler för gemensam utbildning och dialog om patientsäkerhet – både generellt och lokalt. Agendan revideras årligen utifrån verksamhetsplanen, verksamheternas behov och ny kunskap inom patientsäkerhetsområdet. Årets agenda har fokuserat på:

- Roller och ansvar för patientsäkerhet i vården
- Att, utöver avvikelser, identifiera faktorer som bidrar till säker vård (Safety II)¹ och skapa balans mellan detta perspektiv och det traditionella avvikelsefokus (Safety I).
- Genomgång av inträffade vårdskador
- Genomgång och reflektioner från riskrond

Inför forumet förbereder varje vårdcentral en riskrond i flerprofessionella grupper. De tar fram upplevda patientsäkerhetsrisker i verksamheten, riskvärderar och prioriterar dem. För de 2–3 mest allvarliga och frekventa riskerna tar grupperna fram riskplaner med åtgärder.

Patientsäkerhetsforumen gjordes om 2024 utifrån verksamheternas önskemål om ett forum som omfattar alla medarbetare, och det har sedan dess bidragit till ett ökat engagemang genom dialog och reflektion. Verksamheterna uppskattar särskilt den tydliga strukturen för riskrond och möjligheten att arbeta tillsammans med riskinventering och åtgärdsplanering. Sammanställning av riskrond presenteras i fokusområde Säker vård här och nu.

¹ Safety II är ett koncept som introducerats av Erik Hollnagel, en internationellt erkänd forskare inom patientsäkerhet och systemteori. Det är ett komplement till det traditionella Safety I-perspektivet. Safety I: Säkerhet definieras som frånvaro av negativa händelser (reaktivt fokus på avvikelser och risker). Safety II: Säkerhet definieras som förmågan att lyckas under varierande förhållanden (proaktivt fokus på det som fungerar bra). Källor:

Hollnagel, E. (2014). Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management. CRC Press.
LÖF (2013). Från Säkerhet-I till Säkerhet-II: en vitbok. Tillgänglig via LÖF.

Patientsäkerhetsforum Folktandvården

Inom Folktandvården träffar cheftandläkare och verksamhetsutvecklare alla ledningsgrupper i verksamheterna. Inför forumet får verksamheterna i uppgift att, med hjälp av en strukturerad mall, gå igenom patientsäkerhetsaspekter från verksamhetsplanen, genomförda egenkontroller och den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. De analyserar även risker och avvikelser på en verksamhetsövergripande nivå, vilka åtgärder som har genomförts och vilka risker som kvarstår. Genomgången ska utmynna i åtgärder utifrån identifierade behov. Sammanställning av identifierade risker och lärdomar presenteras i fokusområde Säker vård här och nu.

Metoden för Patientsäkerhetsforum förändrades 2024 för att ge ledningsgrupperna bättre stöd att ta ett större ägandeskap och få överblick över patientsäkerheten i verksamheterna.

Ledningsgrupperna tar nu stort ansvar för analyser och besitter mycket kunskap kring patientsäkerhetsarbete – kunskap som tidigare forum inte lyfte fram. Verksamheterna uppskattar det systematiska stödet för genomgång av patientsäkerhetsaspekter, vilket ger dem kontroll och överblick.

Som en del av Patientsäkerhetsforum i Folktandvården genomför cheftandläkare och verksamhetsutvecklare dialogmöten med alla medarbetare utifrån frågor i HSE (Hållbart säkerhetsengagemang). Frågorna mäter patientsäkerhetskulturen och belyser hur risker och avvikelser hanteras samt hur goda arbetssätt tas tillvara och utvecklas. Syftet är att stärka patientsäkerhetskulturen och förtydliga HSE-frågorna, som ibland upplevs som otydliga. Under föregående år genomfördes insatsen i en av Folktandvårdens verksamheter, vilket gav positiva resultat – HSE-index ökade från 70–72 till 79. Utifrån detta utökades arbetet under 2025 till hela Folktandvården, och en förbättring syns i år: från 77 till 79 för hela Folktandvården. För Vårdcentralen Halland har HSE-index minskat från 78 till 75 och för hela Närsjukvården från 78 till 76. Utifrån resultatet bör arbetssättet fortsätta inom Folktandvården och möjlighet till liknande arbetssätt ses över för vårdcentralerna.

Metod för systematiskt förbättringsarbete

Alla Folktandvårdens kliniker använder sedan flera år PDCA-metoden (Plan-Do-Check-Act), en cyklisk förbättringsmodell som stödjer planering, genomförande och utvärdering för kontinuerliga förbättringar. Minst en förbättringsledare per klinik driver och stöttar arbetet. Metoden bidrar till att fånga upp och åtgärda risker, avvikelser och andra förbättringsbehov, samt skapa struktur, delaktighet och ökat engagemang i patientsäkerhetsarbetet. Under året har Folktandvården genomfört workshops och utbildningar för att stärka metodanvändningen och kunskapen hos berörda medarbetare. Dessutom har en digital, obligatorisk utbildning i förbättringskunskap nyligen införts.

Vårdcentralerna har påbörjat implementeringen av PDCA under senare delen av hösten enligt plan. Även här har workshops och utbildningar genomförts som förberedelse inför införandet. För att ytterligare stärka kulturen och kunskapen kring metodik för systematiskt förbättringsarbete kommer utbildning i PDCA att ges till ledning och stab inom Närsjukvården i början av 2026.

Den förväntade effekten av insatserna är att förbättringsåtgärder i högre grad baseras på ökad kunskap om bakomliggande orsaker och att åtgärdernas effekt följs upp mer systematiskt.

Utöver PDCA använder några vårdcentraler verktyget Gröna Korset eller liknande för daglig och systematisk riskhantering. Gröna Korset är en metod som ökar medvetenheten om patientsäkerhet och förebygger vårdskador genom daglig visualisering av risker och avvikelser i verksamheten. Det är också vanligt att medarbetare inom Närsjukvården lyfter observerade risker och avvikelser direkt med sina chefer och kollegor när de uppstår.

