

Driftnämnden Hallands Sjukhus**§7****Årsredovisning 2025 Driftnämnden Hallands sjukhus**

DNHS260006

Beslut

Driftnämnden Hallands sjukhus beslutar att

- godkänna årsredovisning 2025 som även redovisar driftnämndens motivering för resultathantering.
- uppmärksamma regionstyrelsen att nämnden vidtagit åtgärder för ökat hyroberoende parallellt med stort merarbete och tillhörande kostnader för införandet av ett nytt vårdinformationssystem.
- ge förvaltning i uppdrag att återkomma med redovisning och åtgärder kring när tillgängligheten kan förväntas motsvara nivåerna före journalsystembytet.

Tilläggsyrkande

Johan Lindahl (S) yrkar tillägg till arbetsutskottets förslag med följande att-sats

- ge förvaltning i uppdrag att återkomma med redovisning och åtgärder kring när tillgängligheten kan förväntas motsvara nivåerna före journalsystembytet.

Christofer Lundholm (M) yrkar bifall.

Driftnämnden Hallands sjukhus beslutar bifall till tilläggsyrkandet.

Ärendet

Med utgångspunkt från regionfullmäktiges beslutade Mål och budget 2025 - 2028 har driftnämnden fastställt nämndens verksamhetsplan för 2025. Från förvaltningen föreligger förslag till årsredovisning för 2025. Av årsredovisningen framgår att Hallands sjukhus ekonomiska resultat innebär en negativ avvikelse på 54 miljoner kronor för 2025. Detta består i somatisk vård minus 31 miljoner kronor, regionvård minus 27 miljoner kronor, specialisttandvård plus/minus noll samt vårdval specialiserad öppenvård hud plus fyra miljoner kronor. Driftnämndens motivering till resultathantering redovisas i årsredovisningen.

Förslag till beslut

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Driftnämnden Hallands Sjukhus

Arbetsutskottet föreslår driftnämnden besluta att

- godkänna årsredovisning 2025 som även redovisar driftnämndens motivering för resultathantering.
- uppmärksamma regionstyrelsen att nämnden vidtagit åtgärder för ökat hyroberoende parallellt med stort merarbete och tillhörande kostnader för införandet av ett nytt vårdinformationssystem.

Beslutsunderlag

- Årsredovisning 2025 - Driftnämnden Hallands sjukhus

Expedieras till

Regionstyrelsen

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande



Årsredovisning 2025

Hallands sjukhus
Helår 2025

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Målstyrning	4
2.1	En organisation med utvecklings- och motståndskraft.....	4
2.2	En tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård	9
2.3	En digital kraftsamling för framtidens välfärd	14
3	Tillkommande uppdrag till nämnden	17
3.1	Beslut om uppdrag att utveckla arbetet för sexuellt våldsutsatta och beslut om uppdrag att utveckla arbetet för flickor och kvinnor som könsstympats eller riskerar att könsstympas	17
3.2	Återredovisning av förvaltningens erhållna hälso- och sjukvårdsutvecklingsmedel	17
4	Kvalitetsstyrning	19
4.1	Hälso- och sjukvård	19
4.2	Uppföljning av arbetsmiljöplanen	22
5	Medarbetare	25
5.1	Personalomsättning.....	25
5.2	Sjukfrånvaro	26
5.3	Inhyrd personal.....	26
6	Ekonomi	27
6.1	Årets budgetavvikelse	27
6.2	Investeringar	31
7	Verksamhetsmått	32
7.1	Förvaltningens kompletterande indikatorer	32
8	Bilaga 1: Indikatorer över tid	37
8.1	Målgrupp (invånare/patient/kund/elev).....	37
8.2	Verksamhet (produktion/kvalitet).....	41
8.3	Medarbetare	51

1 Sammanfattning

För 2025 bedöms alla nämndsmål, kopplade till regionala fokusområde och mål, ha mötts. Införandet av Cosmic har varit den mest komplexa förändringen under året. Detta införande har påverkat förutsättningarna att realisera ambitioner inom målstyrningen, kvalitetsstyrningen och ekonomistyrningen.

Att införa, utveckla och bedriva vård med ett nytt journalsystem har inneburit både framsteg, och utmaningar, vilka krävt kraft. Sjukhusets medarbetare, regionala stödstrukturer och Sussa-samverkan har arbetat intensivt för att åtgärda fel, minska risker och anpassa arbetssätt. Trots framdrift återstår mycket för att fullt ut nå de effektmål som förväntas av ett modernt vårdinformationsystem.

Sedan april har det förelegat utmaningar med datakvalitet och uppföljningsstatistik, vilket påverkat möjligheten att följa och förstå delar av årets resultat. Mycket arbete pågår för att stabilisera statistik och registreringsrutiner, så att uppföljningen speglar vårdverksamheten och blir tillförlitligt för styrning.

Tillgängligheten under 2025 framstår som påtagligt försämrad. Det bedöms bero på annorlunda datauppföljningsstruktur, minskad produktion under införandefasen samt långsammare arbetssätt därefter. Öppenvårdsvolymer var låga under våren men har därefter återhämtat sig. Sjukhusets slutenvårdskapacitet har varit högre 2025 än 2024, vilket bidragit till att fler planerade slutenvårdskrävande operationer kunnat genomföras. Slutenvårdens beläggningsgrad har minskat något som ett resultat av kloka arbetssätt, bättre samverkan med kommunerna kring utskrivning och fler vårdplatser. Antal omhändertagna och andel inskrivna vid akutmottagningarna har legat på samma nivå som föregående år. För andra året i rad välkomnade akutmottagningarna akut primärvård under sommarperioden i samarbete med Närsjukvården Halland.

Personalomsättningen är stabilt på samma nivå som föregående år. Fler har anställts än vad som har slutat. De flesta som nettorekryterats är sjuksköterskor. Exempel på andra medarbetarrelaterade utfallsmått som fortsatt faller väl ut är hållbart medarbetarengagemang, organisatorisk och social arbetsmiljö och frisknärvaro. Sjukhusets beroende av hyrbemanning har minskat och vid 2025 års slut är fler enheter helt utan hyrsjuksköterskor. Total hyrkostnad för 2025 var 15 miljoner kronor lägre än 2024. Denna positiva utveckling behöver fortsätta för en än bättre vårdkvalitet, arbetsmiljö och ekonomisk stabilitet.

Hallands sjukhus ekonomiska resultat för 2025 är en total avvikelse om minus 54 mnkr, vilket utgör 0,9 procent av nämndens totala kostnadsbudget. Den totala avvikelsen är fördelad enligt följande: minus 31 mnkr för somatisk vård, 0 mnkr för tandvård, plus 4 mnkr för vårdval öppenvård hudsjukvård samt minus 27 mnkr för regionvård.

2 Målstyrning

I Driftnämnden Hallands sjukhus verksamhetsplan har nämnden beslutat om nämndsmål för Hallands sjukhus för verksamhetsåret 2025. De syftar till att långsiktigt förbättra uthålliga förutsättningar för verksamhetens genomförande – vad gäller kompetensförsörjning, ledarskap, robusthet, social och ekologisk hållbarhet samt ekonomi.

Nämndsmålen utgår från nämndens uppdrag i regionfullmäktiges fastställda reglemente samt nämndens tilldelade fokusområden och mål enligt regionfullmäktigebeslut inför 2025.

Fokusområde från MoB 2025	Mål från MoB 2025
En organisation med utvecklings- och motståndskraft	En organisation med robust verksamhet och tryggt samhällsuppdrag
	En attraktiv arbetsgivare för hållbar kompetensförsörjning
	En organisation som minskar sin klimat- och miljöpåverkan
En tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård	En region som säkerställer god och tillgänglig vård
	En region som utvecklar den nära vården
	En region som utvecklar och förbättrar cancervården
En digital kraftsamling för framtidens välfärd	En region som bidrar till en smartare och enklare vardag genom AI och informationsdriven utveckling
	En region som säkerställer ett modernt och sammanhållet vårdinformationsstöd

2.1 En organisation med utvecklings- och motståndskraft

2.1.1 En organisation med robust verksamhet och tryggt samhällsuppdrag

Kontinuitetsplaner och rutiner för försörjningsavbrott och masskada ska stärkas, internt och i samverkan med andra aktörer.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Under året har Hallands sjukhus tagit viktiga steg för att åstadkomma en motståndskraftig verksamhet. Arbetet med kontinuitetsplaner har intensifierats och fått en tydligare struktur genom en ny sjukhusgemensam mall, vilket möjliggjort en mer enhetlig och systematisk planering och krishantering. Samhällskritiska delar av sjukhusets verksamheter har prioriterats. Såväl krisledningsrum som kommunikationsvägar har uppdaterats och upprustats för att bättre kunna möta utmaningar och krav.

I alla verksamheter pågår arbete med att revidera kontinuitetsplaner, och flera kliniker är helt färdiga. Samverkan med regionala aktörer kring masskadescenarier har fördjupats och erfarenheter från scenarioövningar och utbildningsinsatser har gjorts.

Trots framdrift finns behov av fortsatt central styrning och arbete behöver fortgå under nästa år för att färdigställa vissa delar. Sammantaget har organisationen stärkt sin förmåga att hantera störningar och kriser, men arbetet måste fortsätta.

2.1.2 En attraktiv arbetsgivare för hållbar kompetensförsörjning

Identifiera sätt att behålla och återrekrytera medarbetare. Möjliggör för chefer att utöva ett nära och involverande ledarskap genom minskad tidsåtgång för administrativa uppgifter.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Hallands sjukhus har under året fortsatt arbetet för att vara en attraktiv arbetsgivare och skapa förutsättningar för ett nära och involverande ledarskap. Bland annat genom digitala introduktionsprogram, användning av kompetensprogressionsstegar och ett relevanta fortbildningsmöjligheter. Chefernas nätverk har fått ökad betydelse och erfarenhetsutbyten mellan enheter har bidragit till att sprida goda exempel och skapa en ännu starkare lärandekultur.

Ett strukturerat arbete med introduktion och inskolning har genomförts inom flera kliniker, vilket har stärkt både tryggheten och förutsättningarna för en trygg start och ett hållbart lärande. Basår och basmånader för nya sjuksköterskor och undersköterskor samt gemensamma introduktionsdagar har gett nyanställda förutsättningar för en trygg start. Flera verksamheter har också arbetat aktivt med mentorskap, introduktion och aktiviteter som stärker gemenskap och tillhörighet på arbetsplatsen.

Schemalagd egen kompetensutvecklingstid har införts på flera håll för att fylla på och befästa kunskap och färdigheter. Arbetet med att tydliggöra karriär- och utvecklingsvägar genom kompetensprogressionsstegar har samtidigt bidragit till ökad transparens och stärkt förmåga att långsiktigt behålla och utveckla medarbetare. Flera kliniker har arbetat aktivt med intern kompetensutveckling genom föreläsningar, medicintekniska träningar, simuleringsmoment och teamträning.

Utbildnings- och handledningsinsatserna för nästa generations medarbetare har varit mycket omfattande. Kirurgkliniken har exempelvis ökat användning av Peer learning som är en evidensbaserad metod där deltagarna turas om att vara lärare och elev för att stärka ansvar och förståelse. Detta har ökat möjligheten att ta emot sjuksköterskestudenter och i plan ligger att även kunna öka emottagandet av läkarstudenter. Många medarbetare från sjukhuset bidrar även kontinuerligt för att föreläsa och undervisa vid Högskolan i Halmstad, vilket stärker kopplingen mellan utbildningssystemet och klinisk sjukhusets kliniska kompetensförsörjning.

Team- och kompetensutveckling har också bidragit positivt till trygghet och arbetsmiljö. Inom bland annat intensivvård och barn- och ungdomsmedicin har deltagande i forskningsstudier direkt kunnat bidra till nya kunskaper som kan omsättas i det kliniska arbetet. Inom

operationssjukvården har utvecklad teamträning och ett pilotsals-projekt lett till effektivare arbetssätt, tydligare rutiner och en mer förutsägbar och hållbar arbetsmiljö.

Under året har en sjukhusövergripande genomlysning gjorts med syfte att ge chefer och medarbetare ett mer samlat och ändamålsenligt stöd i de många administrativa chef- och medarbetarprocesser som finns, exempelvis schemaläggning, arbetstidsförläggning, rekrytering och anställning. Både chefer och fackligt förtroendevalda har uttryckt stor enighet kring värdet av ett mer enhetligt stöd. För att gemensamt utforska möjligheter och utvecklingsområden har flera workshops genomförts för att skapa nulägesbild. Nu fortsätter arbetet med framtagande av åtgärder under samordning av HR-chef vilket skulle kunna handla om förändrade arbetssätt, roller och organisering.

Införandet av Tessa, Region Hallands digitala system för schema-, bemannings- och tidrapportering har fortsatt under året för att lyckas standardisera och förenkla bemanningsadministration, frigöra tid och skapa bättre förutsättningar för nära ledarskap. Alla arbetssätt har inte satt sig och upplevelsen hos chefer varierar, men vissa har börjat använda Tessas AI-stöd och upplevt att det har potential. Utvecklingen vad gäller personalomsättning, frisknärvaro samt hyranvändning pekar på totalen åt rätt håll (se kapitel 5).

Sjukhuset har deltagit i både lokala och regionala forum för att utveckla rekryteringsprocessen och arbetsgivarvarumärket. Kansli- och kommunikationsavdelningen har bidragit, tillsammans med enskilda arbetsplatser och medarbetare, genom kommunikationsinsatser för att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare. Nya klinik-hemsidor har tagits fram för att öka kännedomen om verksamheterna och förmedla en tydligare bild av karriärmöjligheter på sjukhuset. Även yrkessidor som presenterar olika yrken med filmer och text, har utvecklats och visat ett ökat besöksantal, där många gått vidare till att söka lediga tjänster. Riktade rekryteringskampanjer har genomförts, bland annat för att nå målgrupper som medicinska sekreterare och undersköterskor.

För att stödja chefers kommunikativa ledarskap har kommunikationsfunktionen också bidragit i planering och genomförande av mötesforum och utbildat inom budskapshantering och medieträning. Detta har hjälpt chefer att leda med tydlighet, skapa samhörighet i arbetsgrupperna och stärka dialog och förståelse.

Satsningar på handledning, mentorskap och lokala utvecklingsdagar har ytterligare stärkt arbetsmiljön och engagemanget. Standardisering och digitalisering av administrativa arbetsflöden såsom taligenkänning, gemensamma styrdokument samt mer och bättre digital patientinformation har minskat repetitiva moment och frigjort tid.

Genom att kombinera strukturerade systemstöd med verksamhetsnära insatser har Hallands sjukhus stärkt sin förmåga att introducera, utveckla, attrahera och behålla medarbetare. Den största effekten skapas i det nära samarbetet mellan chefer, medarbetare, studenter och stödfunktioner där handledning, teamarbete, kommunikation och kompetensutveckling tillsammans bygger en hållbar arbetsmiljö och långsiktig attraktivitet som arbetsplats. Se även 4.2.

Manuella och repetitiva arbetsuppgifter ska standardiseras, förenklas och automatiseras för att främja arbetsmiljö, resursanvändning och kvalitet. Det som berör Cosmic ska prioriteras.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Arbetet med att standardisera, förenkla och automatisera manuella och repetitiva arbetsuppgifter har under året varit viktigt. Genom gemensamma rutiner, digitala verktyg och förbättrade arbetsflöden har organisationen tagit steg mot att stärka arbetsmiljön, öka kvaliteten och använda resurser mer effektivt. Exempel är där införandet av taligenkänning minskat skrivtider och upplevts värdefullt av många typer av medarbetare, digital patientkommunikation och utveckling av gemensamma styrdokument och lathundar.

