



Patientsäkerhetsberättelse

2025

Ambulans, diagnostik och hälsa
2025

Innehållsförteckning

1	Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	3
1.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	3
1.2	En god säkerhetskultur	5
1.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	5
1.4	Patienten som medskapare.....	6
2	Agera för säker vård.....	7
2.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	8
2.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	9
2.3	Säker vård här och nu	11
2.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	12
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	15
3	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	17

1 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

1.1 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.

Region Halland har en Regional handlingsplan för patientsäkerhet som innebär en fokusering på vissa delar av den Nationella handlingsplanen och med inriktning på engagerad ledning, adekvat kunskap och kompetens samt stärka analys, lärande och utveckling. Här finns såväl aktiviteter, som mål och indikatorer med målvärden.

Politiken ger förutsättningar via mål och budget och med definierade uppdrag till förvaltningen där patientsäkerhet är ett övergripande mål inom all vårdverksamhet. I verksamhetsplanen för 2025 formuleras det: Planering och genomförande av grunduppdragen ska alltid ske patientsäkert, med hög kvalitet och god tillgänglighet och en ekonomi i balans.

1.1.1 Organisation och ansvar

Den övergripande strukturen för patientsäkerhetsarbete följer linjeorganisationen, där respektive verksamhet har ansvar för patientsäkerheten. Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner och avvikelshantering följs, beslutar om utredning och åtgärder samt är ytterst ansvarig för uppföljning av vidtagna åtgärder. Avdelningschefer med assistans av avvikellesamordnare tar ansvar för den dagliga handläggningen.

Driftnämnden ADH har ett övergripande ledningsansvar för verksamheten inom förvaltning ADH och får återkommande rapporter kring patientsäkerhet i form av statistik och aktiviteter, samt en föredragning av patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningen ADH har ett mer sammanhållet stöd i patientsäkerhetsarbete med ett patientsäkerhetsteam bestående av chefläkare och två verksamhetsutvecklare varav en är ledningssystemsamordnare med ansvar för att uppdatera och lägga in nya rutiner och vårdriktlinjer.

Här finns även ett kombinerat patient- och säkerhetsteam, där medicinskteknisk säkerhetssamordnare inom MTH (Medicinsk Teknik Halland) med ansvar för handläggning av avvikelser kopplade till medicinskteknisk utrustning, säkerhetspartners inom ADH som är ansvariga beträffande yttre säkerhet och HS informationssäkerhetsstrateg ingår. Detta team möts c:a två gånger/år för dialog om gemensamma frågor.

Regiongemensamma delar finns också som stöd i patientsäkerhetsarbetet för Region Halland. Dessa är Smittskydd som är organiserat inom Regionkontoret och Vårdhygien som är organiserat inom ADH, patientnämnden och Kliniskt Tränings Center (KTC)

1.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

På en förvaltningsövergripande nivå finns ett chefläkarnätverk som samverkar och träffas regelbundet. En regiongemensam risklogg är skapad, där alla avvikelser med höga risktal eller som är kopplade till Lex Maria-anmälan samlas och grupperas för att identifiera eventuella mönster i orsaker och risker och ge möjlighet att föreslå riskminimerande åtgärder på övergripande nivå. Fler förvaltningsövergripande händelseanalyser har genomförts där avvikelser har inträffat i vårdens övergångar. Funktionen Inre sjukvårdsledning (ISL) är nu fullt etablerad och arbetar tillsammans med SOS Alarm för att optimera nyttjandet av regionens prehospitala resurser och ge vård utifrån patientens behov. Chefläkaren ingår i ett nationellt nätverk för chefläkare med koppling till SOS alarm med syftet att främja samarbetet mellan SOS alarm och Region Halland.

Samverkan med andra verksamheter inom specialistvård, primärvård, psykiatrisk vård och kommuner är grundläggande inom hela förvaltningen ADHs uppdrag.

Nätverksträffar genomfördes digitalt två gånger under 2025 för alla läkare inom ADH. Syftet var att lära känna varandra, att dela kunskap om patientsäkerhet och metodik, att underlätta samarbete mellan verksamheterna och med målet en bättre patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

Övergripande innebär informationssäkerhet att säkra upp informationen i alla dess former för att trygga tillgänglighet, konfidentialitet, riktighet och spårbarhet

Detta sker såväl på regional nivå, kopplat till olika dokumentationssystem, som inom förvaltningen.

Under 2025 har ADH tagit viktiga steg för att öka fokus på informationssäkerhet, framför allt genom utbildningsinsatser och diskussioner på ledningsnivå. Arbetet har syftat till att öka medvetenheten om informationssäkerhetens betydelse för patientsäkerheten, men ett systematiskt arbetssätt är ännu inte fullt ut implementerat.