Dialog kring risker, avvikelser och övrigt patientsäkerhetsarbete sker regelbundet på arbetsplatsträffar i verksamheterna. Vid de återkommande nätverksträffarna med MLA och OLA diskuteras patientsäkerhet och avvikelser för lärande och erfarenhetsåterföring.

Den årliga strukturerade journalgranskningen, enligt egenkontrollprogrammet, görs i syfte att identifiera eventuella brister i journalföringen samt att åtgärda och dra lärdom av resultaten. Granskningen genomförs i par eller grupp. För att stödja verksamheterna i att identifiera förbättringsbehov och planera åtgärder har rutinen för journalgranskning reviderats. Numera dokumenteras resultat och åtgärder i Stratsys.

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.



För att säkerställa rätt kompetens och attrahera medarbetare med rätt kvalifikationer har Närsjukvården tagit fram en kompetensförsörjningsplan. Planen innehåller aktiviteter för att behålla befintliga medarbetare samt genomföra utbildningsinsatser som höjer kompetensen.

Schema och bemanning planeras utifrån verksamhetens behov, där medarbetarnas kompetens och erfarenhet är en viktig del av fördelningen. Nya medarbetare arbetar tillsammans med erfarna och specialiserade kollegor för kunskapsöverföring och för att säkerställa ett tryggt omhändertagande av patienten.

Alla nya medarbetare genomgår en introduktion som inkluderar patientsäkerhetsaspekter, exempelvis var rutiner och riktlinjer finns samt hur avvikelserapportering görs. Vårdcentralerna använder en checklista vid introduktion för att säkerställa att alla relevanta moment går igenom. Folktandvården har under de senaste åren kvalitetssäkrat introduktionen. Det finns utsedda handledare på klinikerna, ett nätverk för handledarna och en handledarhandbok som är ett konkret stöd för såväl handledare som de nya medarbetarna.

Under året har arbete inletts för att ta fram en gemensam introduktion även inom Vårdcentralen Halland.

Utbildningsbehov inventeras årligen vid medarbetarsamtal. Kompetensutveckling, såsom HLR, sker enligt rutin årligen, scenarioträning vid akuta situationer sker i några verksamheter, medan andra utbildningar genomförs utifrån behov.

Sedan 2022 pågår ett kvalitetsarbete inom Folktandvården med fokus på intraoral röntgenbildtagning. Arbetet initierades efter att brister identifierats som hade medfört vårdskador. Som åtgärd har kliniskt aktiv personal genomgått vidareutbildning i röntgenteknik,

inklusive praktiska moment med fantomdocka och fördjupning i röntgenprogram.

Utbildningsinsatsen har varit uppskattad av medarbetarna och har resulterat i en tydlig förbättring av bildkvaliteten.

Under perioden 2023–2024 har antalet avvikelser kopplade till röntgenbildtagning minskat avsevärt, och inga allvarliga vårdskador relaterade till bristande bildkvalitet har rapporterats. Den positiva utvecklingen bedöms vara en direkt följd av de åtgärder som vidtogs efter 2022 års avvikelser. Utbildningen har fortsatt under 2025 i mindre skala som en del av löpande kompetensutveckling för att säkerställa bibehållen kvalitet över tid.

Fortbildningssatsningen som startade 2024 för läkare har fortsatt och under året har de fått ta del av föreläsningar om våld i nära relation (VINR), könsstämpning och reumatologi. Efter ett uppehåll i samband med införandet av Cosmic återupptogs fortbildningen under hösten med teman som varicer (åderbräck), långvarig smärta, kognitiv sjukdom (demens) samt osteoporos (benskörhet).

Kunskaps- och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar samt interna och externa professionsnätverk. Folktandvården erbjuder dessutom ett växande utbud av digitala utbildningar som är tillgängliga för alla anställda.

MLA-grupperna och OLA-grupperna träffas var för sig månadsvis. Vid dessa möten diskuteras bland annat nya rutiner, kliniska och odontologiska svårigheter samt hur MLA/OLA bäst kan stödja medarbetare och ledning.

Kollegiala träffar är aktiva i de flesta geografiska områden och uppmuntras av Närsjukvårdens ledningsgrupp. Syftet är att uppdatera aktuella ärenden inom området och erbjuda fortbildning genom inbjudna föreläsare.

Kompetenshöjning inom patientsäkerhet ges årligen till alla medarbetare och ledningsgrupper i samband med Patientsäkerhetsforum. Återkommande teman är risker, avvikelser, ansvar för att förhindra vårdskador samt patientsäkerhetskultur. Alla som hanterar avvikelser har fått utbildning i metod för avvikelshantering och administrativ åtgärd i systemet. Verksamhetsutvecklare, chefläkare och cheftandläkare finns kontinuerligt tillgängliga som metodstöd och medicinsk/odontologisk rådgivning vid behov. Förvaltningsledningen får kvartalsvisa redovisningar av aktuella frågor inom patientsäkerhetsområdet baserat på både områdesnivå och förvaltningsövergripande nivå. Redovisningar görs dessutom separat med chefer på områdesnivå vid behov.

Kompetens för att analysera, åtgärda och följa upp risker och avvikelser finns i verksamheten, särskilt inom Folktandvården som sedan flera år arbetar med förbättringar enligt PDCA-modellen. Implementeringen av PDCA inom Vårdcentralerna, inklusive utbildning av Närsjukvårdens ledning och stab, förväntas bidra till ökad kvalitet i förbättringsarbetet.