Kallelser, hälsodeklarationer och patientinformation skickas i högre grad via 1177, vilket har minskat behovet av pappershantering och bidragit till att fler patienter får relevant information snabbare och säkrare. Flera verksamheter har även infört eller breddat möjligheten till digitala besök och distanskontakter, vilket har underlättat för patienter att ta del av vård och rådgivning på distans. Elektronisk insamling av enkätsvar och återkoppling, exempelvis genom digitala PREM- och PROM-enkäter via 1177 har kunnat förenkla uppföljning och kvalitetsarbete (PREM mäter patienters upplevelse av vården och PROM mäter hur patienterna själva skattar sin hälsa och sitt funktionsmått).

Samtidigt har införandet av nya digitala arbetssätt och system inneburit vissa utmaningar. Integration av taligenkänning med journalsystemet har visat sig vara mer komplext än förväntat och vissa funktioner har begränsats av tekniska hinder. Införandet av Cosmic har krävt omfattande anpassning av arbetsflöden och utbildningsinsatser och flera verksamheter har rapporterat om ökad administrativ arbetsbörda och behov av mycket stöd, se även 2.3.2. Automatisering av kvalitetsregister och sjukintyg har påbörjats, men det kvarstår betydande utmaningar kring datakvalitet, användarvänlighet och säker informationsöverföring.

Arbetet med standardisering och automatisering är en pågående process som kräver både uthållighet och flexibilitet. Gemensamma prioriteringar och löpande dialog mellan klinikerna, stödfunktioner och IT behövs för att säkerställa att nya arbetssätt verkligen leder till förbättringar i vardagen.

2.1.3 En organisation som minskar sin klimat- och miljöpåverkan

Sjukhusets klimat- och miljöpåverkan ska vara så liten som möjligt. Viktiga åtgärder är mer distanskontakter, färre vårdskador och kloka kliniska val för att undvika onödig eller oönskad vård. Arbetet med förbrukningsmaterial, avfall och kemikalier ska fortgå.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Hallands sjukhus har under året fortsatt det systematiska arbetet för att minska miljöpåverkan från vården som bedrivs. Ett fokusområde har varit att öka andel distanskontakter, vilket minskar behov av resor och utsläpp. Arbetet kräver både utvecklade arbetsätt, användarvänliga digitala system och lokaler som anpassats för denna vårdform.

Dialoger och arbetsätt kring kloka kliniska val har präglat alla kliniker. Syftet är att ha en god medicinsk kvaliteten, undvika onödig eller oönskad vård. Många verksamheter har tagit fram kliniks specifika listor som tydliggör vilka åtgärder som bör genomföras mer respektive mindre, till exempel översyn av provpaket, hantering av undersökningar med begränsad patientnytta samt anpassning av åtgärder där nytta och risk varierar med ålder, indikation och patientens vilja.

För verksamhetsbilar har målgruppsanpassad information tagits fram som tydliggör vilket bränsle respektive fordon ska tankas med. Genom att nyckeltaggar med bränsleinformation placerats direkt på bilnycklarna, har medarbetare enkelt och vardagsnära påmint vid varje tankning. Insatsen bedöms ha haft god effekt. Tankning av miljöbränsle har ökat med 32 procentenheter jämfört med 2024. Etanolbilarna har tankats korrekt till cirka 60 procent och HVO100-bilarna till cirka 40 procent. Arbetet fortsätter under 2026 för att förbättra ytterligare. Jämfört med 2024 har Hallands sjukhus medarbetare kört cirka 3 procent kortare sträcka, vilket motsvarar cirka 280 tur- och returresor mellan Halmstad och Varberg (3900 mil). Även tjänsteresor med egen bil har minskat med cirka 10 procent.

Under året har bruna riskavfallsbehållare i biomaterial börjat införas. De består till 80 procent av förnybart material och bidrar till lägre koldioxidutsläpp vid förbränning. Övergången har skett successivt och på årsbasis uppgick användningen till 21 procent. I december var användningen uppe i cirka 36 procent. Miljönyttan är tydlig: bytet har hittills sparat 3,6 ton fossil plast och minskat koldioxidutsläppen med cirka 17 ton – motsvarande ungefär 4,6 varv runt ekvatorn i bensinbil. Eftersom Hallands sjukhus står för 67 procent av alla riskavfallsbehållare inom regionen är effekten betydande. Arbetet fortsätter under 2026 för att öka utbytestakten ytterligare.

Tillsammans med Regionservice har arbetet med att utveckla avfallslösningar på sjukhusområdena fortsatt. Efterfrågan är stor och många enheter efterfrågar mer ordning och tydlighet i avfallshanteringen. För matavfallsinsamling inväntar sjukhuset att Regionfastigheter slutför projekteringen av matavfallskomprimatorer i Halmstad och Varberg. Under året har även en sorteringsguide för avfall i läkemedelsrum tagits fram för att införas under 2026. Det

är också positivt att rapportering av miljöavvikelser har ökat, eftersom detta ger bättre underlag för utbildning, förbättringar och dialog på och med olika arbetsplatser för att öka kunskap och hitta lösningar. Arbetet med kemikalier har fortsatt. Samtliga kemiska produkter som innehåller utfasningsämnen har inventerats och bedömts och flera produkter kan fhasas ut under 2026. En ny rutin för hantering av kemikalieavfall har tagits fram för att tydliggöra paketering och hämtning, förbättra arbetsmiljön och minska risker. Ett antal tillsynsärende, bland annat kring kvicksilver och zink, har hanterats i samverkan med berörda myndigheter.

Inom läkemedelsområdet har arbetet med utbildningen *Läkemedel och miljö* fortsatt med en positiv trend för antal genomförda utbildningar. Flera verksamheter har valt att genomföra grupp-utbildningar, vilket upplevs som både effektivt och uppskattat även om gruppgenomföranden inte alltid syns i Kompetensportalen. Uppmuntrarbete pågår för att fler ska gå hela utbildningen. Parallellt har sjukhuset fortsatt arbetet med att minska klimatpåverkan från medicinska gaser, bland annat genom pågående arbete med installation av en destruktionsanläggning för lustgas.

Hallands sjukhus miljöarbete vilar på många och verksamhetsnära insatser. Sjukhuset har omkring 80 miljöombud som driver lokala förbättringar, stöttar kollegor och fungerar som en länk mellan verksamhet, ledning och en mycket kunnig miljösamordnare. Ombudens engagemang, tillsammans med en tydlig struktur för riskbedömning och uppföljning, är centralt för att säkerställa att de betydande miljöaspekterna hanteras och att förbättringsarbetet fortsätter utvecklas.

2.2 En tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård

2.2.1 En region som säkerställer god och tillgänglig vård

Patientsäkerhetsstärkande åtgärder ska identifieras och införas för att minska vanliga och farliga risker, inte minst för multisjuka med stora omvårdnadsbehov.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

För att stärka patientsäkerheten och minska vanliga samt allvarliga risker – särskilt för multisjuka patienter med omfattande omvårdnadsbehov, har flera åtgärder genomförts och utvecklats under året. Utbildningsinsatser och nya arbetssätt har implementerats för att höja kunskapsnivån och öka säkerheten i vården.

Exempelvis har sjuksköterskor och undersköterskor utbildats i strukturerade metoder för riskbedömning och tidig upptäckt av försämring, såsom ProACT (metod för att identifiera tidiga tecken på akut försämring) och ”head to toe” (systematiskt arbetssätt för helkroppsbedömning). Dessa metoder stärker den kliniska blicken och bidrar till mer enhetliga rutiner. Regelbundna utbildningar och föreläsningar har dessutom genomförts inom hjärt-lungräddning, sepsis, preventiv omvårdnad och basala hygienrutiner, i syfte att öka förmågan att förebygga och hantera akuta situationer.

Flera kliniker har arbetat med att förbättra hanteringen av infarter och katetrar, bland annat genom riktade insatser kring perifer venkateter (PVK) och minskad användning av navelkateter på Neonatalavdelningen. På Infektionskliniken har interna mätningar av följsamhet till hygienrutiner införts och på barnakuten har utbildningsinsatser genomförts kring övervakning och kontroll av infarter.

Resultat från punktprevalensmätningar av trycksår och fuktskador har legat till grund för riktade åtgärder, såsom utbildning och förbättrad dokumentation i journalsystemet (se även 4.2). Arbetet med att analysera och hantera rapporterade avvikelser har intensifierats, där Hallands sjukhus patientsäkerhetsteam och olika klinikers multiprofessionella avvikelseteam stödjer metodutveckling, risk- och händelseanalyser samt återkopplar till kollegor för ett kollektivt lärande. Under året har även en internrevision med fokus på patientsäkerhet och avvikelshantering genomförts. Den gav värdefulla insikter om behovet av stärkt systematik och enhetlighet i processerna, särskilt vad gäller orsaksanalys, uppföljning och lärande.

Som en del av det patientsäkerhetsstärkande arbetet har några vårdavdelningar fått tillgång till avdelningsfarmaceuter. De ansvarar för vissa läkemedelsrelaterade arbetsuppgifter, säkerställer korrekta läkemedelslistor och bidrar till att förebygga läkemedelsrelaterade komplikationer. Utvärderingar visar än så länge effekter i form av ökad patientsäkerhet, förbättrad arbetsmiljö och färre avvikelser vid utskrivning, särskilt för multisjuka patienter med komplex läkemedelsbehandling.

Möjlighet till ökad patientdelaktighet har stärkts, exempelvis genom förbättrad och mer invånarcentrerad information i patientfoldrar, på klinikers och mottagningars 1177-sidor och genom ökad användning av Min vårdplan. Inom trygg och säker utskrivning har flera åtgärder genomförts. De två viktigaste är ett stort fokus på att öka trygghet och tydlighet kring läkemedelsordinationer samt bättre kvalitet på informationen som sjukhuset lämnar till kommunerna i Lifecare (som är en mjukvara som används vid utskrivningsplanering).

Säkerhet kring läkemedel på sjukhuset har behövt stärkas genom utveckling av Cosmics ordinationsstöd. I de fysiska läkemedelsrummen har läkemedel organiserats utifrån deras användningsområde för att minska risken för förväxlingar och underlätta förrådshantering. Målet har varit att få till ett enklare, mer enhetligt och strukturerat arbetssätt och även underlätta om man är ny på en avdelning. Utvecklingsarbete pågår även för att, med hjälp av bärbara läkemedelspumpar, kunna erbjuda fler patienter möjlighet att få komma hem även om man behöver läkemedelsinjektioner några gånger per dag. Detta är extra uppskattat hos patienter som annars ”mår bra” men som har en infektion som kräver många dagar, eller veckor, med intravenös behandling (det vill säga läkemedel in i blodet).

Under året har halländska barn börjat erbjudas en ny behandling på sjukhuset direkt efter födseln. Läkemedlet är antikroppar mot RS-virus och ges som en engångs-injektion. Det förbättrar bebisens immunförsvar och minskar risken för att en RS-infektion blir allvarlig och kräver sjukhusvård. Införandet har genomförts i nära samverkan mellan berörda verksamheter och i enlighet med nationella rekommendationer.

2.2.2 En region som vidareutvecklar den nära vården

Vårdprocesser ska tydliggöras tillsammans med region- och kommunpartners så att patienter upplever vården sammanhållen och känner sig delaktiga. Skriftlig information till patienter ska upplevas informativ, hjälpsam och vänlig.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Arbetet med att utveckla och stärka vårdprocesserna samt den nära vården har varit fortsatt prioriterat under året. Alla kliniker har, utifrån sina patientgrupper och vårdinnehåll, arbetat för att skapa mer sammanhållna och patientcenterade flöden, där samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunala aktörer kan göra stor skillnad. Ett särskilt fokus har legat på att tydliggöra och harmonisera processer för att sträva efter att patienter upplever vården som sammanhållen och att de känner sig delaktiga i sin egen vård.

Med bidrag från Hallands sjukhus läkemedelsenhet och kliniska verksamheter har ett nytt och mycket välkommet regionalt regelverk mejslat fram under 2025. Detta reglerar ersättning till närsjukvårdens vårdvalsenheter för rekvisitionsläkemedel (det vill säga läkemedel som inte förskrivs på ”recept” och hämtas ut via apotek). Förändringen ger möjlighet för betydligt enklare och ändamålsenlig hantering när en patient behöver regelbunden underhållsbehandling med en injektion läkemedel (i hud, muskel eller blodkärl). Med det nya regelverket har vissa hinder undanröjts för att invånare med exempelvis vitamin-, järn och hormonbrist ska kunna underhållsbehandlas på sin vårdcentral. Utöver att vara mer ekonomiskt fördelaktigt för regionen totalt, eftersom upphandlade priser kan tillämpas, medför förändringen att vissa patientgrupper slipper resa till ett sjukhus för att få läkemedelsbehandling.

Under året har flera konkreta initiativ genomförts. Inom barn- och ungdomskliniken har projektgrupper arbetat med att utveckla barnanpassad vård, bland annat genom förbättrad skyltning, barnanpassade kallelser och patientdagböcker för barn med långa eller återkommande vårdtillfällen. Patientrådet ”Unga experter på barnsjukvård” har varit delaktiga i utvecklingsprojekt, vilket har bidragit till att stärka patientperspektivet och öka delaktigheten.

Kvinnokliniken har arbetat med flera vårdprocesser, såsom BB-hemma (se även 3.2), egenmonitorering och Aurora-verksamheten för gravida med förlossningsrädsla. Dessa insatser har lett till tydligare vårdflöden, bättre informationsöverföring och förbättrad samverkan mellan olika vårdnivåer. Processerna för urininkontinens och vulvabesvär (vulvodyni) har fått nya regionala riktlinjer med uppdaterad patientinformation, vilket har bidragit till ökad kvalitet och kontinuitet i vården.

Arbetet med Personcentrerat vårdförlopp (PSVF) Stroke har fått en ny processledare och fokus har legat på att kartlägga nuläget, säkerställa processkarta och samla aktörer i regionala möten.

Hudkliniken har under året stärkt sina vårdprocesser genom fördjupat samarbete med regionens vårdvalskollegor inom privat hudsjukvård. Genom regelbundna PAD*-ronder, där vävnadsprover granskas och behandlingsbeslut diskuteras gemensamt, har mer enhetliga

bedömningar och en högre diagnostisk kvalitet kunnat uppnås. Regelbundna samordningsmöten mellan kirurger, öron-, näs- och hals- samt hudspecialister har skett för att förbättra patientflöden och öka kontinuitet. *PAD=Patologi, anatomi, diagnostik

Rehabiliteringskliniken har under året stärkt sitt arbete med tydlig och säker kommunikation genom samtalsmetoden *Förstå mig rätt*. Metoden används för att säkerställa att patienter förstår den information de får, vilket bidrar till ökad trygghet och förbättrade förutsättningar för delaktighet i vården. Kliniken har även förberett att kunna erbjuda specialistvårdslogopedi gentemot barn- och ungdomspsykiatri med syfte att stärka kommunikativa insatser för barn och unga med behov av logopedisk kompetens.