Utbildningsinsatser: Samtliga medarbetare har fått ta del av ett digitalt nano Learning-program om informationssäkerhet med olika kontrollmoment för att säkerställa kunskapsinhämtning. Mer omfattande utbildningar planeras inför 2026 för chefer och medarbetare med särskilda ansvarsområden.

MSB-utbildning för ledningen: Förvaltningschef och chef för verksamhetsmiljö har under året genomgått utbildningen "Ledningsperspektiv på informations- och cybersäkerhet" arrangerad av MSB. Utbildningen har gett ökad förståelse för ledningens ansvar och förmåga att hantera informationssäkerhet inte bara som en IT-fråga utan som en del av styrning, robusthet, patientsäkerhet och totalförsvar. Praktiska övningar och workshops har genomförts med förvaltningens ledningsgrupp där ledningsgruppen bland annat diskuterat ansvar, risker och prioriteringar samt påbörjat arbetet med att ta fram en plan för informationssäkerhetsarbetet. Detta arbete finns med som en aktivitet i förvaltningens verksamhetsplan för 2026.

Säkerhetskultur: Informationssäkerhet har lyfts i olika sammanhang och vid olika utbildningstillfällen för att öka medvetenheten och skapa en kultur där frågan blir en naturlig del av vardagsarbetet. Vidare har en resurs i form av en informationssäkerhetsstrategi från

Hallands sjukhus deltagit i våra dialoger, vilket har möjliggjort tillgång till expertkunskap för verksamheterna när behov har uppstått och ett stöd för att utveckla det systematiska arbetet inom området.

Informationssäkerhet är avgörande för patientsäkerheten eftersom riktighet, tillgänglighet och konfidentialitet i patientuppgifter är en förutsättning för säker vård. Brister i informationssäkerheten kan leda till att felaktig eller otillgänglig information påverkar vårdbeslut eller att känsliga uppgifter röjs för obehöriga. Genom utbildningsinsatser och ökad medvetenhet har ADH tagit viktiga steg mot att stärka skyddet av patientuppgifter och därmed minska risken för incidenter som kan påverka patienterna negativt.

1.2 En god säkerhetskultur

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

HSE mätning genomförs i Region Halland i samband med MBU medarbetarundersökningen i oktober 2025. Frågorna går till de medarbetare som har direkt eller indirekt patientkontakt. Resultatet har återkopplats i form av ett övergripande HSE index och utfall på de respektive 11 frågorna. Utfallet för ADH var samstämmigt med Region Hallands. Resultat ger möjlighet att identifiera utvecklingsområden och används för att skapa handlingsplaner.

Index/Fråga	Svarsalternativ	Region Halland	Antalsanta dialoger o tillä	Antalsanta dialoger o tillä och säkerhet	Funktion och funktionssätt Halland	Antalsanta dialoger o tillä
HME Total		77	76	75	79	74
HSE-index		75	74	70	79	72
Har du direkt eller indirekt patientkontakt i ditt arbete?		84	80	95	85	72
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård		70	70	68	78	62
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra		74	72	67	78	66
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser		72	69	64	75	66
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser		68	66	57	74	62
Jag påstår när jag tror något är på väg att gå fel		86	86	84	87	86
Jag vågar prata om mina misstag		85	85	83	85	86
Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp		82	83	82	87	79
På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter		71	70	63	73	73
På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras		70	69	63	75	66
Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats		78	80	78	86	74
På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete		59	55	56	60	50
Svarsfrekvens		82	86	83	91	83
Antal svar		7081	1067	220	410	409

I dialoger med olika verksamheter har patientsäkerhetsteamet haft fokus på patientsäkerhetskultur och det nya arbetsmaterialet säkerhetskulturtrappan 2.0 har introducerats och enstaka verksamheter har redan börjat arbeta med det.

1.3 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.

Inom ADH följs regionens strategi för kompetensförsörjning och finns en tydlig process för kompetensutveckling som innefattar en löpande inventering av kompetensgap i verksamheten. Verksamheterna har sedan flera år egna kompetensförsörjningsplaner och 2025 togs en

övergripande kompetensförsörjningsplan fram på förvaltningsnivå. Arbetet med handlingsplan kopplat till den fortsätter under 2026.

I samband med en introduktionshalvdag för nya medarbetare inom förvaltning ADH ingår en presentation om patientsäkerhet. Utbildning i basal patientsäkerhet för alla medarbetare finns i kompetensportalen. De medarbetare och chefer som ansvarar för verksamheternas avvikelshantering har i mycket stor omfattning gått en tidigare utbildning kopplad till Platina avvikelssystem. En ny uppdaterad utbildning i systemet Platina för avvikelshanterare är publicerad under hösten 2025 och marknadsförs för dessa.

1.4 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.