Under året har utbildningar även till stor del varit relaterade till införandet av Cosmic.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och



genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående sker vid utredningar, hantering av klagomål och synpunkter samt analys av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Patienter och närstående informeras via 1177 och informationsplanscher i verksamheterna om möjligheten att lämna synpunkter eller klagomål till vården antingen direkt till vårdverksamheten eller till Patientnämnden Halland. Synpunkter och klagomål från patient och närstående rapporteras och bearbetas som avvikelser och används som underlag vid förbättringsarbete. Patienten informeras om de olika alternativen till behandling och får aktivt delta i den fortsatta planeringen och åtgärderna. Kostnadsförslag ges inom tandvården. Tillgång till journalanteckning via nätet, 1177.se ökar möjligheten till delaktighet.

Synpunkter inhämtas också via Nationella patientenkäten vartannat år. Nya resultat kommer i början av 2026 och utgör källa till fortsatt systematiskt förbättringsarbete.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Strukturerad journalgranskning

Folktandvården har genomfört fler journalgranskningar än uppsatt mål, 198% i förhållande till målvärdet. Identifierade förbättringsbehov är främst kvalitet på röntgenbilder, att kostnadsförslag ges till patienterna och följsamhet till rutin kring riskbedömningar och revisionsintervall. Med riskbedömningar avses den systematiska bedömningen av hur stor risk en patient har att utveckla tandproblem, och revisionsintervall innebär hur ofta patienten behöver komma på återkommande undersökningar utifrån denna risk.

Pågående och planerade åtgärder är fortsatt fortbildning i röntgentagning och genomgång av rutiner.

Vårdcentralen har genomfört 47 % av årets journalgranskningar enligt målvärdet. Identifierade förbättringsbehov är bland annat att dokumentera bedömningar under rätt sökord och inte enbart i fritext. Den stora mängden sökord gör att många anteckningar i stället hamnar under sökordet ”aktuellt”. Det finns även behov av förbättrad journalföring av fysisk aktivitet och kostvanor, liksom tydligare dokumentation av planering, uppföljning och vilken information som har förmedlats till patienterna.

Att fler granskningar inte har genomförts uppges bero på att införandet av Cosmic har prioriterats under årets första månader samt tidsbrist. Stöd till verksamheterna behöver fortsatt ses över för att öka följsamheten till journalgranskning och för att denna ska bidra till ökat lärande.

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.



Har vården varit säker

Vid händelser som har, eller hade kunnat, medföra allvarlig vårdskada genomförs en händelseanalys enligt rutin och rapporteras enligt lex Maria till IVO. I dessa fall sker även kommunikation med patienten och eventuellt anhöriga. Utifrån analysen upprättas en handlingsplan med förbättrande åtgärder. Allvarliga händelser och vidtagna åtgärder delas och diskuteras på chefsmöten, MLA-/OLA-möten och Patientsäkerhetsforum för att sprida kunskap och förebygga liknande händelser.

Lex Maria inom Vårdcentralen 2025

Nio lex Maria har anmälts från Vårdcentralen till IVO under året. Gemensamt för alla ärenden är att de handlar om patientsäkerhetsrisker kopplade till kommunikation, ansvarsfördelning och kontrollrutiner. Det handlar främst om:

- Felaktig läkemedelshantering
 - Överförskrivning av beroendeframkallande läkemedel.
 - NSAID i kombination med Trombyl som ledde till gastrointestinal blödning.
 - Oklart ansvar för uppföljning av NOAK-behandling.
 - Kortison utsatt av misstag hos patient med hypofysadenom.
- Bristande medicinska rutiner och undersökningar
 - Sepsis efter kortisoninjektion.
 - Permanent synnedsättning på grund av bristfällig undersökning.

Lärdomar av IVO-ärendena är att det är viktigt med fortbildning, kontinuitet hos medarbetare som är insatta i rutiner och lokala arbetssätt, tydliga rutiner och att tänka ”3 diagnoser”. Principen om ”3 diagnoser” innebär att läkaren alltid beaktar minst tre möjliga diagnoser bakom patientens symtom för att undvika att låsa sig vid en enda och därmed minska risken för att missa andra viktiga tillstånd.

Chefläkarnätverket i regionen har regelbundet setts och diskuterat övergripande avvikelser och IVO-ärenden, samt sett över det regionala patientsäkerhetsarbetet.

Lex Maria inom Folktandvården 2025

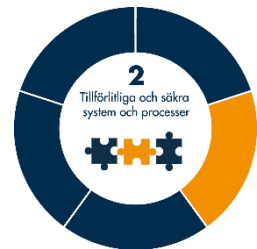
Tre lex Maria har anmälts från Folktandvården till IVO under året. Två av anmälningar handlar primärt om tidsbokningar och sekundärt om tandreglering. Den tredje anmälan handlar om en miss i sterilhanteringen. Förbättringar som gjorts är:

- Ökad säkerhet i sterilhanteringen samt ett förstärkt fokus på hygienrutiner

- Ett pågående arbete för att motverka missade tidsbokningar genom att säkerställa att alla patienter bokas korrekt och i rätt tid.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Närsjukvården arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra arbetssätt och processer som bidrar till en hög patientsäkerhet. Ett välfungerande ledningssystem är grunden för detta arbete.

Dokumenterade riktlinjer och rutiner finns tillgängliga i Region Hallands ledningssystem på intranätet och revideras minst vartannat år. Utöver dessa finns lokala rutiner i Teams samt nationella vårdförloppsriktlinjer publicerade på 1177.se och vårdgivarwebben.

Rutiner och riktlinjer görs kända vid introduktion av nyanställda. Trots detta har avvikelser tidigare år visat att nya medarbetare utgör en risk då de inte är helt införstådda i rutiner och riktlinjer, vilket indikerar behov av ytterligare stöd och tydlighet från verksamheterna.

Introduktionsutbildningen har därför stärkts i Folk tandvården och planeras att stärkas i Vårdcentralen 2026. Att rutiner och riktlinjer finns i flera källor är också en riskfaktor och därför har Patientsäkerhetsforum på vårdcentralerna haft en informationspunkt om var dessa finns.