Specialisttandvården har breddat tandsköterskornas roll i behandling och remisshantering, analyserat konsekvenser av Tiotandvården och arbetat med processer för bettfysiologi, munhygien och postoperativa kontroller. Ögonkliniken har identifierat viktiga funktioner i arbetsgruppen för processer kring glaukom, retina, katarakt och barn, medan öron-, näs- och halskliniken har tydliggjort processen för obstruktiv sömnapné (OSAS) och etablerat digitala rutiner via 1177.se, så att ännu fler patienttyper kan ta emot information, skicka in uppgifter och ha kontakt med vården genom e-tjänst.

En intensifierad samverkan mellan medicinklinikerna har präglat året, med fler gemensamma mål och aktiviteter inom kardiologi, endokrinologi, lungmedicin och neurologi. Exempelvis har avdelningscheferna inom kardiologin påbörjat ett fördjupat samarbete för att öka jämlik vård och bidra till sömlösa flöden i länet. För att stärka kompetensen i vårdövergångar och säkerställa enhetliga arbetssätt har utbildningsinsatser inom neurologi och peritonealdialys (påsdialys) genomförts för kommunsjuksköterskor. Infektionskliniken har i samarbete med Läkemedelsenheten och Utvecklingsavdelningen arbetat för att färre patienter ska behöva ligga på sjukhuset bara för att få antibiotikabehandling i blodet – eftersom det nu finns tekniker, material och arbetssätt som gör det möjligt att få denna typ av injektioner hemma via en enklare typ av pump. STRAMA-arbetet har fortsatt under året genom utbildningsinsatser och klinikvisa dialoger kring antibiotikaval och vårdhygien. STRAMA syftar till att minska antibiotikaresistens genom en klok antibiotikaanvändning, låg smittspridning och bra hygienrutiner.

Sammanfattningsvis har året präglats av ett brett och målinriktat arbete med att utveckla vårdprocesser, stärka samverkan mellan kliniker, region- och kommunpartners samt förbättra patientinformation och patienternas delaktighet.

2.2.3 En region som utvecklar och förbättrar cancervården

Cancervårdens arbetssätt ska harmonisera mellan utbudsorter för att öka jämlikhet, frigöra kapacitet och korta tid till rätt insatt behandling.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) anger vilka utredningar som ska göras vid misstanke om en viss cancer samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. Den nationella målsättningen med SVF är att minska onödig väntan och ovisshet för patient som har symptom som kan vara cancer.

För period januari–oktober 2025 nådde inte Region Halland det nationella inklusionsmålet i den nationella sammanställningen där det halländska resultatet var 55 procent, vilket är långt ifrån målet att minst 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via SVF. För helår 2024 var Region Hallands inklusionsgrad hela 90 procent. Den stora minskningen i Halland sammanfaller alltså med införandet av Cosmic, där flera utmaningar uppkom kring registrering, kodning och överföring av data till nationell nivå. Jämfört med tidigare år har betydligt färre förlopp registrerats och rapporterats in under 2025, vilket påverkar både inklusionsgrad och uppföljningsmöjlighet. Analys visar att vissa förlopp saknar korrekt startkod, att eftersläpning i kodning förekommit och att tekniska problem har påverkat utdata. Arbetet med att kvalitetssäkra registreringar och rätta fellistor har varit och är fortsatt prioriterat.

Ledtidsmålet innebär att 80 procent av de som utreds via SVF ska påbörja behandling inom angiven mål-ledtid. Under perioden januari–oktober 2025 visar den registrering som finns att 53 procent av halländska patienter startat behandling inom målet, vilket är en förbättring med fyra procentenheter jämfört med helår 2024. Det är väsentligt att ledtidsmålet nu beräknas på färre patienter än tidigare, eftersom färre förlopp överförs till nationell statistik efter införandet av Cosmic. Detta innebär att statistiken sannolikt inte ger en heltäckande eller helt rättvisande bild av ledtiderna totalt.

Utöver tekniska och systemrelaterade utmaningar har det framkommit att vissa förlopp är registrerade som avslutade, men utan korrekt startkod. Detta gör att de inte följer med till nationell statistik. Dessutom finns ett betydande antal pågående förlopp som inte avslutats inom 90 dagar, vilket påverkar möjligheten till uppföljning och analys. Informatikavdelningen har under året arbetat med att förbättra datalager och rutiner för att möjliggöra tillförlitlig uppföljning av ledtider och inklusion, och ansvarsfördelningen kring dataöverföring och kvalitetssäkring har tydliggjorts.

Parallellt med detta har förbättringsarbeten fortsatt för att utveckla och harmonisera cancerprocesserna. Insatser har genomförts för att stärka SVF-koordinatorernas uppdrag, förbättra dokumentation och rutiner, samt implementera det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering. Sammantaget har dessa åtgärder bidragit till att skapa bättre

förutsättningar för en effektiv, jämlik och sammanhållen cancervård i Halland, även om utmaningar kvarstår inför kommande år.

2.3 En digital kraftsamling för framtidens välfärd

2.3.1 En region som bidrar till en smartare och enklare vardag genom AI och informationsdriven utveckling

Informationsdrivna analyser och vetenskap ska inspirera till nya arbetssätt. AI ska kunna tillämpas i vårdprocesser och administration för att underlätta chefers och medarbetares vardag.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Under året har arbetet med att undersöka och utveckla användningen av AI och digitala analysverktyg inom vårdprocesser och administrativa arbetssätt fortsatt. AI-baserade lösningar har testats inom områden som schemaläggning, dokumentation och bildgranskning i form av pilotstudier och utvärderingar.

Avseende bildgranskning har vissa kliniker under året inlett pilotstudier där AI-teknik prövats för bild- och fotoanalys, exempelvis vid hudförändringar, i tandvård samt för vissa skelettbilder. Syftet har varit att utvärdera teknikens möjligheter att stödja bedömning och diagnossättning.

Under året har mycket arbete gjorts för att använda digital analysmjukvara (såsom QlikSense och Power BI) för att följa och åskådliggöra verksamhetsdata. Detta för att underlätta uppföljning, öka effektivitet och få ett mer strukturerat resursutnyttjande. Se exempel under 4.1.2.

Flera verksamheter har under året utbildat inom digitala verktyg för informationsdriven analys. Införandet av nya digitala lösningar har även tydliggjort att god datakvalitet och fungerande integrationer mellan system är fullständigt avgörande. Svårigheter vid bristande integration blev under året extra uppenbara vid byte av journalsystem (se exempel under 2.3.2.).

2.3.2 En region som säkerställer ett modernt och sammanhållet vårdinformationsstöd

Cosmic ska införas genom omfattande planering, arbetssättsanpassningar och utbildning. Riskanalyser och beredskapsåtgärder för oförutsedda händelser kopplat till driftsättning ska göras så att patienternas vård påverkas så lite som möjligt.

Fokusområden och mål kopplat till detta nämndsmål bedöms vara uppfyllda.

Införandet av Cosmic under 2025 har varit den största och viktigaste förändringen inom Hallands sjukhus eftersom det utgjorde en grundläggande förutsättning för fortsatt utveckling av en säker, effektiv och sammanhållen vård. Arbetet har inbegripit omfattande utbildningsinsatser, riskanalyser och en successiv anpassning av rutiner och arbetsflöden i hela organisationen. Under driftsättningen prioriterades patientsäkerheten och de akuta flödena, vilket möjliggjordes genom noggrann planering, närvarande ledarskap och ett starkt stöd från införandestöd.

Trots dessa omfattande förberedelser innebar övergången en betydande belastning på verksamheten. Medarbetare behövde anpassa sig till nya arbetssätt och systemlogik samtidigt som ordinarie vård bedrevs. Stabiliseringsfasen blev mer omfattande och mycket längre än förväntat med en ökad administrativ arbetsbörda, särskilt bland läkare och medicinska sekreterare, samt försämrade systemprestanda. Initialt saknades många funktioner vilket påverkade arbetsflöden och arbetsmiljö negativt. Akutmottagningarna påverkades särskilt av att flödesstöd och realtidsöversikter från tidigare system ännu saknade motsvarigheter i Cosmic, vilket försvårade arbetet med triage, prioritering och belastningshantering under en redan pressad situation.

Tillfälliga lösningar, såsom särskilda arbetslistor för diagnos- och åtgärdsregistrering, möjliggjorde fortsatt uppföljning innan ordinarie vyer förbättrats. Parallellt arbetade metodstöd, patientsäkerhetsteam och utbildningsfunktioner systematiskt med risk- och händelseanalyser, förstärkta rutiner och riktade stödsatser. Ett särskilt fokusområde var läkemedelsmodulen, där identifierade kompetensgap och systembegränsningar krävde nya utbildningsinsatser, utvecklade ordinationsmallar och ett förstärkt stöd till verksamheterna för att säkerställa en robust och säker läkemedelshantering. Detta arbete pågår alltjämt och kommer behöva fortgå. Inför 2026 prioriteras fortsatt utbildning inom läkemedelsmodulen.

Journalsystembytet har inneburit både utmaningar och möjligheter. Under en lång period uppstod produktionsbortfall, effektivitetsförluster och ökade kostnader, bland annat kopplat till utbildningsbehov, införandestöd och bemanningsförstärkningar (se även 6.1). Dessutom medförde övergången begränsningar i datakvalitet och tillgång till statistik, bland annat avseende tillgänglighet och SVF (se 4.1.1), vilket påverkade möjligheten till uppföljning och styrning. Arbetet med att harmonisera dokumentationsrutiner och återupprätta SVF-ledtidsuppföljning har varit intensivt.

Samtidigt har positiva effekter också realiserats. Införande av NOVA-läsplattor (bland annat för digital rond, ”journal i fickan” och läkemedelsstöd), som är en del av Cosmics möjligheter, har visat potential att minska dubbeldokumentation och frigöra mer tid för patientnära arbete på de två pilotavdelningar som införde NOVA under senhöst 2025, se även 3.2.

Införandet har tydliggjort vikten av ett nära samverkan mellan verksamhet, IT och stödfunktioner. Att Region Halland i många fall även behövt samverka kring utveckling och förbättring med övriga SUSSA-regioner har delvis varit frustrerande, men är en konsekvens av den goda ansatsen att göra konfiguration och införande gemensamt. Etablering av lokala och regionala forum samt utveckling av tydliga processer för ändringshantering och support behöver fortgå. Från patientansvariga verksamheter efterfrågas regelbunden återkoppling om åtgärder och prioriterade förbättringar för att stärka transparens och delaktighet. Därutöver fortsätter arbetet med att förbättra datakvalitet och få uppföljningsstatistik.

Sammanfattningsvis har införandet av Cosmic varit en omfattande och utmanande förändringsresa som påverkat hela förvaltningen. Trots betydande påfrestningar har förmåga till anpassning, samarbete och lärande varit imponerande vilket skapar viktiga förutsättningar för att framåt lyckas dra nytta av Cosmics potential.

3 Tillkommande uppdrag till nämnden

3.1 Beslut om uppdrag att utveckla arbetet för sexuellt våldsutsatta och beslut om uppdrag att utveckla arbetet för flickor och kvinnor som könsstympats eller riskerar att könsstympas

Regionstyrelsen (RS §144 respektive RS §143) har i oktober 2024 uppdragit Driftnämnden Hallands sjukhus tillsammans med driftnämnderna för Psykiatri, Närsjukvård samt Ambulans, Diagnostik och Hälsa att:

- utveckla arbetet för sexuellt våldsutsatta i enlighet med utredningens identifierade förbättringsområden.

respektive:

- utveckla arbetet för flickor och kvinnor som könsstympats eller riskerar att könsstympas i enlighet med identifierade förbättringsområden.

Som utlovats i tidigare uppföljningsrapporter under 2025 från driftnämnden Hallands sjukhus ges här i årsredovisningen en sammanfattning av framdrift på ovan uppdrag, vilka även föredragits till Regionstyrelsen (RS §174) november 2025.

Sammanfattningsvis har det under 2025 genomförts flera insatser i linje med ansats att stärka regionens arbetet för sexuellt våldsutsatta samt för flickor och kvinnor som könsstympats eller riskerar att könsstympas. Huvuddelen av åtgärder har identifierats och genomförts förvaltningsövergripande.

Bland annat har utbildningar om våld i nära relationer och hedersrelaterat våld erbjudits, rutiner och samtalsstöd inom Kvinnokliniken har stärkts, och informationsöverföringen i vårdkedjan har uppdaterats. Ny information har publicerats på Vårdgivarwebben och dialog har förts med andra regioner för att förbättra Cosmics struktur för dokumentation. Arbetet har även innefattat ökad samverkan och teamarbete, särskilt kring komplexa ärenden och i kontakten med externa aktörer.

Utöver detta har möjliga utvecklingsinsatser identifierats, såsom ytterligare nationella utbildningar och metodstöd, utvecklad kommunikation via 1177 och andra kanaler, samt fortsatt arbete med att tydliggöra sökvägar till vård och stöd. Arbetet har därmed både resulterat i genomförda förbättringar och lagt grunden för fortsatt utveckling.

3.2 Återredovisning av förvaltningens erhållna hälso- och sjukvårdsutvecklingsmedel

I vissa fall, och i enlighet med regionala rutiner och delegationsordning, kan en förvaltning söka särskilda hälso- och sjukvårdsutvecklingsmedel för specifik och definierad hälso- och sjukvårdsutveckling. Respektive förvaltning och driftnämnd har därför ombetts, att i årsredovisningen, kortfattat beskriva framdrift för utveckling som delfinansierats av denna typ av medel. Det görs nedan med referens till beslut i parentes.

BB Hemma (RS231515, december 2023)

BB Hemma syftar till att möjliggöra för nyblivna föräldrar att återvända till hemmet inom 24 timmar efter en normal förlossning och få individanpassad uppföljning via barnmorskebesök upp till sju dagar efter förlossning, kompletterat med telefon/videokontakt vid behov.

Därefter övergår huvudkontaktväg till barnvårdscentral och Kvinnohälsovård. Mål med BB Hemma är att främja en god, nära, säker och familjecentrerad vård i en miljö som upplevs trygg. Det förväntas stärka föräldrarollen och leda till ökad andel amning vid sex månaders ålder. Därutöver minskar arbetssättet behovet av slutenvårdsplatser på BB.

Efter införande kan nu föräldrapar bosatta i Halland som går hem inom 24 timmar erbjudas BB Hemma, med undantag för sommarperioden då uppföljning behövt ske på sjukhuset. Under 2025 har möjligheten getts till 330 familjer, varav de flesta mödrar var omfödorskör. Utvärderingar visar att familjerna upplever sig trygga med vårdformen och att barnmorskorna som kommer på hembesök har god kompetens. Medverkande barnmorskor beskriver arbetssättet som stimulerande och positivt. Under året har elbilar och elcyklar kunnat börja användas för fler resor, vilket är positivt ur ett miljöhänsende.

NOVA utveckling och pilotinförande (RS251188)

Tilldelade medel har använts, helt i linje med ansökan, för inventering, planering och samordning gentemot regionkontoret ITD, leverantör Cambio och Sussa att pilotinföra NOVA på två vårdavdelningar vid Hallands sjukhus utöver en inom Psykiatri Halland (PSH). NOVA är mobila lösningar som speglar olika funktioner i journalsystemet Cosmic. Genom surfplattor kan medarbetare få tillgång till information från patientens journal, registrera kliniska parametrar, administrera läkemedel, beställa prover och delvis journalföra i. Genom NOVA har alla i teamet runt patienten en och att göra-lista bestående av aktiviteter tilldelade till respektive yrkesroll vilket gör att alla är uppdaterade på planen för patienten. Införande sker i efterhand gentemot det större bytet av journalsystem under våren 2025.