Inom delar av förvaltningen finns brukarrepresentanter som bjuds in återkommande. Vikten av patienters och närståendes medverkan i planering såväl på individuell nivå som på övergripande och politisk nivå kan inte nog understrykas. Nationella patientenkäter och resultat från graviditetsenkäten och enkäter i digitalt föräldrastöd har inneburit att patienter tagits med som medskapare. Ungdomsmottagningen har genomfört en varumärkesundersökning med ungdomar som deltagare. Denna bestod av både kvalitativa och kvantitativa delar och utfördes av en extern byrå. Syftet var att få en fördjupad förståelse för ungdomars upplevelser, förväntningar och behov kopplat till mottagningens varumärke och tjänster. Inom laborieverksamheten utförs undersökningar till patienter (i samband med provtagning) och blodgivare angående vad de tycker om sina besök hos oss och vad som kan bli bättre. Denna typ av frågor till patienten kan påverka hur vi hanterar vår verksamhet.

Vid allvarigare händelser och händelseanalyser bjuds patient och närstående alltid in för att samverka i analysarbetet.

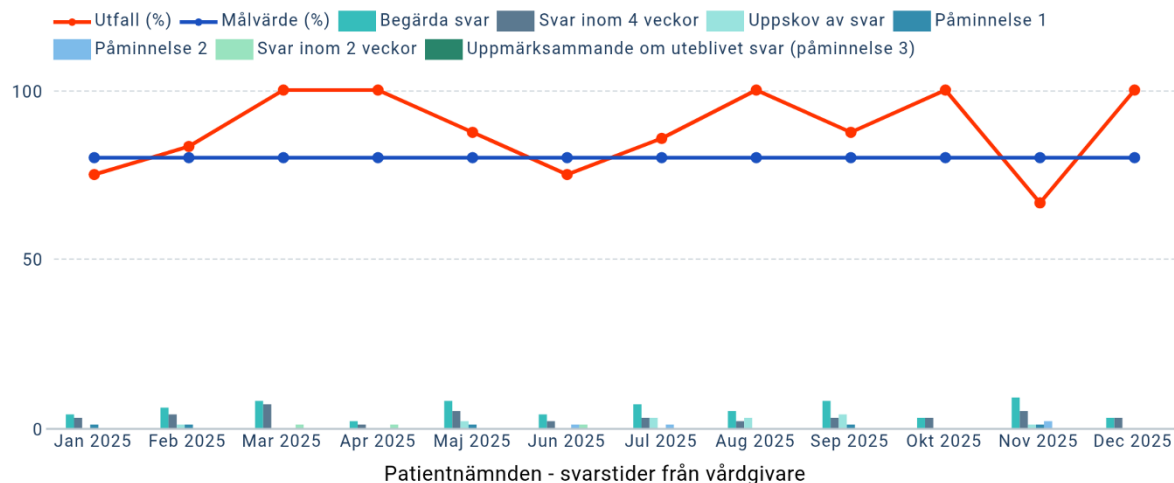
Patientnämnden fungerar som en länk mellan patienter och vården, när direktkontakt av olika skäl inte fungerar optimalt. Här kan vi dra lärdomar av de erfarenheter som patienter och anhöriga delar med sig av.

Här finns stora möjligheter till förbättring på de flesta nivåer och patientmedverkan är inlyft som en del i målstyrningen 2026.

2 Agera för säker vård

Fyra indikatorer kopplade till patientsäkerhet har följts under 2025

1. Svarstid på patientnämndsärenden mätt i andel ärenden som fått svar inom fyra veckor. Målvärdet är 80% vilket är uppnått med god marginal.



2. Antal avvikelser i Platina där beslutad åtgärd har en planerad uppföljning.

Indikatorn kunde följas de första månaderna, men efter en uppdatering i Platina har rapporteringen inte fungerat sedan i maj.

Under mätperioden varierade antalet kring 35 utan någon synlig trend och förutom att det är ett litet antal relaterat till totalantalet avvikelser, så går det inte att dra några slutsatser utifrån denna indikator.

3. Antal avvikelser med höga risktal

Vald organisation: Region Halland/Ambulans diagnostik och hälsa

Datum
2025-01-01T00:00:00 - 2025-12-31T00:00:00
+01:00 +01:00

Allvarlighetsgrad	
</	

Riskområde	Summa antal
Allvarlig (röd)	40
Måttlig (orange)	195
Ringa (gul)	1750
Summa	1985

Av alla 1985 avvikelser som riskbedömts under året har 40 riskbedömts som allvarlig /röd, varav merparten (24) inom MD. Positivt att det är relativt få (2 %) och det bör påpekas att det inte är exakt samma indikator som föregående år, då det var ”risktalet 6” och inte allvarlighetsfärgen som mättes.

4. Antal Lex Maria – anmälningar

En anmälan ihop med Hallands Sjukhus gjordes i november 2025 (försenat strokelarm) ASH

2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.