Fortsatt arbete behövs för att säkerställa följsamhet till rutiner och riktlinjer för både nyanställda och befintliga medarbetare.

Teamarbete och kunskapsutbyte är en styrka i verksamheten. Medarbetare uppger att de aktivt frågar varandra och hjälps åt i det dagliga arbetet, vilket bidrar till att hantera variation och stärka säkerheten. I samband med Patientsäkerhetsforum har medarbetare uttryckt att de upplever Safety-II som mer positivt eftersom det betonar lärande och förståelse för vad som gör vården säker och fungerande, snarare än att enbart leta fel och avvikelser. En balans mellan synsätten behövs, men Safety-II bidrar till en mer konstruktiv och utvecklande dialog.

För att säkerställa tillförlitliga processer och minimera oönskad variation avsätts tid för både vård och administrativa uppgifter genom produktionsplanering. Planeringen tas fram individuellt i samband med medarbetarsamtal och anpassas utifrån medarbetarens kapacitet samt den generella förväntan i relation till uppdraget.

Egenkontroller är ett sätt att mäta hur väl vården följer styrande dokument. Närsjukvården har utöver tidigare nämnda egenkontroller – Journalgranskning, Vårdhygien och Läkemedelshantering också checklistor för dagliga, veckovisa och månatliga egenkontroller. Sättet att följa upp journalgranskning ändrades inför 2025 genom att i Stratsys tydligare efterfråga identifierade förbättringsbehov och planerade åtgärder från verksamheterna. Årets journalgranskning redovisades på sidan 12.

Vårdhygien och läkemedelshantering mäts regionalt och återföljts av en rapport med rekommenderade åtgärder till verksamheterna. Rapporterna utgör underlag till förbättringsarbete.

En viktig faktor för att minimera risken för allvarliga vårdskador till följd av försenad diagnos är att följa riktlinjerna för remisser vid misstanke om cancer, så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF). Andelen korrekt märkta SVF-remisser från Närsjukvården till slutenvården ligger på målvärdet 88 %, vilket visar god följsamhet till dessa riktlinjer.

I Vårdcentralen används en rutin för prioriteringsordning som ett stöd att bevara den dagliga driften med bevarad patientsäkerhet när störningar inträffar.

Antibiotikaförskrivningen vid Vårdcentralen Halland, inklusive privata aktörer, har minskat från 287 till 262 recept per 1 000 invånare och år, med ett målvärde på 250. Varje vårdenhets får årligen besök av informationsläkare från Läkemedelskommittén för uppföljning av läkemedelsförskrivning, där även antibiotika diskuteras på både enhets- och individnivå. Regionens terapirekommendationer följer STRAMAs riktlinjer. STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) är ett nationellt nätverk som arbetar för att främja klok antibiotikaanvändning och motverka resistensutveckling.

Målet på maximalt två fler recept per 1000 patienter än den bästa regionen, nås inte. Det skall dock noteras att detta mål endast nås av två regioner i Sverige. Folktandvården Halland ligger över riksgenomsnittet i arbetet med att begränsa antibiotikaförskrivning, men en marginell ökning har noterats sedan 2024. För att säkerställa korrekt förskrivning har ett strukturerat förbättringsarbete genomförts. Som en del av detta ska samtliga tandläkare årligen genomgå en digital utbildning via Antibiotikasmart.

Två vårdflöden har implementerats inom Folktandvården, “Karies Röd” och “Parodflödet”. Dessa består av en samling rutiner och processkartor för att guida tandläkare för att kunna ge rätt vård och framför allt den bästa vården där den behövs som mest. Implementering har skett via nätverket för OLA. Implementeringen bidrar till att flytta resurser från symtombehandling till orsaksbehandling.

Införandet av Medrave i primärvården under hösten har skapat bättre förutsättningar för ökad kvalitet och patientsäkerhet. Genom att verksamheterna enkelt kan följa upp patienternas vård och behandling, ända ner på individnivå, stärks möjligheten till tidiga insatser och mer jämlik vård. Verktyget presenterar och visualiserar ett stort antal kvalitetsindikatorer och gör det möjligt att jämföra resultat mot nationella riktlinjer samt identifiera riskgrupper, exempelvis patienter med diabetes eller hög antibiotikaanvändning. Än så länge har inte alla funktioner validerats, men det väntas vara klart under 2026.

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.



Är vården säker idag

Alla ledningsgrupper och medarbetare inom Vårdcentralen Halland har fått utbildning och involverats i reflektioner inom patientsäkerhet med fokus på det förebyggande riskarbetet, men också på avvikelshantering. Allmänt kända risker inom primärvård har diskuterats, liksom de lokala risker som varje verksamhet identifierat. På förfrågan om vad som fungerar bra i verksamheterna utifrån patientsäkerhetssynpunkt, svarar medarbetarna i regel alltid att kommunikationen i det dagliga arbetet fungerar bra – det är en tillåtande kultur med korta kommunikationsvägar.

Riskhantering

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

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

Som tidigare beskrivits fångas risker systematiskt upp via Patientsäkerhetsforum där riskrund genomförs i vårdcentralerna och en riskgenomgång görs i Folktandvården – två olika sätt som anpassats till verksamhetsområdenas behov men som syftar till att åtgärda risker och arbeta proaktivt. Förbättringar som gjorts i och med förra årets riskrund är bland annat stärkta rutiner kring vem som ansvarar för uppföljning av prov - och remissvar när beställande medarbetare är frånvarande och ökat fokus på att alla vårdkontakter ska journalföras enligt rutin.

Vårdcentralen – sammanställning av riskrunder 2025

Införandet av Cosmic har medfört vissa risker som påverkar patientsäkerhet och arbetsflöden. Utmaningarna gäller främst remiss- och kommunikationsflöden, svårigheter med överblick och användarvänlighet, risker i dokumentation samt läkemedelshantering.