Utvecklingsmedel har beviljats för den kostnadstäckning för de i pilotprojektet utsedda medarbetarnas kompetens, roll och lönenivå för den direkta tid patient- och vårdnära medarbetare behöver tas ur klinisk tjänstgöring och ersättas med andra individer med motsvarande kompetens eftersom de inte kan avvaras utan menlig påverkan på patientverksamhet och tillgänglighet. Arbetstid för icke-kliniska medarbetare, såsom chefer och verksamhetsutvecklare söktes inte kostnadsersättning för. Pilotinförande har pågått under senare delen av 2025 och kommer fortsätta under första kvartalet 2026.

Läkemedelsförsörjning Region Halland (RS231172)

Tilldelade medel har använts, helt i linje med ansökan, för att möjliggöra upphandling för lager och logistiksystem samt läkemedelsförsörjning inom ramarna för stärkt försörjningsberedskap samt upphandling av läkemedelsförsörjningspartner.

4 Kvalitetsstyrning

4.1 Hälso- och sjukvård

4.1.1 Tillgänglighet

Sedan byte av journalsystem har regionen och förvaltningen haft stora utmaningar kopplat till uppföljningsstatistik och dataöverföring mellan Cosmic och regionens datalager, vilket påverkat upplösning och kvalitet för i princip all Cosmic-relaterad datauppföljning. Ett mycket omfattande analys- och kvalitetssäkringsarbete på kliniker och inom ekonomi- och informatikavdelningen har genomförts och pågår alltjämt. Den uppföljningsdata som nu presenteras är den bästa tillgängliga. Här observeras ett större antal väntande och en försämrad tillgänglighet efter december jämfört med senaste statistik från tidigare journalsystemet VAS. Förändringar i antal väntande och tillgänglighet beror i huvudsak på tekniska och administrativa förändringar i samband med systembytet, men sannolikt finns även en reell ökning i antal patienter som väntar på vård med anledning av minskad produktion. Nya registreringsmoment och förändrad registrerings- och uppföljningslogik för vilken typ av besök ("fas") som patienter väntar i kan i vissa fall förklara vissa stora skiften mellan 2024 års statistik och den som återges idag. Dessutom har en del ytterligare vårdverksamheter börjat registrera på ett sätt som gör att de ingår i väntande- och tillgänglighetsstatistiken, vilket i princip omöjliggör raka jämförelser med historiska data.

Kvalitetssäkringsarbete pågår för att förbättra datakvaliteten och försöka säkerställa att statistiken speglar faktisk kö och tillgänglighet så väl som möjligt.

I nationell jämförelse har Region Halland tappat i förhållande till riksnivå efter införandet av Cosmic. I SKR:s mätning av tillgänglighet (Väntetider i Vården) exkluderas patientvald väntan och vissa vårdområden. Detta innebär att SKR:s statistik i vissa fall skiljer sig från Region Hallands interna uppföljning som följer tillgänglighet för mer av sjukhusets verksamhet än bara det som överförs till nationell jämförelsestatistik.

Enligt statistik efter december väntar 2900 individer på operation/åtgärd, vilket i så fall skulle vara 32 procent färre jämfört med samma period 2024. Minskningen är dock inte reell, eftersom felregistreringar och ny logik har medfört att många patienter som väntar på operation/åtgärd i stället registrerats som väntande till Återbesök. Tillgänglighet till operation/åtgärd efter december 2025 var 47 procent, vilket är en försämring med 8 procentenheter jämfört med samma period 2024. Antalet operationer/behandlinger som genomförts via vårdgaranti har under perioden januari till december varit hälften så många jämfört med samma period 2024, vilket påverkar regionens ekonomiska resultat positivt. Arbete fortgår för att ytterligare och i fler delar förenkla processen kring vårdgarantihänvisning för att öka antal patienter som tackar ja till erbjudande och förkorta tiden från behov till åtgärd.

Tillgänglighet inom 60 dagar till första kontakt är efter december 51 procent, det är 16 procentenheter sämre än efter december 2024. Tillgänglighet till återbesök är efter december 77 procent, vilket är i nivå med december 2024.

4.1.2 Produktion och kvalitet

Tillförlitliga data kring antal överbeläggningar och utlokaliserade samt återinskrivningar inom 30 dagar saknas på helårsbasis och kommer därför inte kommenteras ytterligare.

Antalet akutmottagningsbesök efter december var i nivå med samma period 2024. Trenden, sett som ett rullande medelvärde för de 12 senaste månaderna, har planat ut. Dock viktigt att förstå att en del av ”utplaningen” beror på att knappt 2000 akutmottagningsbesök sommartid omhändertogs i primärvårdsspår och därmed försvinner från Hallands sjukhus rullande-12-statistik, även om de omhändertagits i sjukhusets lokaler, nyttjat utrustning och delvis mött Hallands sjukhus medarbetare.

Övriga besök i öppenvård har under januari till december varit cirka 6 procent färre än samma period 2024. Minskningen bedöms vara kopplad till införandet av Cosmic, både på grund av utbildningsinsats och efterföljande utmaningar som Cosmic medfört. Under perioden september till december har dock volym öppenvårdsbesök ökat för att ligga i nivå med motsvarande period 2024.

Slutenvårdsvolym har under helår 2025 påverkats av begränsad vårdplatskapacitet och Cosmic-införandet. Jämfört med helår 2024 har dock antalet disponibla vårdplatser i genomsnitt varit elva fler. Fortsatt pågår omfattande insatser för att minska vårdplatsbehov och öka förmåga att på marginalen upprätthålla fler. Det inbegriper exempelvis att fortsätta utveckla arbetssätt så att de platser som finns används klokt samt att säkerställa att utskrivningsklara patienter kan lämna sjukhuset med bra informationsöverföring och planering. Sjukhusets övergripande beläggning överskrider planerade och önskade nivåer, men har sjunkit 1,2 procentenheter jämfört med december 2024 och en möjlig sjunkande trend föreligger. Det finns emellertid stora variationer mellan olika specialiteter/kliniker.

Vid jämförelse med 2024 framgår det som om antalet planerade vårdtillfällen ökat 2025. Emellertid finns osäkerhet om detta är med sanningen överensstämmande utifrån att Cosmic-införandet medfört att akuta respektive planerade vårdtillfällen registreras och fångas annorlunda jämfört med i VAS. Dock föreligger en reell och mycket positiv ökning (plus 195) av antalet slutenvårdskrävande planerade operationer för helår 2025 jämfört med 2024.

Totalt antal operationer på operationsavdelningarna har januari till december varit något färre jämfört med motsvarande period 2024. Minskningen ligger i öppenvårdsoperationer, vilket är förväntat eftersom slutenvårdsoperationer i genomsnitt har längre operationstid.

Medelantal dagar som patienter varit utskrivningsklara och vistats på vårdavdelning i väntan på kommunal vård, har understigit tre dagar för perioden januari till november. Dialoger förs på olika nivåer mellan sjukhuset, kommuner och primärvård för ett bra patientflöde med målsättning att patienten kan skrivas ut från slutenvården när patienten är medicinsk färdigbehandlad i specialistsjukvården och hemgångsklar. Samtidigt upptar utskrivningsklara

patienter fortfarande en relativt stor andel av sjukhusets samlade vårdplatskapacitet. Senaste tolv månadersperioden med data (november 2024 till oktober 2025) har i genomsnitt 30 vårdplatser (sju procent av alla vårdplatser) upptagits av en utskrivningsklar patient som varit utskrivningsklar mer än en dag. För första gången någonsin kunde sjukhuset och de halländska kommunerna 2025 genomföra utskrivningsplaneringsmöten under en julhelgdag. Detta är ett konkret resultat av ett allt bättre samverkans klimat och värdefullt för de invånare som inte måste ligga på sjukhus under en period med höga slutenvårdsbehov till följd av vinterinfektioner.

Punktprevalensmätning (PPM) trycksår och fuktskador

Under 2025 genomfördes en punktprevalensmätning av fuktskador och trycksår. Resultaten från höstens mätning visar att förekomsten av trycksår respektive fuktskador var 13 procent. Andelen trycksår som uppkommit under vårdtiden var 8 procent, varav 3,6 procent klassificeras som vårdskada (trycksår kategori 2 och högre). Jämfört med tidigare mätningar ses en ökning av de trycksår som klassificeras som vårdskada.

Trots att andelen riskpatienter som blivit hudbedömda och riskbedömda under vårdtiden var högre än tidigare, var andelen identifierade och dokumenterade trycksår under vårdtiden oförändrad. Orsaken till detta är inte helt klarlagd men bidragande kan vara okunskap och osäkerhet kring omvårdnadsdokumentation i Cosmic. Resultatet visar på ett behov av att ytterligare stärka kunskapen hos sjuksköterskor i hur man screenar för att upptäcka patienter med ökad trycksår risk, hur man riskbedömer, hur man hudbedömer och hur man omvårdnadsdokumenterar för att inte missa att information eller åtgärder missas.

Sjukhusets handbok ”Säker Vård” och rutiner för preventiv omvårdnad har under året uppdaterats med underlag för screening, riskbedömning och vårdplaner samt vägledning för omvårdnadsdokumentation. Trycksårsmätningen redovisas i Qlik Sense för chefer på alla nivåer vilket möjliggör uppföljning av resultat och åtgärder över tid (se även 2.3.1).

Inom det systematiska förbättringsarbetet har slutenvårdens trycksårsombud utbildats under hösten 2025. Utbildningen täckte bland annat sårbehandling och debridering, vilket är centralt för att främja sår läkningsprocessen och minska risk för vårdskada.

Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler

Årets resultat för följsamhet till basala hygienrutiner visade att 66 procent av medarbetarna saknade anmärkning för basala hygienrutiner och att följsamhet till klädregler var 91 procent. Den totala följsamheten till samtliga steg för hygienrutiner och klädregler var 63 procent (fyra vardera för respektive mätning). Resultatet bekräftar en nedåtgående trend inom både basala hygienrutiner och klädregler för perioden 2020–2025 vid Hallands sjukhus. Sedan några år tillbaka görs inte längre nationella mätningar men Region Halland har valt att fortsätta mäta en gång per år med värdefullt stöd och samordning av Vårdhygien inom Ambulans, diagnostik och hälsa.

För att underlätta återkoppling och analys av resultaten har ett nytt verktyg utvecklats i samarbete mellan Regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelnings patientsäkerhetsenhet och Vårdhygien. Från och med 2025 rapporteras resultaten via Power BI, vilket ger chefer och verksamheter bättre möjligheter att följa upp och arbeta systematiskt med förbättringsåtgärder.

4.2 Uppföljning av arbetsmiljöplanen

Sjukhusets systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivs och följs upp på flera sätt. Det omfattar bland annat kvalitetsstyrningsindikatorer som möjliggör tidig upptäckt av avvikelser och skapar förutsättningar för att vidta åtgärder. Därutöver genomförs regelbundet olika typer av undersökningar som helt eller delvis mäter och följer arbetsmiljö utifrån olika aspekter.

Exempel på återkommande aktiviteter är arbetsmiljöronder, medarbetarundersökningen samt analys av arbetsskador och tillbud. Medarbetardeltagande har säkerställts genom arbetsplatsträffar och fackliga samverkansforum, som är centrala för att fånga utmaningar och möjligheter. Eftersom förändrings- och utvecklingsbehovet på sjukhuset är omfattande genomförs risk- och konsekvensanalyser inför verksamhetsförändringar för att minska negativa effekter på arbetsmiljön. Inför Cosmic-införandet gjordes flera lokala och övergripande risk- och konsekvensanalyser. Exempel på andra är sommarplanering på barnakuten, julplanering för slutenvården i Kungsbacka, förändrad bemanningsstruktur på BB, medicinklinikens anpassade vårdplatser inför influensasäsongen, geografisk placering av viss rehabverksamhet kopplat till lokalförsörjningsprojektet, införande av Tessa, organisationsförändring av Medicinsk teknik Halland, flytt av administrativ personal till nya lokaler på Kyrkogatan i Halmstad. I det förebyggande arbetet används metoder som utgår ifrån Sunt arbetslivs friskfaktorer, exempelvis vid medicinklinikernas utvecklingsdagar med externa konsulter kopplat till samarbetskultur, psykologisk trygghet och återhämtning. Även barnkliniken har haft tema friskfaktorer under året.

Mycket av arbetsmiljöarbetet sker i det dagliga samspelet mellan chefer, medarbetare och vid behov skyddsombud. Det är där arbetsmiljöfrågor identifieras, analyseras och åtgärdas löpande. Under 2025 har klinikerna kontinuerligt arbetat med att förbättra arbetsbelastning, arbetssätt, lokala rutiner, kompetensstöd och samarbete i arbetsgrupperna. Många av de mest effektiva arbetsmiljöinsatserna är verksamhetsnära och situationsanpassade och framträder därför inte alltid som sjukhusövergripande initiativ, men de har stor betydelse för både en hållbar arbetsmiljö och en trygg vård. Exempel från verksamheten redovisas även *2.1.2 En attraktiv arbetsgivare för hållbar kompetensförsörjning* och såväl frisknärvaro som personalomsättning inom samtliga professioner har förbättrats under året på sjukhuset som helhet (se kapitel 5), men det finns enskilda arbetsplatser med fortsatt hög sårbarhet.

Arbetet bedrivs i nära dialog genom samverkan på flera nivåer, bland annat via arbetsplatsträffar, riskbedömningar, skyddsronder och lokala förbättringsinitiativ, där chefer och medarbetare gemensamt hanterar utmaningar i vardagen. Skyddsombuden har en central roll och deltar regelbundet i arbetsmiljöronder, avvikelshantering och lokala förbättringsarbeten. HR-partner och andra stödfunktioner bidrar med rådgivning och stöd samt medverkar vid behov i snabba och riktade insatser.

Sammantaget har det på sjukhuset bedrivits strukturerat sjukhusövergripande arbetsmiljöarbete och levande i den kliniska vardagen. Den största effekten uppnås genom de många små, kontinuerliga anpassningar och förbättringar som chefer och medarbetare genomför tillsammans i det dagliga arbetet. Det är i detta samspel som arbetsmiljöarbetet ger effekt.

Jämfört med 2024 har totala antalet inrapporterade arbetsskador varit oförändrat och det totala antalet inrapporterade tillbud minskat. Minskningen av tillbud är särskilt markant på den enskilda arbetsplats som stod för ojämförigt störst antal inrapporterade tillbud 2024. Om den arbetsplatsen exkluderas ses ett något ökat antal tillbud på övriga sjukhus och främst kopplat till stickskador. Tillbudens art och efterföljande analys dialogiseras i förvaltningens skyddskommitté/samverkansgrupp tre gånger per år via det systematiska arbetsmiljöarbetet. Därutöver sker löpande analys och åtgärder.

Sjuttionio procent av sjukhusets medarbetare deltog i 2025 års medarbetarundersökning, vilket är i nivå med tidigare år. Ett högt och gott förvaltningsövergripande resultatet på hållbart medarbetarengagemang (HME) består trots att undersökningen genomfördes mindre än ett halvår efter Cosmic-införandet. Indikator HME är nationellt vedertagen och används brett inom Sveriges kommuner och regioner.