Alla händelser som registreras i Platina utreds med kategorisering, riskvärdering, orsaksanalys, åtgärdsförslag och uppföljning. Detta görs av chef på relevant nivå ofta tillsammans med avvikelshanterare. Vid höga risktal eller misstanke om allvarlig vårdskada bedöms om en händelseanalys alternativt förenklad utredning ska genomföras. Vid en händelseanalys tillsätter verksamhetschef/er en grupp med kunskap i händelseutredningsmetodik som mer detaljerat tar in fakta och berättelser från involverade personer, beskriver händelseförloppet i en visuell händelsekedja och fångar potentiella felhändelser och dess grundorsaker. Härfter föreslår man åtgärder och sammanställer allt i en slutredovisning. Metodiken bygger på NIHTA som önskas införas fullt ut i Region Halland. Vid mindre komplexa händelser kan en förenklad utredning ersätta ett fullständig händelseanalys. Det innebär en liknande metodik, men med färre deltagare i gruppen och händelsekedja behövs sällan. Härfter fattar chefläkare beslut om en anmälan enligt Lex Maria är aktuell.

En ny funktion i Platina kopplad till riskvärderingen är att ange om den aktuella avvikelser är kopplad till en vårdskada eller risk för vårdskada eller inte.

En gemensam pool av händelseanalysledare finns inom ADH, där de olika verksamheterna kan få stöd från någon av dem när det är aktuellt att initiera en händelseanalys.

En fortsatt satsning på händelseanalysarbetet pågår. En förnyad inventering är genomförd över hur många medarbetare som har gått en formell utbildning om händelseanalyser och dessutom kan fördelas att leda egna och förvaltningsövergripande händelseanalyser. En fördel med denna modell är att erhålla ett förvaltningsövergripande samarbete. Mål med den förvaltningsinterna rutinen ”att initiera händelseanalys” är såväl att undvika fördröjning i analysarbetet, som att återkoppla och dra lärdom på bästa möjliga sätt.

Under 2025 bedömdes 40 avvikelser i Platina ha höga risktal, med risknivå RÖD.

Två händelseanalyser som startade 2024 blev klara 2025. Sju händelseanalyser startades under 2025 varav fem är klara

En anmälan enligt Lex Maria har gjorts tillsammans med Hallands Sjukhus under 2025

En samlad analys som genomfördes vid intern kontroll visade att de flesta enheter och avvikelser utretts adekvat och inom rimlig tid. Däremot föreföll det som att uppstart och genomförande av händelseanalyser och förenklade utredningar fortfarande kan fördröjas, möjligen på grund av tidsåtgången. Medarbetare som behövs både i analysarbete och verksamhet behöver prioriteras i verksamheten.

Riskområden i verksamheter inom ADH är som tidigare nämnts vårdens övergångar och bristande kommunikation/missförstånd vid överlämning av patienter. Nytt vårddokumentationssystem Cosmic som bland annat innebär nya sätt att arbeta. Diagnostiska fel med försenade eller missade diagnoser inom främst röntgenverksamheten.

2.2 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.

1177 på telefon arbetar aktivt och strukturerat med patientsäkerhet genom att följa upp patienter som kopplas över från SOS Alarm. När ett ärende tas över fortsätter 1177 att säkerställa att patienten får korrekt rådgivning, att symtombilden bedöms på nytt vid behov och att personen lotsas vidare till rätt vårdnivå. Denna uppföljning är en central del i att upprätthålla en trygg och sammanhållen vårdkedja. Man har också samtalshandledning för medarbetarna för att förbättra kvaliteten på rådgivningen.

Ackrediteringsarbete av processer genom revision av Swedac sker inom de tre laboratorieverksamheterna. När brister och risker kopplade till analysverktyg uppmärksammas skickas en anmälan till Läkemedelsverket (LMV) vilket har skett vid två tillfällen under året gällande en metod hos leverantör.

Införande av Cosmic

Region Hallands nya vårdinformationssystem Cosmic infördes 29 mars 2025. Införandet gick på det stora hela bra för ADH. En utvärdering av införandet har skett under hösten som bekräftar verksamhetsnyttan. Ett stort antal utvecklingsområden har identifierats och det är tydligt att arbetet med att utveckla systemet kommer att pågå under en lång tid. Implementering av nya arbetssätt och rutiner är också ett långsiktigt arbete som kommer att kräva fortsatta resurser och verksamhetsengagemang. Ett exempel är osäkerhet kring nya rutiner kopplat remisshantering, där ett antal avvikelser har rapporterats mellan verksamheter. Cosmic-förvaltningen inom ADH arbetar aktivt med verksamheterna för att cementera de nya arbetssätt som är framtagna och även fortsätta utveckla dessa. Patientsäkerhet är en av de viktigaste ledstjärnorna i detta arbete. Inga allvarliga patientsäkerhetsincidenter har rapporterats inom ADH sedan införandet.