Andra risker handlar om

- **Tillgänglighet och undanträngning**

Tillgängligheten till vården påverkas av både Cosmic och ett högt vårdtryck. Patienter som kontaktar vården via flera kanaler samtidigt riskerar att bli bedömda av fler än en medarbetare och tränga undan patienter med större vårdbehov.

- **Kommunikation och samordning**

Otydligt ansvar mellan vårdgivare kan ibland göra att patienter hamnar mellan stolarna. Informella konsultationer, till exempel i korridoren, kan leda till felbedömningar. Sjukfrånvaro, semester eller att medarbetare slutar kan innebära risk om rutin inte är tydlig vem som ansvarar för att kontrollera inkommande remisser och provsvar.

- **Arbetsbelastning och stress**

Upplevd tidsbrist och stress är kopplad till hög arbetsbelastning. Cosmic har påverkat mycket, framför allt under första delen av året.

Alla vårdcentraler har tagit fram åtgärdsplaner och uppföljningar planeras under 2026.

Folktandvården – de vanligaste och största riskerna 2025

- Folktandvården har en utmaning med en personalomsättning på cirka 18 %, där det ofta är erfarna medarbetare som lämnar. Bristen på tandsköterskor är särskilt kritisk, vilket har föranlett en riktad satsning på att höja deras löner för att stärka rekryteringen och behålla befintlig personal. Om inte kompetensförsörjningen säkras riskerar vårdkvalitet, produktion och patientsäkerhet att påverkas negativt
- Genom dialog och samarbete med Medlearn har tandsköterskeutbildningen åter gjorts tillgänglig i Halland. Detta är ett viktigt steg för att möta regionens behov av kompetensförsörjning inom tandvården. Ett samarbetsavtal har ingåtts med Karlstads universitet som möjliggör verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för tandhygieniststudenter.
- En identifierad risk i verksamheten är att tidsbokningar missas, vilket kan leda till att patienter inte kallas enligt plan. För att motverka detta pågår ett arbete med att säkerställa att samtliga patienter bokas in korrekt och i rätt tid
- Det nya journalsystemet Cosmic. Alla remisser från VAS fördes inte över till Cosmic Journaler markerade med sekretess är otydligt.
- Stressrelaterade missar, till exempel att sätta upp patienter på bevakning

Risker identifieras också löpande i andra sammanhang som tidigare nämnts, exempelvis via egenkontroller, Patientnämndsärenden, Gröna Korset, förbättringslappar och daglig kommunikation i verksamheterna som bygger på en tillåtande kultur där risker lyfts. Utöver de risker som beskrivits ovan finns andra kända risker, exempelvis att rutiner och riktlinjer är svåra att hitta. Dels på grund av sökfunktionen i ledningssystemet, dels på grund av att det finns flera olika källor där styrande dokument finns. Denna oklarhet leder till att medarbetare ibland söker efter kliniska riktlinjer inom andra regioner där de är lättare att hitta.

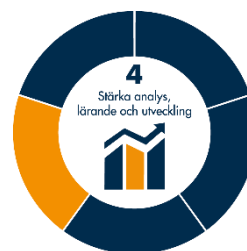
Analys av ärenden från Patientnämnden visar att en risk är att patienter ibland inte upplever sig fullt lyssnade på eller inte känner sig insatta i vårdens bedömning och sin behandling – trots att vårdens intention är god och baserad på evidens och beprövad erfarenhet.

Ofta handlar det om missförstånd, där det finns ett glapp mellan den information som vårdens medarbetare ger och vad patienten uppfattar. Denna risk har uppmärksammats alltmer inom Närsjukvården under året, särskilt i patientsäkerhetsforum.

Lärdomarna är att tydliggöra kommunikationen genom skriftlig information vid behov, hänvisa till patientjournalen i 1177.se och dokumentera enligt rutin.

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.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Tillgänglig information som stödjer förbättring av system och arbetssätt finns exempelvis i Stratsys verksamhetsuppföljning, riskronder, Patientnämndsärenden och i avvikelssystemet Platina.

Avvikelser

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

Synsättet på rapportering och hantering av avvikelser har under de senaste decennierna gradvis skiftat från individfokus till verksamhetsfokus – en långsam men tydlig förändring som även märks inom Närsjukvården. Reflektioner från medarbetare och ledningsgrupper i samband med Patientsäkerhetsforum bekräftar denna utveckling, där individen alltmer ses som en resurs i arbetet med utredning och åtgärder, snarare än som en felkälla. Ett arbetssätt som bidrar till denna utveckling är att samtal om risker, avvikelser och verksamhetsfokus i avvikelshantering förs systematiskt på arbetsplatsträffar, nätverksmöten för MLA respektive OLA samt vid Patientsäkerhetsforum.

Att ha ett verksamhetsfokus i risk- och avvikelshantering är en grundförutsättning för att skapa en trygg arbetsmiljö där medarbetare känner sig motiverade att rapportera risker och avvikelser. Detta stärker patientsäkerhetskulturen genom att främja lärande och kontinuerliga förbättringar istället för skuld och bestraffning.

Resultat från HSE-mätningen visar att en övervägande andel medarbetare känner sig trygga med att påtala när något är på väg att gå fel och att de vågar prata om sina misstag. Andelen är i nivå med Region Halland som helhet (index: 85–86 i Närsjukvården, 85–86 i Region Halland). Samtidigt indikerar resultatet att det finns utrymme för fortsatt arbete med att skapa trygghet och en tillåtande kultur.

Rapportering av avvikelser sker via Region Hallands intranät. Ärenden kan även inkomma från patientnämnden, IVO eller LÖF. Verksamhetschefer ansvarar för att utredningar genomförs och att nödvändiga åtgärder vidtas, med stöd främst från MLA eller OLA samt vid behov andra berörda medarbetare. Chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare ger stöd utifrån behov.