Nedan återges HME-resultat över tid för Hallands sjukhus medarbetarundersökning.

Huvudindikator och underdimensioner	2023	2024	2025
HME (hållbart medarbetarengagemang)	78	78	77
Motivation	80	81	80
Ledarskap	78	78	77
Styrning	74	76	75

För respektive organisatorisk del och nivå (enhet, klinik, arbetsplats, ledningsgrupp) används resultatet för att, tillsammans med medarbetarna, vidareutveckla aktiviteter och åtgärder som ett led i kvalitetsstyrningens ständiga förbättringar. Lika viktigt är att identifiera framgångsfaktorer i verksamheter med höga resultat för att behålla och förstärka detta samt att sprida goda exempel.

Utöver HME mäter medarbetarundersökningen organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA).

Huvudindikator och underdimensioner	2023	2024	2025
OSA (organisatorisk och social arbetsmiljö)	67	68	66
Jag har inga fysiska besvär orsakade av mitt arbete	72	73	71
Jag har tillräcklig tid att utföra mina arbetsuppgifter	61	64	60
Jag har inga fysiska eller psykiska besvär av stress eller oro orsakade av mitt arbete	61	62	59
Jag kan koppla av från mitt arbete när jag är ledig	73	74	73

Ett OSA-värde över 63 bedöms vara bra och ett värde under 52 innebär vanligtvis ett behov av fördjupad analys för att identifiera rätt åtgärder. I åtgärdsarbetet är HR-partners och överordnande chefer ett viktigt stöd för chefer och medarbetargrupper. Finns behov kopplas även resurser från företagshälsovård och Regionkontorets arbetsmiljö-expert in. Sjukhusets

övergripande OSA-resultat bedöms som bra och är stabilt över tid, se tabell ovan. Det finns i likhet med tidigare år, en variation mellan olika arbetsplatser och kliniker vilket innebär att insatser och fördjupade analyser kan behöva anpassas utifrån såväl nuläge som över tid. För underdimensionen ”Jag har tillräckligt med tid för mina arbetsuppgifter” var det särskilt yrkesgrupperna läkare och medicinska sekreterare där resultatet försämrats kraftigast mellan 2024 och 2025. En hypotes är att brist på tid för arbetsuppgifter kan bero på redan tidigare beskrivna utmaningar med det nya journalsystemet (Se 2.3.2).

5 Medarbetare

Ur ett medarbetarperspektiv har 2025 präglats av flera omfattande förändringsarbeten för i princip alla anställda genom införande av Cosmic och övergång till det nya bemanningsverktyget Tessa. Det har ställt mycket höga krav på organisationen och medarbetarna, men har samtidigt lagt grund för mer ändamålsenliga arbetssätt, uthållighet och vidareutveckling.

Personalomsättning och sjukfrånvaro har successivt minskat under året och ligger nu på nivåer som motsvarar förväntningarna för sjukhuset som helhet. Antalet sjuksköterskor fortsätter att öka, vilket skapar bättre förutsättningar för en mer stabil bemanning och möjliggör en ytterligare utfasning av hyrbemanning. Samtidigt kvarstår, inom vissa delar, obalanser när det gäller tillgång till medarbetare med kompetens och erfarenhetsnivå.

Att förändra arbetssätt och driva utveckling i en komplex verksamhet är resurskrävande och förutsätter delaktighet, tydligt ledarskap och uthållighet för att ge önskad effekt. Resultat från undersökningar såsom AT-rankning, uppföljning av verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor, utvärdering av utbildningsinsatser samt medarbetarundersökningen visar sammantaget att det alltså finns en stark grund av kompetens, engagemang och utvecklingsvilja i organisationen. Detta utgör en viktig förutsättning för att vidareutveckla både vårderbjudandet, samarbetsförmågan och en gemensam kultur som främjar en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö.

5.1 Personalomsättning

Personalomsättningen är 11,1 procent vilket är i paritet med utfall för 2024. Bortsett från perioden 2022 till 2023 har sjukhusets personalomsättning legat kring 11 procent. Under året har rekryteringsläget förbättrats och antalet anställda vid årets utgång är 3852 anställda vilket är 72 fler än för ett år sedan. Antalet sjuksköterskor utgör 45 av den ökningen vilket medfört lägre användning av hyrsjuksköterskor.

Hallands sjukhus verkar i ett sammanhang där personalrörlighet är en strukturell och långsiktig fråga, påverkad av pensionsavgångar, förändrade karriärmönster samt konkurrens om kompetens inom och utanför regionen. För att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning krävs ett kontinuerligt och strategiskt arbete med rekrytering, introduktion och utveckling av arbetsformer i takt med omvärldens förändrade förutsättningar. En central del i detta arbete är att systematiskt analysera och dra lärdom av situationer där belastning och arbetsmiljö kan utgöra riskfaktorer för personalomsättning.

Indikator	Utfall (R12)	Målvärde
◆ Personalomsättning	11,1 %	11 %

5.2 Sjukfrånvaro

Total sjukfrånvaron ligger på 5,3 procent och är lägre än för ett år sedan och minskningen ses i alla yrkesgrupper. Sjukfrånvaron har under 2025 minskat för varje månad vilket är i linje med prognosen efter förra vinterinfektionssäsongens höga smittspridning.

I nationell SKR-statistik har Region Halland över tid haft en mycket låg långtidssjukfrånvaro (där SKR:s definition är >60 dagar). För sammantagen sjukfrånvaro låg Region Halland 2024 som femte lägst bland svenska regioner i SKR:s senaste mätning från 2024. Eftersom hälften av regionens medarbetare är anställda vid Hallands sjukhus indikerar detta att sjukhuset har förhållandevis friska medarbetare, men tveklöst finns alljämt en förbättringspotential för att minska sjukskrivning.

Indikator	Utfall (R12)	Målvärde
◆ Sjukfrånvaro	5,34 %	5 %

5.3 Inhyrd personal

Omvandlat till sjukskötersketjänster var hyranvändning efter december varit cirka 56 heltidstjänster vilket ska ställas i relation till totalt cirka 900. Hyrsjuksköterskeanvändning har minskat jämfört med motsvarande period 2024.

Användande av hyrläkare för 2025 är i nivå med 2024. Dock har användning stabilt pendlat mellan 10–15 heltidstjänster (av cirka 430 läkartjänster totalt). Hyrläkare används i princip bara för att kunna upprätthålla kapacitet vid avgångar eller upprätthålla kritisk tillgänglighet.

mnkr (ackumulerat)	Ack Utfall 2025	Ack Utfall 2024	Förändring
Inhyrd läkare från bemanningsföretag	38,2	36,5	+5%
Inhyrd sjuksköterska från bemanningsföretag	77,1	93,4	-17%
Totalt	115,3	129,9	-11%

Tjänster (totalt för perioden)	Ack Utfall 2025	Ack Utfall 2024	Förändring
Inhyrd läkare från bemanningsföretag	12	11	+8%
Inhyrd sjuksköterska från bemanningsföretag	56	65	-13%
Totalt	68	76	-10%

6 Ekonomi

Hallands sjukhus resultat för 2025 är en total avvikelse om minus 54 mnkr, fördelat på minus 31 mnkr för somatisk vård, 0 mnkr för tandvård, plus 4 mnkr för vårdval öppenvård hudsjukvård samt minus 27 mnkr för regionvård. Den totala avvikelsen uppgår till 0,9 procent av nämndens totala kostnadsbudget.

6.1 Årets budgetavvikelse

Indikator	Resultat	Årsbudget	Budgetavvikelse
Akkumulerad budgetavvikelse	- 5 790 mnkr	-5 736 mnkr	- 54 mnkr

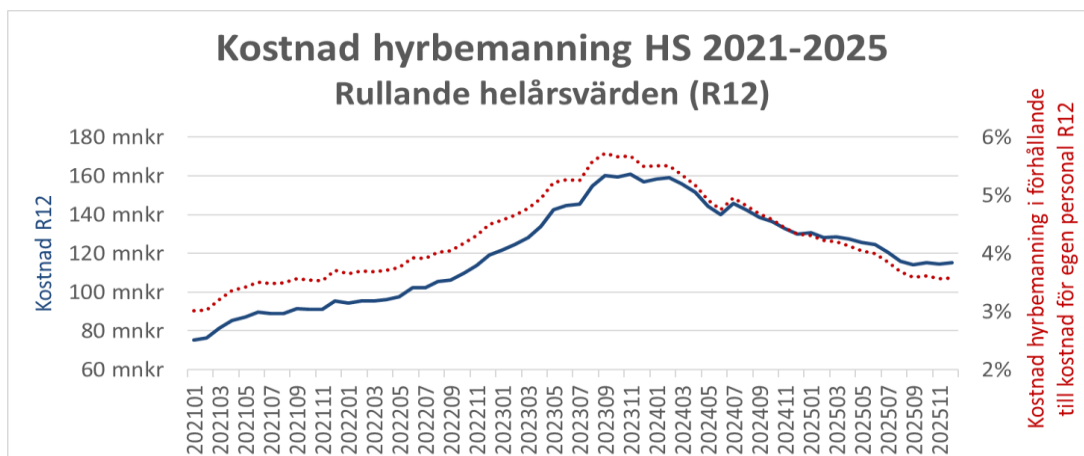
Somatisk vård

Utifrån kostnads massa utgör somatisk vård 86 procent av Hallands sjukhus verksamhet och resultatet för 2025 är en avvikelse på minus 31 mnkr (0,6 procent).

Den största avvikelsen finns inom egen och inhyrd personal där den totala avvikelsen är minus 69 mnkr. Bakgrunden är dels att lyckas upprätthålla förmåga att leverera tillräcklig kvalitet och volym på grunduppdrag, dels ofinansierade extrakostnader kopplat till Cosmic-införandet och hantering av utmaningar och fel i det nya journalsystemet.

Kostnader för att upprätthålla förmåga för tillräcklig kvalitet på grunduppdrag har grovt två delar:

1. Ett kvarvarande behov att ersätta vakanta tjänster med hyrbemanning bland annat för att upprätthålla nödvändig vårdplatskapacitet. Kostnaderna för hyrbemanning har minskat med cirka 15 mnkr under 2025 jämfört med 2024. Regionens mål är att uppnå hyroberoende utifrån SKR:s definition där hyrbemanningskostnad får utgöra max 2 procent av all medarbetarkostnad. Nuvarande hyrkostnadsnivå på årsbasis är 115 mnkr vilket är 3,6 procent av all medarbetarkostnad.



2. Ofinansierad merkostnad för egen personal för att klara kapacitetsminskningen som uppstår till följd av brist på slutenvårdsmedarbetare, en hög volym akutmottagningsbesök och det merarbete som genererats av utmaningar relaterat till bristande funktioner och mer tidsåtgång för arbetsuppgifter i Cosmic. Det har exempelvis bedömts som nödvändigt med ofinansierad uppbemanning av läkare, dels på akutmottagningarna för att minska risk för undvikbara inläggningar, dels för helg-rondarbete på vårdavdelningarna för att omhänderta medicinska behov snabbare och minska tiden inom slutenvården vilket frigör vårdplats till individ med högre behov. Därutöver har medelomhändertagandetiden på akutmottagningarna ökat efter införandet av Cosmic vilket minskar tillgång till rum, ökar trängsel och försämrar flöden. Tillräcklig medicinsk kompetens har alltså bedömts nödvändigt för att främja omhändertagandekvalitet och öka vårdintensiteten under vårdtiden vilket är särskilt viktigt vid en begränsad vårdplatskapacitet.

Ytterligare extrakostnader kopplade till Cosmic-införandet består dels av personalkostnader för särskilda uppdrag (exempel: utbildare, utbildningsstöd, införandestöd), dels av uppdrag som nära stöd ("Early life support") utöver ordinarie grundbemanningen samt fördefinierat förväntat puckelarbete för exempelvis informations-migrering mellan olika system. Tid för dessa uppdrag har konterats på särskild organisationsenhet och har uppgått till 22 mnkr under 2025. En liten del av dessa 22 mnkr har kompenseras genom en särskild intäkt på 6 mnkr från regionala utvecklingsmedel.

Utöver centralt konterade Cosmic-merkostnader (22 mnkr) har ytterligare kostnader tillkommit på enhetsnivå för medarbetare i utbildning, skapande och kontrollarbete av mallar och rutiner samt uppbemanning under införandeperioden för att säkra akut patientomhändertagande och manuell migrering av journalinformation. Tyvärr har viss sådan uppbemanning behövt kvarstå på grund av säkerhetsrisker och förlångsammande arbetsflöden där förbättringar av Cosmic ännu inte genomförts.

Den negativa avvikelsen för egen och inhyrd personal vägs delvis upp av positiva avvikelser inom läkemedel och intäkter. Den positiva avvikelsen inom läkemedel härrör dels från att kostnadsökningstakten generellt varit lägre än den som budgeterats, dels från en större kostnadsminskning än förväntad inom ögonsjukvården. Ögonsjukvårdens framgångsrika arbete med effektiviserade arbetsätt kring ögonläkemedelsanvändning har beskrivits utförligt i tidigare rapporter och det arbetet har även påverkat årsutfallet. Den positiva avvikelsen inom intäkter härrör bland annat från ovan beskrivna Cosmic-utvecklingsmedel på 6 mnkr.

Tandvård

Tandvårdens resultat är i ekonomisk balans och på budgeterad nivå.

Vårdval specialiserad öppenvård hud

Vårdvalets resultat har en positiv avvikelse om plus 4 mnkr. Resultatet beror på högre produktion och produktionskopplade intäkter än budgeterat kombinerat med att vakanser medfört att personalkostnader understigit budget.

Regionvård

Resultatet för regionvård är en negativ avvikelse på minus 27 mnkr. Jämfört med föregående år, då resultatet var en negativ avvikelse om minus 125 mnkr, var kostnadsutfallet för 2025 46 mnkr lägre. Den genomsnittliga kostnaden per patient var på samma nivå som 2024 emedan antalet patienter som regionvårdats var cirka 4 procent färre.

6.1.1 Resultaträkning

Resultaträkning

Resultaträkning (mnkr)*	Ack Utfall 2025	Ack Budget 2025	Diff Utfall mot Budget	Årsbudget
Intäkter	501	459	42	459
Personal	-3 233	-3 205	-28	-3 205
Köpt vård	-12	-14	1	-14
Labb/RTG	-287	-290	3	-290
Bemannning	-115	-66	-50	-66
Verksamhetsknutna tjänster	-359	-365	6	-365
Läkemedel	-335	-357	22	-357
Hjälpmedel och material	-505	-489	-16	-489
Lokalkostnader	-378	-383	5	-383
Övrigt	-221	-208	-13	-208
Avskrivningar finansnetto	-99	-99	0	-99
Totalt egen verksamhet	-5 045	-5 017	-27	-5 017
Regionvård	-745	-718	-27	-718
Totalt Hallands sjukhus	-5 790	-5 736	-54	-5 736

* Justeringar är inte gjorda för avrundningseffekter i tabellen.