Externa revisioner

Efter Extern revision 2024 har vi fokuserat på att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet med hjälpsystemet Platina. Förbättringar av teknisk och funktionell art har genomförts, men behöver även implementeras. En referensgrupp med representanter för samtliga verksamheter inom ADH och ledd av en av verksamhetsutvecklarna har inneburit en länk för att dela ny information om nya funktionaliteter i Platina ut till verksamheterna och föra förslag på förbättringar av systemet från verksamheterna till den tekniska organisationen.

Att jobba systematiskt utifrån PDSA-hjulet har varit och är målsättningen.

Vid den Externa revisionen i november 2025 kunde revisorerna konstatera att ett omfattande arbete gjorts sedan den senaste revisionen och att de brister som då framkommit inte längre fanns kvar. Det framkom inte heller några nya brister eller avvikelser kopplade till det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En observation var dock att genomförda åtgärder ibland kan dokumenteras tydligare i Platina. En observation var också att det fanns styrande dokument såsom rutiner som inte var inlagda i systemet för styrande dokument, Omnia, utan istället var lagrade i enhetens lokala TEAMS kanaler. Ett systematiskt arbete för att samla alla styrande dokument i Omnia är inlett.

Internkontroll

Under året har internkontroll skett med två kontrollmoment. Det första genom att med hjälp av stickprov på ca 2,5% av alla avvikelser i Platina granska bland annat om avvikelshantering sker inom relevant tid, med adekvat orsaksanalys och om planerade och utförda åtgärder följs upp. Målet var främst att fånga om det finns fördröjningar som borde undvikits. Kontrollen visade att flertalet avvikelser är korrekt handlagda och en förbättring kan ses både beträffande orsaksanalyser och en fullständig bearbetning av avvikelserna i samtliga flikar. Slutsatsen blev att det inte finns någon fördröjning i utredning, hantering och åtgärder.

Det andra momentet innebar att en enkät skickades ut till samtliga verksamheter med mer detaljerade frågor kring hur avvikelshantering är organiserad inom de olika verksamheterna. Svaren är sammanställda i en presentation med exempel enligt nedanstående:

Organisation kring avvikelshantering

1. Rapportering

Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser i Platina.

Den som upptäcker avvikelserna dokumenterar händelsen och vidtar direkt åtgärd.

2. Initial hantering

Avdelningschef (AC) hanterar avvikelser enligt rutin.

Vissa enheter har **avvikelsegrupper eller team** som stödjer cheferna.

Tyngre avvikelser hanteras av AC, lättare av utsedda grupper.

3. Analys och åtgärder

Kvalitetsgrupper eller kvalitetsråd gör orsaksanalyser och föreslår åtgärder.

Möten sker regelbundet (veckovis, månadsvis eller vid APT).

Vissa enheter har **patientsäkerhetsteam** med olika professioner.

4. Återkoppling

Återkoppling sker till berörda medarbetare, på APT, sektionsmöten eller produktgruppsmöten.

Allvarliga avvikelser lyfts i **ledningsgruppen**.

Årsuppföljning görs för att identifiera trender och effekt av åtgärder.

5. Roller och stöd

Verksamhetsutvecklare fungerar som samordnare och stöd.

Medicinskt ansvarig läkare (MLA) involveras vid behov.

Avvikelsesamordnare finns i vissa verksamheter för att hålla ihop arbetet.

6. Dokumentation och rapportering

Avvikelser dokumenteras i Platina.

Årsrapporter och trendanalyser görs av verksamhetsutvecklare eller kvalitetsansvariga.

Vissa avvikelser rapporteras vidare till IVO eller patientnämnden.

Sammanställt
av Copilot

Man kunde se vissa skillnader i vilka roller som genomför olika delar i PDSA-cykeln och om det finns utsedda avvikelsehanterare som biträder avdelningschefer och verksamhetschef med avvikelsehanteringen.

Den sammanfattande bedömningen är att likheterna är större än skillnaderna. Inga brister är identifierade ur enkätsvaren. Tolkningen är att det är möjligt att dra generella slutsatser på en aggregerad nivå.

2.3 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.

Inom ADH är vårdövergångar och missad/missförstådd rapportering ett av de viktigaste identifierade risk-områdena. Till exempel ambulans som bedömer och vid behov hämtar patienter på Säbo eller eget boende och lämnar patienter på akutmottagning. Kommunikation och strukturerad överrapportering (SBAR) är centralt att arbeta vidare med för att uppnå patientsäkerhet i samverkan.