Antal rapporterade avvikelser i Närsjukvården under år 2025 är 1621. En minskning från föregående år då 1795 avvikelser rapporterades. Då Vårdcentralen har en rapporteringsgrad på cirka 900 avvikelser båda åren, är det främst inom Folktandvården som minskningen skett med cirka 200 avvikelser. Förhållandet mellan minskningarna är i stort sett likande över alla allvarlighetsgrader. Tabellen anger antal rapporterade avvikelsekategorier inom Närsjukvården Halland 2025. Antal kategorier överstiger antalet rapporterade avvikelser då det är möjligt att välja flera kategorier för varje avvikelse, i avvikelssystemet.

Kategori	2025-01-01 - 2025-12-31
Administration	402
Arbetsmiljö	92
Brand	3
Ej kategoriserade	251
Fastighet/Drift	17
Fordon	1
Informationssäkerhet	21
IT, tele och kommunikationsteknik	85
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	52
Miljö	1
Övrigt	27
Patient	745
Pedagogisk incident	3
Säkerhet	18
Strålskydd	10
Transport	4
Vara/Tjänst	24
Total	1756

Kategorin Patient

Kategorin Patient är den största kategorin för rapporterade avvikelser, vilket är förväntat och i linje med verksamhetens huvudprocesser.

Inom underkategorierna till Patient ser rapporteringen ut enligt följande:

Kategori: Patient	2025-01-01 - 2025-12-31
Administrativ hantering	77
Dokumentation och sekretess	49
Kommunikation	26
Övrigt	18
Patient	76
Tillgänglighet	7
Vård och behandling	446
Vårdansvar och organisation	46
Total	745

Att "Patient" anges i listan innebär att ingen underkategori har valts. Det betyder att 76 avvikelser har registrerats som rör patient, men utan specificerad underkategori.

Flest avvikelser rapporteras inom underkategorin Vård och behandling. Detta är också förväntat och stämmer överens med tidigare års rapportering, eftersom området utgör en central del av huvudprocessen. Inom denna underkategori är Behandling och Undersökning/bedömning mest frekvent angivet. Inga ytterligare underkategorier finns.

Kategori: Patient - Vård och behandling	2025-01-01 - 2025-12-31
Behandling	123
Diagnos	38
Läkemedel	57
Ny medicinsk bedömning	5
Omvårdnad	24
Undersökning/bedömning	169
Vård och behandling	47
Total	463

Orsaker till avvikelser

En begränsning i Platina är att orsaker som anges inte är kopplade till avvikelsekategorierna i rapporten och det är därför okänt vad som på ett övergripande plan orsakar avvikelser inom exempelvis underkategorin Behandling och omvårdnad.

Den enskilt största orsaken till avvikelser som anges är relaterad till procedurer, rutiner och riktlinjer. Till en tredjedel av avvikelserna har orsak ännu inte angetts. En förklaring är att data till denna rapport tas ut då avvikelser fortfarande kan vara pågående enligt rutin, dvs tre månader efter att de rapporterats.

Orsak	2025-01-01 - 2025-12-31
Barriärer och skydd	16
Bus och förstörelse	1
Fall	14
Kommunikation och information	232
Omgivning och organisation	135
Orsak ej vald	718
Pedagogisk incident	1
Procedurer, rutiner och riktlinjer	664
Teknik, utrustning och apparatur	175
Utbildning och kompetens	84
Verksamhetsspecifika	14
Övrigt	125
Total	2179

Till störst del anges avsaknad av eller avsteg från rutin/riktlinje som underorsak till procedurer, rutiner och riktlinjer.

Orsak: Procedurer, rutiner och riktlinjer	2025-01-01 - 2025-12-31
Avsaknad av eller avsteg från rutiner/riktlinjer	418
Medarbetare inte informerade om enhetens rutiner och riktlinjer	21
Oklara ansvarsförhållanden	36
Procedurer, rutiner och riktlinjer	158
Rutin inte i enlighet med organisationens egna riktlinjer	9
Rutin inte relevant till nationella lagar, författningar och föreskrifter	1
System för granskning eller kvalitetskontroll saknades	4
Tidigare påvisade problem inte effektivt åtgärdade	7
Vård av patient kunde inte utföras inom ramen för enhetens uppdrag	10
Total	664

Detta ligger i linje med alla tidigare års mätningar och därför förväntat även i år. Forskning visar att ange avsteg från procedurer, rutiner och riktlinjer som orsak till avvikelser är det mest vanligt förekommande.

Åtgärder till avvikelser

Vanliga åtgärden enligt datan i Platina är att se över rutiner och att utbilda, vilket kan innebära information om avvikelser och genomgång av rutiner. Forskning visar att detta är en vanligt förekommande åtgärd inom sjukvården, men har samtidigt begränsad effekt på framtida risk för vårdskada. Åtgärder som har störst effekt är sådana som är tekniska eller fysiska, som hindrar människan från att göra fel enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Lärdomar utifrån datan i Platina

En viktig lärdom som tidigare identifierats är behovet av att förbättra dokumentationen i alla steg av avvikelshantering för att öka möjligheten att identifiera systemfel. Ett hinder som har varit känt i flera år är att avvikelssystemet Platina inte upplevs som intuitivt och därför generellt anses svårt att hantera. Genom utbildningsinsatser har dokumentationen förbättrats de senaste åren, framför allt genom att den kvantitativa datan nu registreras, medan den kvalitativa datan fortfarande är begränsad. Med kvantitativ data avses här att i en rullista i avvikelssystemet ange de mest lämpliga kategorierna, orsakerna och åtgärderna av de som är möjliga att välja. Det är denna kvantitativa data som ligger till grund för rapporterna som presenteras här. Sammanställningen av kvantitativ data följer i stort sett samma mönster från år till år, vilket är naturligt eftersom den speglar vårdens processer. Däremot tillför den begränsat med ny kunskap, annat än att kontrollera antalet avvikelser inom kategorierna och reagera på förändringar i mönstret.