6.1.2 Kostnadsutveckling

Ack utfall förra året	Ack utfall i år	Skilln. mot förra året	Ack budget årets	Diff. mot budget	Kostn. utv. mot föreg. år	Budg. kostn. utv.	Skilln. mot budget
-6 164 mnkr	-6 093 mnkr	71 mnkr	-5 996 mnkr	-97 mnkr	-1,2 %	-2,7 %	-1,6 %

Såväl budget som utfall för nämndens totala kostnadsutveckling är negativ. Detta beror på att röntgenkostnader från och med 2025 anslagsfinansieras inom förvaltning Ambulans, diagnostik och hälsa, varför både anslagsram och kostnader för röntgenundersökningar flyttats bort från driftnämnden Hallands sjukhus.

Egen verksamhet

Kostnadsutvecklingen för egen verksamhet har under året varit något högre än budgeterat. Exkluderas röntgenkostnader var kostnadsutvecklingen under året 4,6 procent, vilket är 1 procentenhet högre än budgeterad kostnadsutveckling.

Att kostnadsutvecklingen för egen verksamhet överstigit budget beror bland annat på att hyrbemanningsbudget lagts att vara 2 procent av budget för egen personal, medan hyrkostnadsutfallet är betydligt högre än så. Kostnadsutvecklingen för hyrbemanning har för helåret varit minus 11 procent, vilket motsvarar att 15 mnkr mindre lagts på hyrbemanningsfakturer jämfört med samma period/helår 2024.

Regionvård

Budgeterad kostnadsutveckling är minus 9,4 procent eftersom nämndens regionvårdsram för 2025 ökade med 52 mnkr samtidigt som utfallet för 2024 var minus 125 mnkr.

Kostnadsutvecklingen för året är minus 5,8 procent.

6.1.3 Intäktsutveckling

Ack utfall förra året	Ack utfall i år	Skilln. mot förra året	Ack budget årets	Diff. mot budget	Intäktsutv. mot föreg. år	Budget intäktsutv.	Skilln. mot budget
302 mnkr	270 mnkr	-32 mnkr	232 mnkr	38 mnkr	-10,7 %	-23,2 %	12,5 %

Nämndens intäktsutveckling är negativ både avseende utfall och budget. Att den budgeterade intäktsutvecklingen är negativ beror främst på avvecklade interna affärer mellan Medicinsk teknik Halland Hallands sjukhus och Ambulans, Diagnostik och Hälsa, lägre budgeterade intäkter för utskrivningsklara patienter jämfört med 2024 samt tillämpande av försiktighetsprincip vid budgetering. Att utfallet av intäkterna varit något högre än budgeterat beror främst på den engångsintäkt från regionkontoret som utdelades för att kompensera en del av merkostnaderna för Cosmic-införandet (se 2.3.2).

6.1.4 Resultathantering

Driftnämnden Hallands sjukhus anser att underskott för somatisk vård ej bör överföras till nästkommande år. Skälen är att underskottet i huvudsak utgörs av utmaningen att rekrytera kompetens, av merkostnader för hyrbemanning samt stora merkostnader kopplade till Cosmic-införandet. Nämnden har under 2025 vidtagit tydliga och framgångsrika åtgärder för att reducera hyranvändning. Dessa åtgärder planeras fortgå, men behöver balanseras för att säkra det samhällskritiska akutuppdraget och acceptabel tillgänglighet till planerad vård.

För tandvård finns inget resultat att hantera då det uppgår till 0 mnkr.

Driftnämnden Hallands sjukhus anser att överskottet inom vårdval specialiserad öppenvård hud ska läggas till eget kapital.

Driftnämnden Hallands sjukhus anser att underskott för regionvården inte ska överföras till nästkommande år, enligt etablerad praxis.

6.2 Investeringar

6.2.1 Investeringsbudgetavvikelse

Utfall	Årsbudget	Budgetavvikelse
65,1 mnkr	150 mnkr	84,9 mnkr

Investeringsutfall för 2025 blev 65 mnkr vilket är 85 mnkr lägre än 2025 års investeringsbudget om 150 mnkr.




I årets investeringsplan utgjordes de större posterna av re- och nyinvesteringar av skopiutrustning (45 mnkr) och av ultraljudsapparater (52 mnkr). Endast en liten del av planerade skopiinvesteringar har genomförts under året på grund av längre ledtider i upphandling och anskaffning än förväntat. Investeringar i ultraljudsapparater hade vid 2025 års utgång genomförts till ett kostnadsutfall om 11 mnkr. Den främsta anledningen till att resterande planerade investeringar av ultraljudsapparater inte genomförts är information om kommande marknadsintroduktion av bättre modeller, vilket medfört en medveten avvaktan.



Budget för övriga investeringar i 2025 års investeringsplan uppgick till 53 mnkr och där var kostnadsutfallet 52 mnkr.

7 Verksamhetsmått


7.1 Förvaltningens kompletterande indikatorer








7.1.1 Målgrupp (invånare/patient/kund/elev)

Indikatorer	Utfall	Målvärde	Kommentar
<p> Första kontakt, Väntande som väntat kortare än 60 dgr (Månadsvärde)</p>	51 %	80 %	<p>Efter december är det cirka 1 150 fler patienter som väntar på första kontakt jämfört med samma period 2024. Andel patienter som väntat kortare än 60 dagar är 51 %, vilket är en försämring med 16 procentenheter jämfört med februari, som är den senaste perioden med data före Cosmicinförandet.</p> <p><i>Vad som återges i denna resultat-indikator har förändrats sedan införandet av Cosmic i slutet på mars 2025. Förändringen beror främst på ny logik för vilken typ av besök (fas) patienter väntar på samt felregistreringar kopplade till ett nytt, mindre välkänt, registreringsmoment vilka sammantaget haft stor påverkan på statistiken. En större skillnad är också att sjukhusets dietist- och logopediverksamhet nu inkluderas i tillgänglighetsstatistiken, vilket inte var fallet före april 2025. Förväntningen är att datakvaliteten successivt kommer att förbättras genom bättre registrering och rensning av fel. Detta bör framöver ge en alltmer rättvisande bild av den faktiska kösituationen och utveckling över tid. Beskrivna orsaker bedöms enbart ha påverkar statistik och inte det faktiskt utförda omhändertagandet av patienterna.</i></p>
<p> Vårdgaranti besök, antal patienter som hänvisats till vårdgaranti och fått vård av extern vårdgivare (R12 medel)</p>	1 000		<p>Helår 2025 har totalt ca 12 000 vårdgaranti-första kontakt utförts, vilket är ca 10 % färre än helår 2024. Den största minskningen (en halvering) är inom ögonsjukvård, men även urologi och gynekologi har minskat. Inom kirurgi, medicin och ortopedi har antal första kontakter som hänvisats till vårdgaranti har ökat jämfört med 2024.</p>
<p> Operation/åtgärd, Väntande som väntat kortare än 60 dgr (Månadsvärde)</p>	47 %	80 %	<p>Enligt tillgänglig data efter december väntar cirka 2 900 patienter på operation/åtgärd, det är 1 400 färre jämfört med samma period 2024. Minskningen är dock inte reell, då felregistreringar och ny logik har medfört att många patienter som väntar på operation/åtgärd i stället registrerats som väntande till Återbesök. Andelen patienter som väntat kortare än 60 dagar är nu 47 %, vilket är en försämring med 8 procentenheter jämfört med helår 2024.</p> <p><i>Vad som återges i denna resultat-indikator har förändrats sedan införandet av Cosmic i slutet på mars 2025. Förändringen beror främst på ny logik för vilken typ av besök (fas) patienter väntar på samt felregistreringar kopplade till ett nytt, mindre välkänt, registreringsmoment vilka sammantaget haft stor påverkan på statistiken. En större skillnad är också att sjukhusets dietist- och logopediverksamhet nu inkluderas i</i></p>

Indikatorer	Utfall	Målvärde	Kommentar
			<i>tillgänglighetsstatistiken, vilket inte var fallet före april 2025. Förväntningen är att datakvaliteten successivt kommer att förbättras genom bättre registrering och rensning av fel. Detta bör framöver ge en alltmer rättvisande bild av den faktiska kösituationen och utveckling över tid. Beskrivna orsaker bedöms enbart ha påverkar statistik och inte det faktiskt utförda omhändertagandet av patienterna.</i>
 Vårdgaranti operation/åtgärd, antal patienter som hänvisats till vårdgaranti och fått vård av extern vårdgivare (R12 medel)	73		Under januari-december 2025 har cirka 870 operationer/åtgärder utförts via vårdgarantin, vilket är en dryg halvering jämfört med samma period 2024. De största volymerna operation/åtgärd via vårdgaranti är allttjämt ögonsjukvård och ortopedi och dessa specialiteter står därmed för huvuddelen av volymminskningen. Störst <i>relativ</i> minskning jämfört med 2024 är inom kirurgi och gynekologi där mycket lite operationer/åtgärd hänvisats till vårdgaranti under 2025.
 Återbesök, Väntande inom måldatum (Månadsvärde)	77 %	80 %	<p>Andel patienter som inte passerat måldatum är efter december 77 %, vilket är en försämring med 1 procentenhet jämfört med februari, den senaste perioden med data från tidigare journalsystem.</p> <p><i>Vad som återges i denna resultat-indikator har förändrats sedan införandet av Cosmic i slutet på mars 2025. Förändringen beror främst på ny logik för vilken typ av besök (fas) patienter väntar på samt felregistreringar kopplade till ett nytt, mindre välkänt, registreringsmoment vilka sammantaget haft stor påverkan på statistiken. En större skillnad är också att sjukhusets dietist- och logopediverksamhet nu inkluderas i tillgänglighetsstatistiken, vilket inte var fallet före april 2025. Förväntningen är att datakvaliteten successivt kommer att förbättras genom bättre registrering och rensning av fel. Detta bör framöver ge en alltmer rättvisande bild av den faktiska kösituationen och utveckling över tid. Beskrivna orsaker bedöms enbart ha påverkar statistik och inte det faktiskt utförda omhändertagandet av patienterna.</i></p>
 Patientnämnden - svarstider från vårdgivare (Månadsvärde)	91 %	80 %	Uppfyller målen med god marginal.

7.1.2 Verksamhet (produktion/kvalitet)

Indikatorer	Utfall	Målvärde	Kommentar
 Akutmottagningsbesök (R12 medel)	8 595		Under januari-december har antal akutmottagningsbesök varit i nivå med samma period 2024 (460 besök). Under perioden juni-augusti har cirka 1900 akutmottagningsbesök omhändertagits av Närsjukvården i Hallands sjukhus lokaler, varför dessa inte inkluderas i denna statistik.

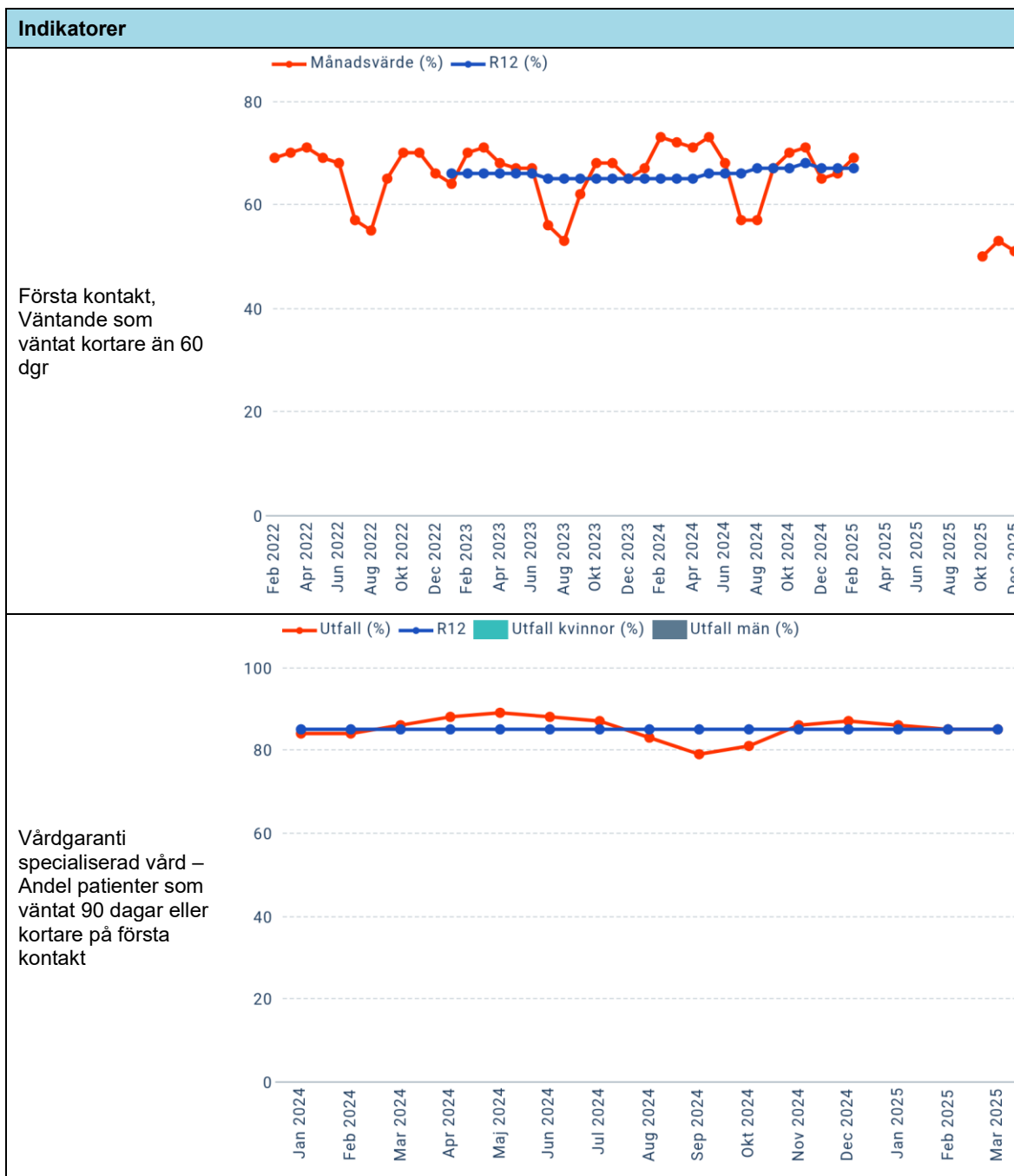
Indikatorer	Utfall	Målvärde	Kommentar
 Läkarpbesök exkl. Akutmottagningarna (Årsprognos)	199 933	217 614	Antalet läkarkontakter i öppenvård utanför akutmottagningarna, vilka framför allt är planerade vårdkontakter, har varit 6 % färre (-12 300st) jämfört med samma period 2024. Produktionen har varit lägre i samband med införande av Cosmic, men har från september ökat och varit i nivå med motsvarande produktionsvolymen år 2024. <i>Indikatorn har en ny definition för 2025 och följer nu den regiongemensamma definitionen av besök i öppenvård.</i>
 Sjukvårdande behandling exkl. Akutmottagningarna (Årsprognos)	186 527	214 241	Antalet besök i öppenvård till andra vårdgivarkategorier än läkare, vilka framför allt till utgörs av planerade vårdkontakter, har varit 5 % färre (-11 400) jämfört med 2024. Produktionen har varit lägre i samband med införande av Cosmic, men har från september ökat och närmat sig motsvarande produktionsvolymen som år 2024. <i>Indikatorn har en ny definition för 2025 och följer nu den regiongemensamma definitionen av besök i öppenvård.</i>
 Akuta besök i öppenvård (exkl. akutmottagningar) (Årsprognos)	8 402	11 942	Akuta besök i öppenvård till samtliga vårdgivarkategorier utanför akutmottagningarna har under januari-december varit 27 % färre (-3 200) jämfört med samma period 2024. Minskningen blev påtaglig i samband med Cosmic-införandet varför utfallet misstänks bero på skillnader i registreringsförfarande jämfört med det utmönstrade journalsystemet VAS.
 Planerade besök i öppenvård (Årsprognos)	394 635	419 913	Planerade besök i öppenvård till samtliga vårdgivarkategorier utanför akutmottagningarna har under januari-december varit 5 % färre (-20 500) jämfört med samma period 2024. Minskningen bedöms vara kopplad till införandet av Cosmic eftersom medarbetare behövde omprioriteras för utbildningsinsats och efterföljande merarbete i anslutning till införande och stabiliseringsfas. Från september har produktionen återhämtat sig och nått volymer som liknar de som förelåg september-december 2024.
 Antal vårdtillfällen slutenvård (Årsprognos)	35 942	38 507	Antalet slutenvårdstillfällen under januari-december har varit i nivå med samma period 2024. Medelvårdtiden på sjukhuset som helhet är oförändrad sedan införandet av Cosmic.
 Akuta vårdtillfällen i slutenvård (Årsprognos)	28 556	33 080	Antalet akuta slutenvårdstillfälle har under januari-december varit färre jämfört med motsvarande period 2024. Minskningen har tilltagit i samband med Cosmic-införandet vilket misstänks bero på skillnader i registreringsförfarande jämfört med det utmönstrade journalsystemet VAS.
 Planerade vårdtillfällen i slutenvård (Årsprognos)	7 386	5 427	Antalet planerade slutenvårdstillfälle har under januari-december varit fler jämfört med motsvarande period 2024. Ökningen har tilltagit i samband med Cosmic-införandet vilket misstänks bero på skillnader i