Förekomsten av delvis olika prioriteringsverktyg inom SOS alarm, ASH och på sjukhusets akutmottagningar innebär en utmaning. Förståelsen och vetskapen om samverkande vårdaktörers roll och ansvar behöver belysas.

Den nya funktionen Inre Sjukvårds Ledning (ISL) som sedan juni 2025 är i bruk dygnet runt har haft en betydande positiv påverkan på patientsäkerheten genom att skapa tydligare prioriteringar och mer strukturerade flöden mellan ambulansverksamheten och SOS Alarm. Genom att centrera lägesbild, resursstyrning och medicinsk prioritering till en gemensam funktion minskar risken för felbedömningar och onödiga fördröjningar. ISL ger en samlad överblick över pågående uppdrag, tillgängliga ambulanser och belastningen i vårdkedjan, vilket gör det möjligt att snabbt omdirigera resurser och säkerställa att patienter med störst vårdbehov får vård först.

Inom röntgen finns ett identifierat behov och pågående arbete med att samordna, uppdatera och dokumentera rutiner och riktlinjer för vård och utredning inom och mellan de olika utbudspunkterna.

Nu och många år framåt, då en omfattande ombyggnad av samtliga sjukhusbyggnader ligger framför oss, kommer lokaler med olika temporära lösningar, som ej är hållbara på lång sikt, att vara en risk för patientsäkerheten. Redan idag har samtliga våra verksamheter lokaler som antingen är trånga, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk, eller på andra sätt inte anpassade för de patientflöden vi har och försvårande för utveckling av verksamheten. Arbete med regionens lokalförsörjningsplan pågår och två fastighetssamordnare är tillsatta med uppdrag att underlätta i fastighetsprocessens olika moment.

Kompetensförsörjning i små verksamheter där specialkompetens krävs och nyrekrytering är svår är en identifierad risk, där långsiktighet, kompetensförsörjningsplaner och intern vidareutbildning/specialisering kan vara nyckeln

2.3.1 Riskhantering

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.

Risker för vårdskador upptäckts ofta via avvikelssystemet, men också i det kontinuerliga flödet av information kring nya förutsättningar, såväl inom vården som i samhället

Egenkontroller utförs en gång per år inom arbetsmiljö, kvalitet, läkemedelshantering, vårdhygien, informationssäkerhet, brandskydd, medicinteknisk säkerhet samt miljö. Där identifieras risker som sedan åtgärdas.

I år fångades bland annat behovet av följsamhet till ständig utveckling och att vara uppdaterad i olika förändringar i samband med digitalisering. En annan fråga gällde uppdatering av och beredskap kopplad till kontinuitetsplaner. Det ska vara tryggt att veta hur vi agerar i krissituationer.

2.4 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.

En fortlöpande utveckling av Platina pågår för att underlätta hela cirkeln analys - åtgärd - uppföljning - lärande - utveckling. Att medarbetarna även känner till alla relevanta delar i Platina-systemet är väsentligt för ett fungerande process-arbete. För att alla berörda medarbetare ska kunna få denna kunskap är grundläggande utbildningar publicerade på kompetensportalen.

Vi har även en regional dialog kring, hur vi skulle kunna dela Lex Maria ärenden och erfarenheterna från dem, inom Region Halland. NIHTA kunskapsbank är tillgänglig även för icke "medlemmar", även om förhoppningen är att Region Halland ska ta del av detta system fullt ut.

Genom återkoppling av årsrapporter och med hjälp av information från dash-boards gällande de Nationella Kvalitetsregister som ADH medverkar i, kan lärdomar dras och utveckling ske.

Verksamheterna genomför informationsinsatser om patientsäkerhet på APT med rapporter och enskilda exempel med lärande ur avvikelse-systemet Platina. Avvikelse och risker följs upp på APT eller på medicinska ronder eller medicinsk handledning.

I "ADH Referensgrupp Platina avvikelser" med representanter från alla verksamheter diskuteras och prioriteras förbättringsförslag i Platina. Referensgruppen träffas några gånger om året för detta samt har under hösten också haft fyra möten där verksamheterna har delat med sig av hur de arbetar med avvikelser. Detta för att dra lärdomar av varandra och diskutera utmaningar. Referensgruppen fungerar också som en kanal för informationsspridning. Avvikelsehanterare inom ADH kontakter verksamhetsutvecklaren vid frågor. Utbildningar i Platina hålls av densamma för chefer och avvikelsehanterare när detta efterfrågas.

2.4.1 Avvikelse

Flera av de olika verksamheterna genomför en sammanställning och en analys över mönster kopplat till sina avvikelser och händelser. Ett exempel är ASH som definierar trender som sedan omvandlas till underlag och rapporteras tillbaka till verksamhetens olika expertgrupper för fortsatt hantering. Även inom kommunikation görs en liknande sammanställd avvikelserapport.