Med kvalitativ data menas beskrivande information som kan komplettera den kvantitativa datan i Platina, men denna kan i dagsläget endast analyseras manuellt.

En fortsatt betydande utmaning är att förstå vad avvikelserna handlar om och vilka orsaker som ligger bakom dem på en övergripande nivå, med tillräckligt specifika detaljer för att ge kunskap som kan användas i förbättringsarbete på systemnivå. En möjlig väg framåt är att utveckla dokumentationen med mer kvalitativ data och att använda AI för att analysera denna information. Genom att identifiera mönster som inte framgår av den kvantitativa datan skulle AI kunna bidra till ett mer effektivt förbättringsarbete. Frågan har lyfts från Närsjukvården till Region Halland för att undersöka vilka möjligheter som finns med AI-stöd i analysarbetet, men inget konkret arbete är påbörjat ännu.

Risker och avvikelser på systemnivå identifieras i regel via sammanställning av egenkontroller och patientsäkerhetsforum.

Vårdcentralen – exempel på avvikelser och åtgärder

Remisser och provsvar som missas i övergångar mellan medarbetare. Fortsatt fokus på denna risk behövs. Lokala rutiner har gjorts på vårdcentraler kring remissshantering och inkomna prov- och röntgensvar för att förhindra att dessa missas.

Patienternas vårdövergångar har lett till många avvikelser där läkemedel och informationsöverföring från slutenvården till primärvården inte fungerat korrekt. Ny rutin i samverkan mellan bland annat Närsjukvården och Hallands sjukhus är framtagen för att säkerställa trygg övergång för patienten.

Administrativa avvikelser förekommer också, exempelvis relaterade till tidsbokning.

Folktandvården – exempel på avvikelser och åtgärder

Missad diagnos, till exempel karies och parodontit. Detta har lett till utbildning i karieskalibrering.

Administrativa fel, exempelvis att patienten inte blir korrekt inbokad för behandling och/eller uppföljning. Det kan också röra bevakning och sekretesshantering. Rutinen har reviderats för att tydliggöra ansvar för bevakning och förbättrad sekretesshantering.

Felaktig behandling, till exempel extraktion av fel tand har lett till att dubbelkontroll görs vid extraktion.

Under året har utbildning kring ansvar och hantering av avvikelser genomförts via Patientsäkerhetsforum tillsammans med vårdcentralerna. Som en del av introduktionen för nya medarbetare har avvikelshantering även ingått i utbildningar för nya verksamhetschefer, MLA/OLA och andra berörda medarbetare.

Implementeringen av PDCA på vårdcentralerna under senare delen av året, tillsammans med förnyat arbete inom Folktandvården, förväntas stärka utredning, åtgärder och uppföljning av avvikelser. PDCA möjliggör ökad transparens och medarbetarnas delaktighet i avvikelshanteringens olika steg. Metoden stödjer även systematisk utvärdering av åtgärdernas effekt.

Det ständiga arbetet med att hålla kunskap kring risker och avvikelser levande förväntas leda till fortsatt lärande och ökad patientsäkerhet.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna ärenden till Patientnämnden sammanställs och skickas månatligen till verksamheterna och till ledning och stab som arbetar med patientsäkerhet. Ärenden som kommer till verksamheten via Patientnämnden och IVO ska rapporteras som avvikelser och bearbetas enligt rutin för avvikelshantering. De ingår därmed i den samlade statistiken och analysen av avvikelser. Ett identifierat behov är att ytterligare stärka följsamhet till rutinen att rapportera patientklagomål som avvikelser.

Klagomål relaterat till Vård och Behandling och Kommunikation är mest förekommande. I flertalet fall har det visat sig att patientklagomål beror på att patienter inte är välinformerade vilket leder till missförstånd. Detta har tagits upp på årets Patientsäkerhetsforum inom Vårdcentralen med syfte att motivera att ge skriftlig information vid behov i samband med vårdbesök.

Förbättrande åtgärder har gjorts genom att undvika återhänvisning av patienter inom Vårdcentralen. Arbetet har inte kunnat följas genom indikatormätning på ett lämpligt sätt då aktiviteten har varit svår att mäta. Istället är detta ett pågående arbete att ständigt uppmärksamma och prata om det i dialog med chefer och medarbetare.

Antal inkomna klagomål och synpunkter till Patientnämnden för Närsjukvården 2025

Kategori	Antal år 2025
Vård och behandling	130
Resultat	13
Kommunikation	87
Dokumentation och sekretess	16
Ekonomi	25
Tillgänglighet	40
Vårdansvar och organisation	38
Administrativ hantering	14
Övrigt	0
Totalt	363

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden?

Den ökade kollektiva kunskapen om risker i Närsjukvården, som riskronder och Patientsäkerhetsforum bidrar till möjliggör proaktivt arbete i större grad än tidigare. Genom insatser för att genomföra systematiskt förbättringsarbete ökar också möjligheterna att åtgärder är mer effektiva och följs upp för att öka patientsäkerheten.

Genom bland annat patientnämndsärenden har förståelsen ökat för vikten av bemötande, ansvarsförhållande och attityder – därav även fokus på kultur i patientsäkerhetsforum och övrigt stöd till verksamheterna.

Arbete med att ta fram reservrutiner pågår i verksamheterna för att i händelse av störningar eller avbrott kunna erbjuda patientsäker vård/tandvård genom att hantera de kritiska resurserna; el, vatten, ventilation, personal, lokal, material, utrustning och läkemedel. I reservrutinen kommer en övnings- och utbildningsplan ingå då dessa moment är av stor vikt för att ha en god beredskap och snabbt kunna ställa om till ändrade omständigheter.