DN ADH får två gånger årligen en muntlig rapport utifrån ADH övergripande statistik och analyser.

I rapportverktyget i Platina finns möjlighet till att ta fram statistiska sammanställningar. Ur denna framgår att antal avvikelser i Platina under 2025 var 2157 för hela förvaltningen.

Enhet	2025-01-01 - 2025-12-31
Ambulanssjukvård sjukresor och 1177 på telefon	420
Hälsa och funktionsstöd	341
Lednings- och verksamhetsstöd	6
Medicinsk diagnostik Halland	1390
Total	2157

De som är kategoriserade fördelas främst på Patient - vård och behandling - undersökning och bedömning - laboriemedicin

Kategori	2025-01-01 - 2025-12-31
Administration	298
Arbetsmiljö	80
Brand	5
Ej kategoriserade	149
Fastighet/Drift	24
Fordon	9
Informationssäkerhet	107
IT, tele och kommunikationsteknik	94
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	110
Miljö	10
Övrigt	36
Patient	782
Säkerhet	22
Strålskydd	1
Transport	29
Vara/Tjänst	23
Total	1779

Andra avvikelssystem inom ADH

Sesam är det avvikelssystem som kommunerna använder och Hjälpmedelscentralen (HMC) hanterar därför två parallella avvikelssystem eftersom de arbetar såväl med regionen som kommuner. Det finns ingen direkt kommunikation mellan dessa två system.

Under 2025 fick HMC in 61 avvikelser i Platina och 110 avvikelser i Sesam. De tre vanligaste orsakerna var samma i båda systemen; Felaktig rekondning/rekonditionering (13 i Platina och 30 i Sesam), plockfel (6 i Platina och 14 i Sesam) samt kontrollmiss t ex smuts/utslitna skruvgångor (5 i Platina och 10 i Sesam)

LIS - är det system som verksamheterna inom laboratoriemedicin använder parallellt med Platina och som genererar ett stort antal avvikelser. Dessa är främst kopplade till provhantering och remisser, såsom fel provrör, remiss saknas eller är ofullständig, remiss utan prov eller de stämmer ej ihop. Klinisk kemi och transfusionsmedicin har ca 31 000 avvikelser/år, Klinisk Patologi och cytologi har över 2 500 externa och 1 800 interna avvikelser i LIS / år och Medicinsk mikrobiologi och vårdhygien har 7 290 externa avvikelser och 47 interna i LIS. De avvikelser i LIS som är av mer allvarlig karaktär och med mer direkt patientpåverkan anmäls också i Platina, vilket innebär en viss dubbelregistrering.

Vad har vi lärt oss?

Några få exempel på lärdomar som dragits utifrån upprättade avvikelser beskrivs nedan, men de avspeglar bara en bråkdel av erfarenheterna och de förbättringar som genomförts.

För att underlätta för brukare och förhoppningsvis reducera antalet avvikelser har Teknisk service startat igång hjälpmedelscafé igen. Tekniker åker då till ett förinbokad boende, där man utför förebyggande underhåll och service av rollatorer och manuella rullstolar.

Ett annat exempel på en förbättring kommer från Syncentralen där man har gjort en enkel händelseanalys, då det i början av året kom in flera avvikelser som berörde tillgängligheten. Efter att ha ändrat arbetsflödet för redan kända patienter samt arbetat aktivt med prioriteringar och tidboksupplägg har tillgängligheten på mottagningen förbättrats. I samband med uppföljning av denna enkla händelseanalys användes data från Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning (SKRS) där visualisering av re/habiliteringstid i antal dagar jämfört med riket och tillgänglighet (väntetid i antal dagar i Halland) följts över tid. Antalet avvikelser har minskat med mer än hälften och tid till första kontakt har kortats med en månad på inkomna avvikelser.

2.4.2 Klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål och synpunkter vidarebefordras alltid till ansvarig verksamhet oavsett hur dessa kommer till förvaltningen. Om klagomål och synpunkter från patient eller närstående kommer via IVO diarieförs de på förvaltningsnivå. Alla klagomål från patient, närstående eller annan vårdinrättning leder alltid till en formell avvikelse i avvikelsehanteringssystemet Platina. Respektive verksamhet hanterar inkommande klagomål och synpunkter genom skriftlig eller muntlig kontakt med avsändaren, som kan vara patient, anhörig eller annan vårdgivare eller myndighet. Dessutom används dessa ärenden i lärande syfte.

Under 2025 har det inkommit 6 klagomål via IVO och 71 patientnämndsärenden riktade mot verksamheterna inom ADH.

Genom återkoppling till medarbetare och chefer ökar medvetenheten och lärandet samt ges möjligheter till förbättring.

2.5 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.

Vi fortsätter med regelbunden träning, simulering och kompetensutveckling.

ASH har ett väletablerat och välfungerande arbetssätt kring hantering och utredning av avvikelser och fortsätter med insatser för att sprida kunskap i verksamheten kring slutsatserna från inkomna avvikelser.

Efter inventering av kompetensläget tar vi med oss behovsbilden i rekryteringar samt i utbildningsplanering för att säkerställa att medarbetare med ”specialistkompetens” finns inom verksamheten. En handlingsplan kopplat till kompetensförsörjning finns. Vi arbetar också genom utbildningsinsatser, medicinska ronder och genom att följa nationella vårdprogram för att upprätthålla kompetens att identifiera risker,

Regelbunden genomgång av HLR och journalgranskning borgar för att minska riskområden. Ett nytt arbetssätt med syfte att utbyta kunskap mellan verksamhetens olika orter bidrar till en ökad kunskap vilket även tryggar verksamheten vid frånvaro.

Ett prioriterat område är IT-säkerhet som vi arbetar med internt på våra enheter och verksamheter, samt tillsammans regionalt i Halland. En övergång till att i större utsträckning använda säkra meddelande SEFOS och SDK/funktionsbrevlådor är en del i detta arbete. En webbaserad nano-utbildning om informationssäkerhet med ett antal korta utbildningsmoment följt av en kunskapstest skickas ut till alla medarbetare i Region Halland. De senaste åren har externa IT-hot ökat och det pågår ett säkerhetsutredningsarbete i Region Halland.

Ett stort arbete med kontinuitetsplanering med uppdatering och framtagandet av kris- och beredskapsplaner inom ADH pågår också. Dessutom arbetar vi vidare med att kontinuerligt förbättra vår tillgänglighet, produktion och kvalitet.

Inom transfusionsmedicin införs nu successivt NAT för att säkra ännu bättre säkerhet och kvalitet på våra blodprodukter framöver. Ett NAT-test (Nucleic Acid Testing) är en känslig metod för att upptäcka genetiskt material från virus (som HIV, Hepatit C) direkt i blod. Testet hittar infektioner tidigare än traditionella antikroppstester eftersom det kan identifiera virus innan kroppen har hunnit bilda antikroppar. Detta möjliggör kortare karenstider för blodgivare och mer jämlig riskbedömning.

3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

1. Mål

Fortsätta att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

2. Strategier

Under året har ett gemensamt arbete pågått med att ta fram en uppdaterad regional handlingsplan för patientsäkerhet i Region Halland för 2026 - 2030 "Säkrare vård tillsammans". Här finns 11 aktivitetsområden från tre av de grundläggande förutsättningarna och tre av fokusområdena. Dessa kommer att planeras, genomföras och följas upp integrerat med ordinarie styrformer.

Verka för stärkt patientsäkerhetskultur inom hela förvaltningen.

Utveckla punkten patientsäkerhet på LG ADH med mer dialoger.

3. Planerade åtgärder

Förbättra strukturen av styrande dokument för alla olika nivåer, från avdelning till förvaltning, så att de är uppdaterade och ligger i Omnia

Fokusera på patientinvolvering, även här på olika nivåer, i olika grad och som ett mål i verksamhetsplanen, gärna kopplat till fastighetsprocessen.

Utvärdera indikatorerna för patientsäkerhet och testa någon ny.

4. Aktiviteter

Ett nytt sätt att samla in underlag till Patientsäkerhetsberättelsen 2026 planeras och förbereds. Tanken är att successivt under året i Stratsys redovisa aktiviteter och mätetal kopplade till de totalt nio "kapitel", med fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden för säker vård, som bygger upp patientsäkerhetsberättelsen. Inspirerade av två kommuners sätt att arbeta på liknande sätt har ett pilotarbete pågått under hösten 2025 med två verksamheter och några controllers. Förhoppningen är att via insamlat underlag kunna skapa en eller flera rapporter som kan bli stommen i nästa års patientsäkerhetsberättelse.

Nytt sätt för patienter och anhöriga att via 1177 skicka synpunkter och klagomål direkt in som ett Platinaärende till enheten eller patientnämnden kommer att införas under kommande år. Detta arbetssätt kommer att minska den administrativa hanteringen och därmed öka fokus på att analysera, dra lärdomar och besvara patienterna.

För att stärka det fortsatta utvecklingsarbetet planeras rutinkollen att implementeras i verksamheten under våren 2026. Rutinkollen är ett dokument som används för att bedöma i vilken utsträckning dokumentationen följer de rekommenderade rutinerna. Genom att granska journaler skapas en tydlig bild av hur rutinerna tillämpas i praktiken, vilket gör det möjligt att identifiera förbättringsområden. Syftet är att höja kvaliteten och säkerheten i vården genom att säkerställa att befintliga rutiner regelbundet granskas, uppdateras och förblir aktuella, tydliga och konsekvent efterlevda.