Genom att genomföra robustethöjande åtgärder i de fastigheter där den prioriterade vården/tandvården bedrivs ökar motståndskraften och förmågan att bedriva patientsäker vård/tandvård även under andra förhållanden än normalt.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

I Närsjukvården Hallands strategiarbete har tre mål identifierats som särskilt viktiga för 2026:

- Patientsäker vård med hög kvalitet
- Utveckla vårdinformationsstöd i linje med vårdprocesser och anpassade arbetssätt
- Stärka informationsdrivna arbetssätt

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Ett prioriterat arbete är att fortsätta höja kunskapen om inträffade vårdskador, stärka rapporteringsbenägenheten för risker och avvikelser och att avvikelshantering ska leda till förbättringar. Den ökade kunskapen om systematiskt förbättringsarbete inom Närsjukvården och införandet av PDCA-metoden i alla verksamheter förväntas skapa bättre förutsättningar för förbättringar och lärande. Patientsäkerhetsforum under 2026 kommer fortsatt att vara ett viktigt komplement för att höja kunskapen och stärka patientsäkerhetskulturen.

Risker och avvikelser som identifieras genom riskronder och patientsäkerhetsforum kommer i större utsträckning att följas upp via dokumentation i Stratsys och genom förbättringsarbete enligt PDCA. Syftet är att samla dokumentationen för att förbättra möjligheten till stöd till verksamheterna.

Spridning av lärande kring avvikelser och förbättringsarbeten sker fortsatt lokalt, via Patientsäkerhetsforum, MLA- och OLA-nätverk samt genom utskick som 'månadens avvikelse'.

Tillförlitliga och säkra system och processer

En utmaning är att genomföra samtliga egenkontroller på ett sätt som bidrar till lärande och förbättringar. Stödet till verksamheterna att genomföra egenkontroller enligt årshjulet i Stratsys behöver därför fortsatt stärkas.

Implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp sker via den regionala kunskapsstyrningen. Det nationella målet är att ge en evidensbaserad, säker och jämlik vård i hela landet.

Arbete med att minska antibiotikaförskrivning inom Närsjukvården är viktigt och fortsätter följas årligen. En webutbildning från STRAMA genomförs av alla nya tandläkare och fortlöpande vartannat år för övriga inom folktandvården.

En arbetsmiljöplan för god arbetsmiljö där medarbetare stannar och trivs är framtagen och är viktig i arbetet för att bevara och öka patientsäkerheten.

Införande av robotiseringsfunktioner i ALMA, med integrerade kommunikationsverktyg, förväntas stärka samverkan med patienter och andra verksamheter. Flera uppgraderingar av Cosmic är planerade, och införandet av automatisk journalskrivning (*ambient scribe*) innebär minskad administration och därmed mer tid för kliniskt arbete.

Säker vård här och nu

Den samlade kunskapen om patientsäkerhetsrisker i Närsjukvården har ökat sedan 2024 i och med riskronder och Patientsäkerhetsforum som involverat alla medarbetare i Närsjukvården. Ett mål är att fortsätta utveckla arbetet med riskhantering och att tydliggöra arbetet med åtgärder. Kunskapen möjliggör ökad medvetenhet och riskberedskap i det dagliga arbetet vilket är en

förutsättning för att arbeta proaktivt. Att genomföra riskronder ingår från 2025 i Vårdcentralens verksamhetsplan och syftet är att fortsatt ha ett fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Fokus är fortsatt också på att säkerställa rätt kompetens utifrån patientbehov och uppdrag, bland annat genom Kompetensförsörjningsplanen och genom den mer strukturerade introduktionen för nyanställda inom Folktandvården, och snart även inom Vårdcentralen.

En prioritering framåt är att stärka MLA- och OLA-rollerna i patientsäkerhetsarbetet genom att öka kunskapen om patientsäkerhetens olika delar och säkerställa att deras arbete når ut till alla medarbetare.

Ökad patientdelaktighet i vården är både en utmaning och en prioritering. Delaktighet kan ske genom exempelvis att ge information som patienten förstår och kan ta till sig, vilket skapar bättre förutsättningar för att upptäcka och förebygga fel. Genom verksamhetsplanens mål – att tillsammans med patienten stärka delaktighet och kontinuitet utifrån behov – säkrar Närsjukvården att patienten blir en aktiv resurs i patientsäkerhetsarbetet för en god och säker vård.

Stärka analys, lärande och utveckling

Arbetet som pågått under 2025 för att stärka kunskapen och arbetsmetoden i PDCA i Folktandvården och att utbilda och implementera PDCA i Vårdcentralen förväntas bidra till ett ökat systematiskt förbättringsarbete. En utmaning blir att hålla arbetet levande och därför planeras uppföljningar under 2026.

Arbetet fortsätter med att undersöka hur Safety-II kan bidra till ökad patientsäkerhet då det kan vara en metod som möjliggör ökat lärande. En utmaning är hur modellen kan omsättas i praktiken inom verksamheterna då litteraturen för praktiskt arbete är sparsam.

Patientsäkerhetsforum inom Folktandvården planeras att utvecklas för att främja lärande mellan verksamhetsområden genom dialog och stödjande utvärdering, baserat på strukturen i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsforum inom Vårdcentralen planeras att utvecklas på liknande sätt som inom Folktandvården. En gemensam strategi framåt är att fortsätta utveckla insatser som stärker HSE och ett hållbart medarbetarengagemang (HME), två områden som är nära kopplade till varandra.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Folktandvårdens identifierade risker och Riskronder från vårdcentralerna 2025 är sammanställda och kunskapen om systematiska risker har därmed ökat. Detta kommer att användas i det övergripande stödet och förbättringsarbetet under 2026.

Arbete med att ta fram reservrutiner planeras att fortsätta under året och förväntas bidra till ökad robusthet och patientsäkerhet i verksamheterna i händelse av störningar eller avbrott.