Indikatorer	Utfall	Målvärde	Kommentar
			registreringsförfarande jämfört med det utmönstrade journalsystemet VAS. Dock föreligger en reell ökning i slutenvårdskrävande planerade operationer, 195 fler under januari-december jämfört med samma period 2024.
■ Disponibla vårdplatser (R12 medel)	410	452	Det totala antalet vårdplatser helår 2025 har varit 41 färre än budgeterat, men i genomsnitt 11 fler jämfört med 2024.
● Beläggingsgrad (R12 medel)	88,6 %	87,5 %	Beläggingsgraden helår 2025 har varit i genomsnitt 88,6 %, vilket är något över planerad och önskad nivå. Jämfört med samma period 2024 är beläggingsgraden 1,5 procentenheter lägre och trenden, sett som ett rullande medelvärde för 12 föregående månader, är försiktigt sjunkande. Variationerna mellan olika specialiteter är stor.
■ Punktbeläggning (R12 medel)	89,3 %		På Hallands sjukhus som helhet är skillnaden liten mellan indikatorerna punktbeläggning och beläggingsgrad
● Medelvårdtid som utskrivningsklar (R12 medel)	2,5	3	Medelantal dagar där patienter vistats på vårdplats som utskrivningsklar i väntan på kommunal vård och omsorg, har under perioden jan-sep (där sept. är senaste månad med uppföljningsdata) understigit 3 dagar.
■ Återinskrivningar, oplanerade inom 30 dgr alla åldrar (R12 medel)	---	<16 %	Vid rapporteringstillfället saknas tillförlitlig data efter mars på grund av övergången till Cosmic. Bearbetning och validering av data pågår för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet i framtida uppföljning.
■ Operationer på operationsavdelningarna (R12 medel)	1 431		Antalet operationer på operationsavdelningarna har helår 2025 varit färre (minus 625) jämfört med 2024. Minskningen utgörs av öppenvårdsoperationer och antal slutenvårdskrävande operationer har ökat något.
■ SVF Ledtid inom målvärde (välgrundad misstanke till behandling) (R12 medel)		60 %	Vid rapporteringstillfället saknas fullständig data efter mars på grund av övergången till Cosmic. Bearbetning och validering av data pågår för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet i framtida uppföljning. (Region Hallands mål är 60 % och nationellt mål är 80 %).
■ SVF Inklusion (andel patienter med cancer som utretts i SVF)	52 %	80 %	I nationella resultat för inklusion i standardiserade cancer-vårdförlopp fram till och med december 2025 var måluppfyllelse 52 %, sett som ett rullande medelvärde för de 12 föregående månaderna. Det är en stor minskning jämfört med efter samma period 2024. En delförklaring är eftersläpning i kodning av patienter som utreds enligt SVF. Bearbetning och validering av data pågår för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet i framtida uppföljning. (Region Hallands mål är 80 % och nationellt mål är 70 %).
■ Andel diktat > 4 dagar (R12 medel)	57 %	-	Månadsvärde för andel utskrivna diktat efter 4 dagar är efter december 2025 85 %. Det är en försämring jämfört med december 2024. Mellan mars-juli har statistik för utskrivna diktat inte varit

Indikatorer	Utfall	Målvärde	Kommentar
			<p>tillförlitlig på grund av Cosmic-införande. I data från augusti-december framgår en ökning i utskrivna diktat, både per månad och rullande 12, jämfört med före Cosmic-införandet. Dock har antalet utskrivna diktat timmar sjunkit försiktigt under hösten och uppgick december 2025 till ca 260 timmar. Det pågår mycket arbete med frågan och det finns arbetssätt för att lyckas prioritera snabb utskrift av diktat för akut och tidskritiska vårdflöden.</p>

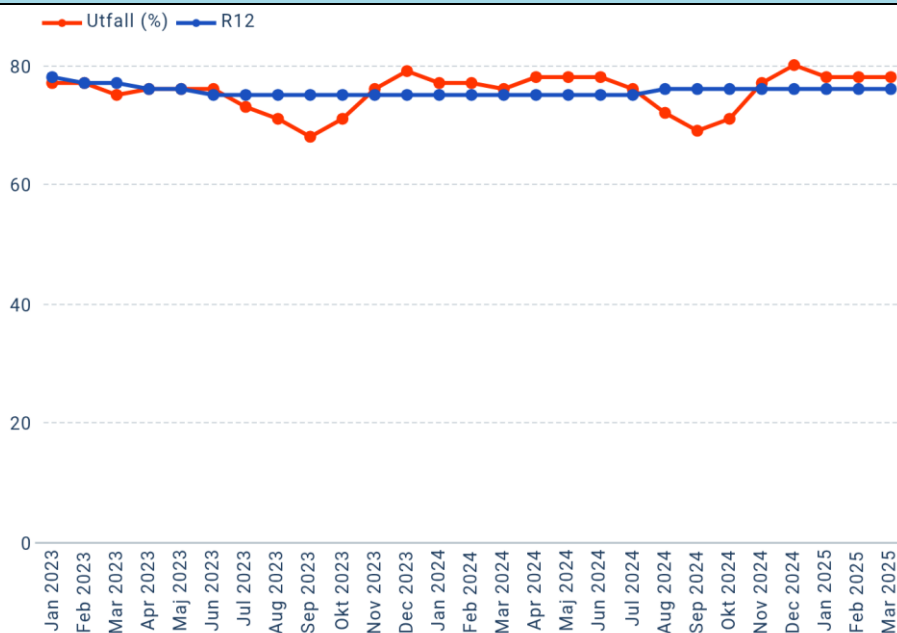
8 Bilaga 1: Indikatorer över tid

8.1 Målgrupp (invånare/patient/kund/elev)

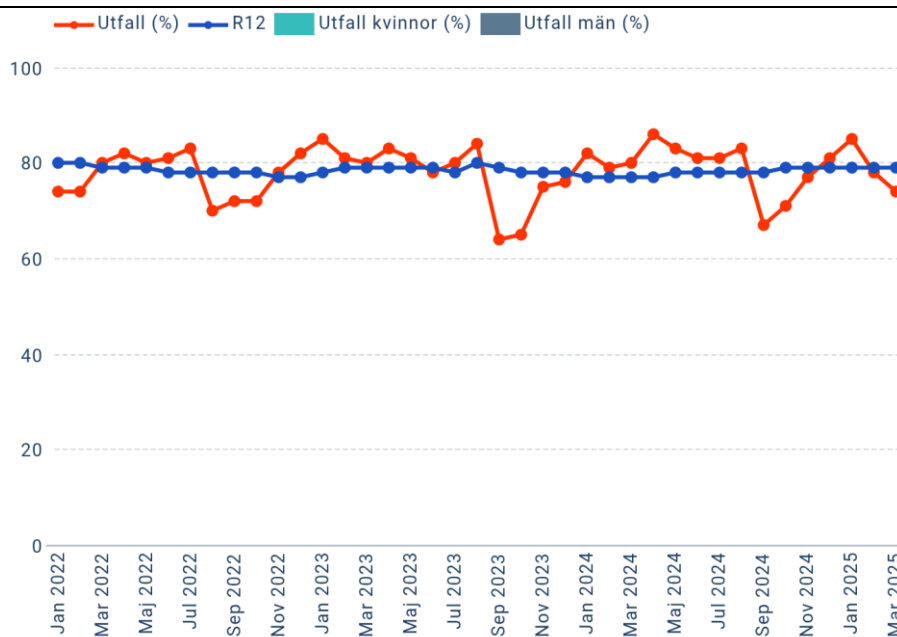


Indikatorer

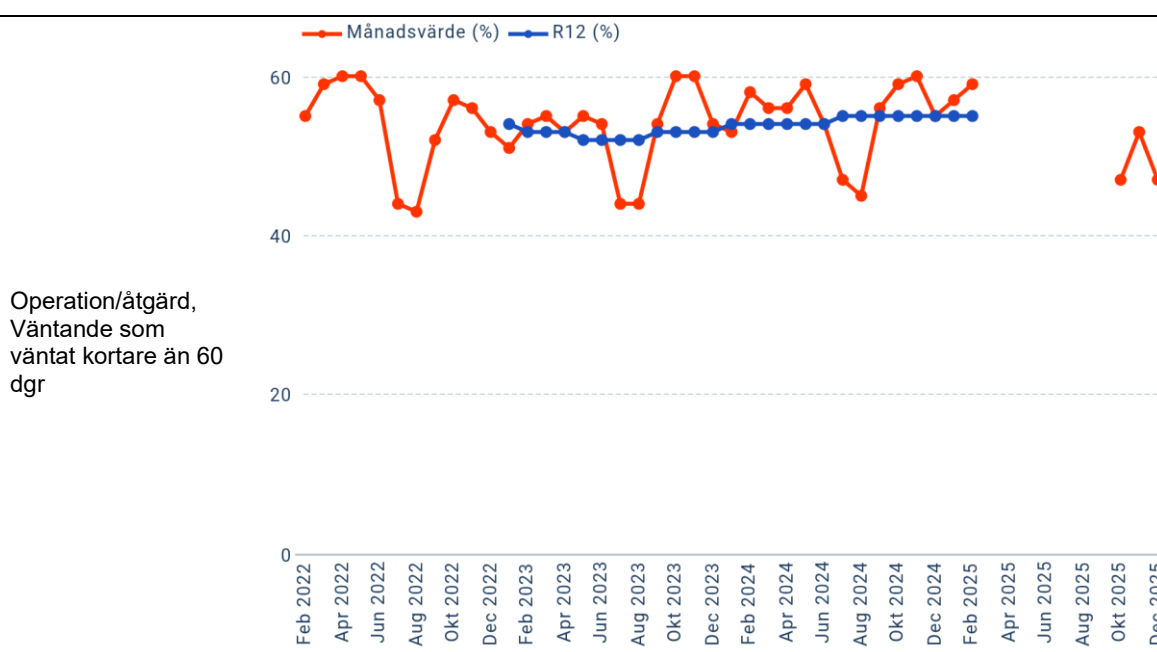
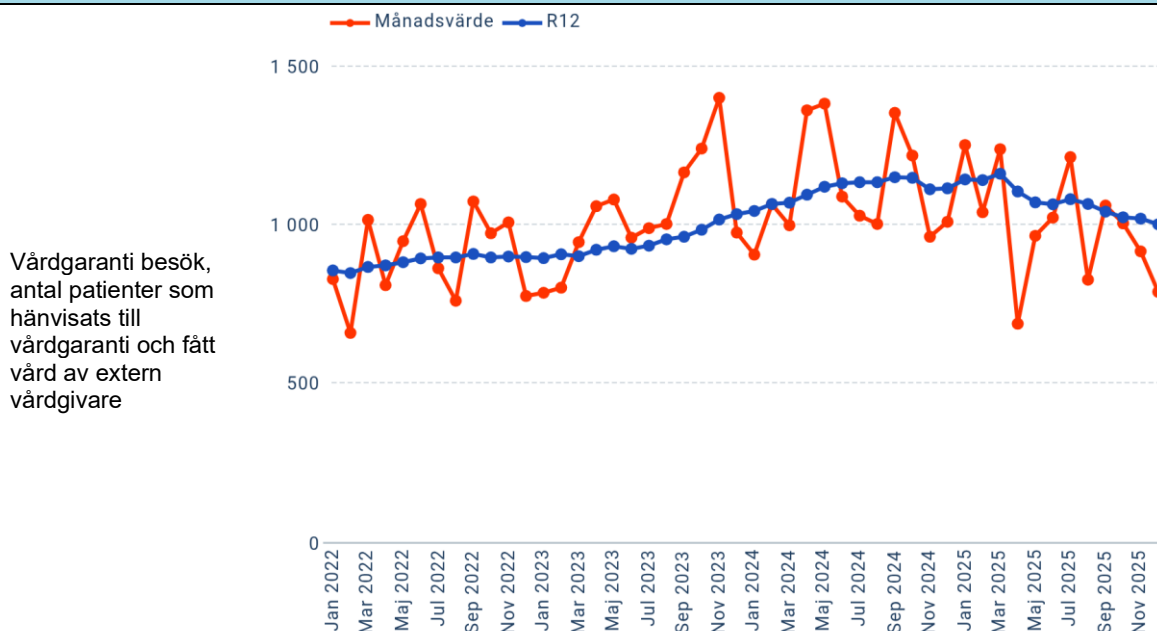
Vårdgaranti specialiserad vård – Andel patienter som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd



Specialiserad vård – andel genomförda första kontakt inom 60 dagar

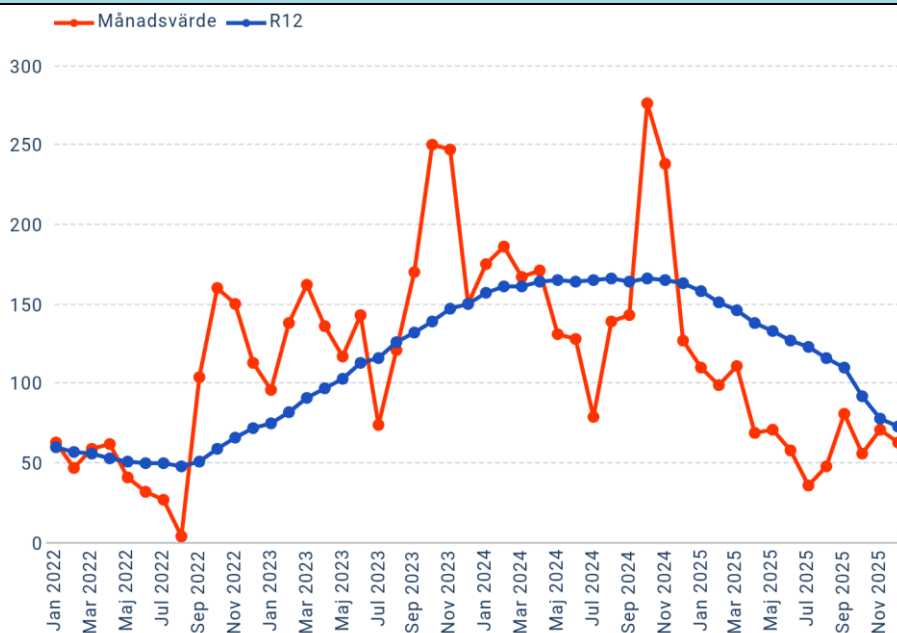


Indikatorer

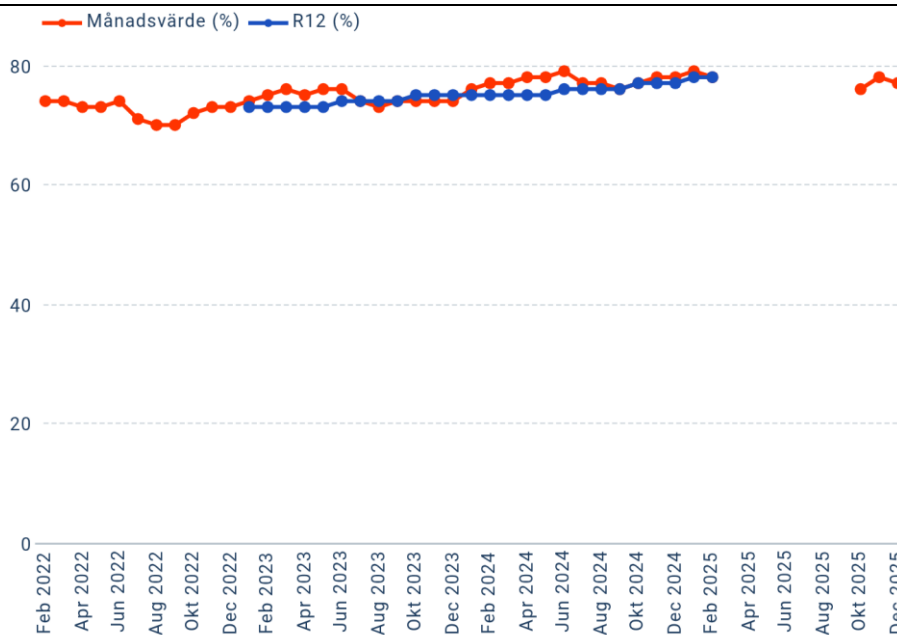


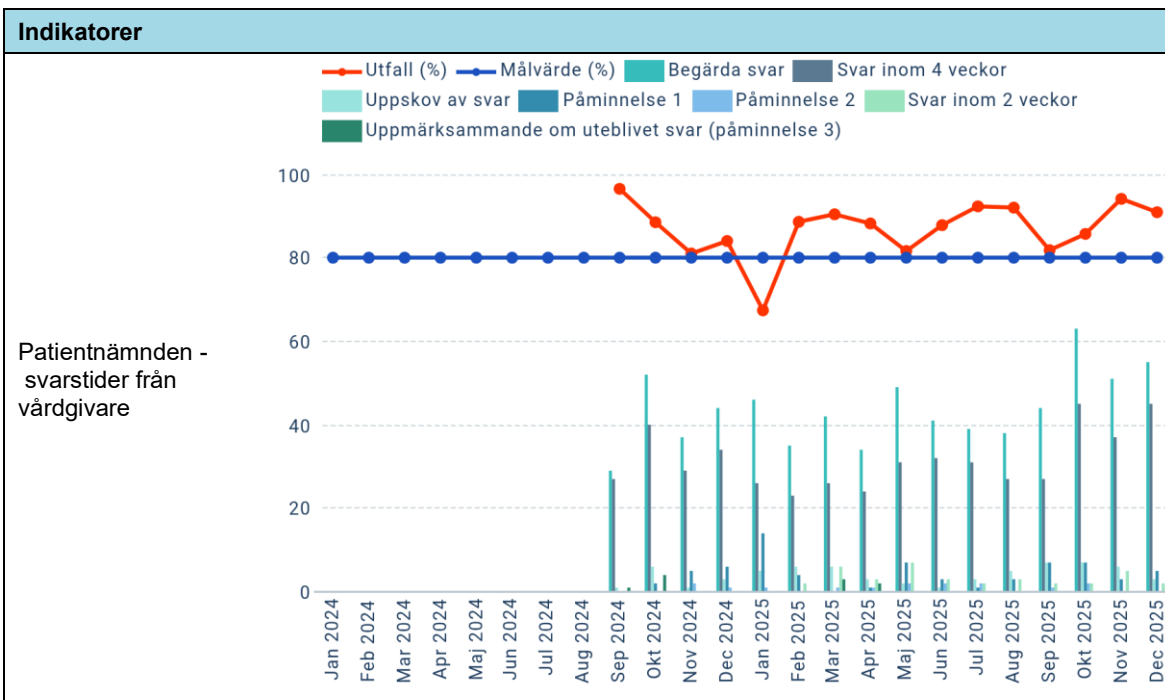
Indikatorer

Vårdgaranti operation/åtgärd, antal patienter som hänvisats till vårdgaranti och fått vård av extern vårdgivare

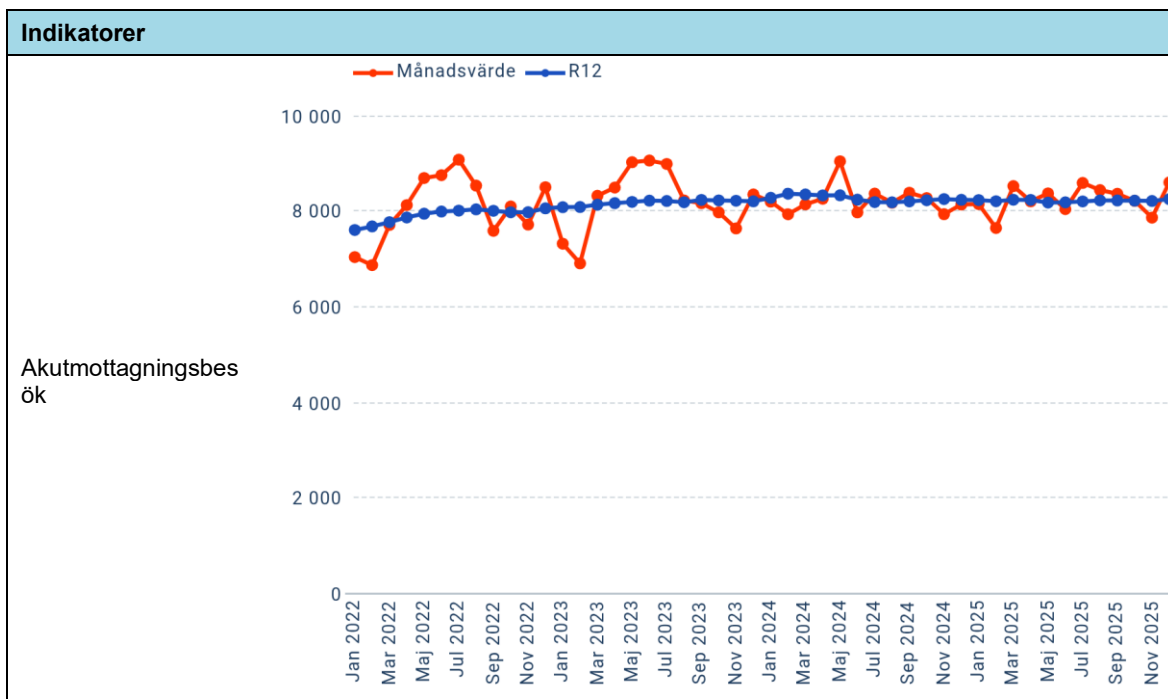


Återbesök, Väntande inom måldatum

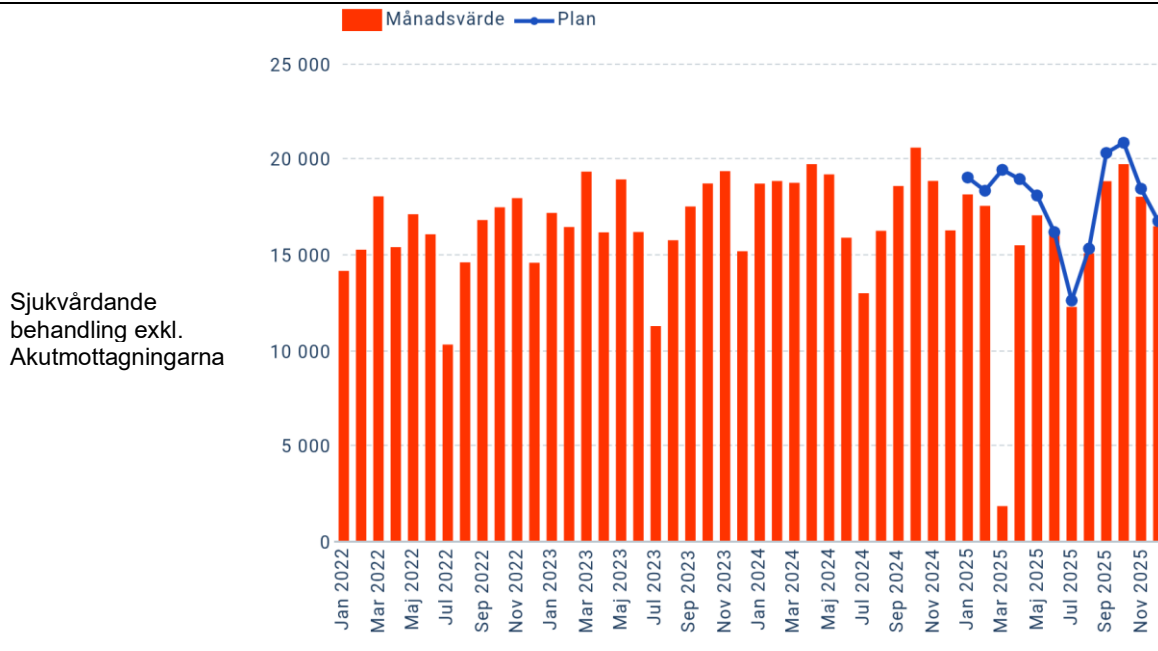
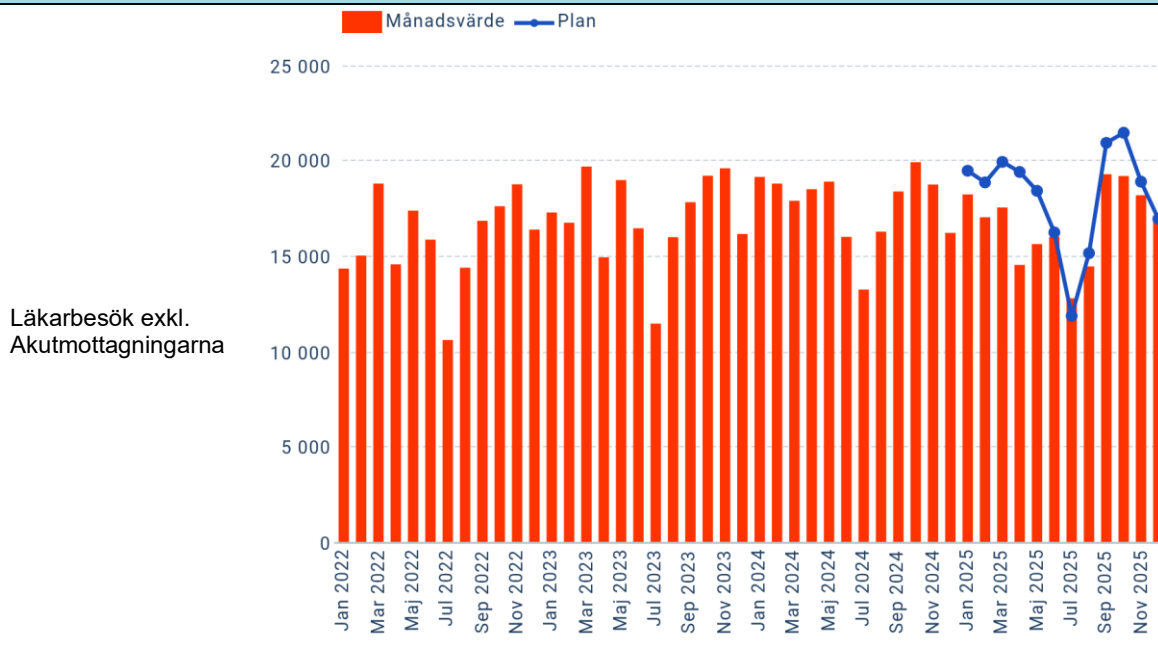




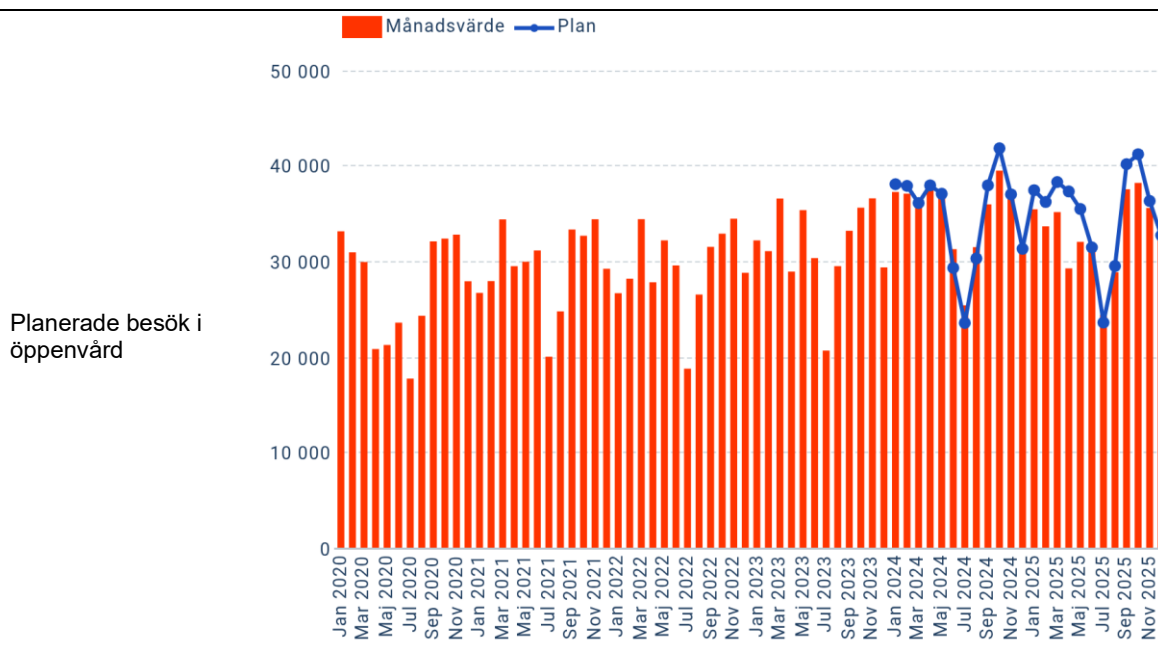
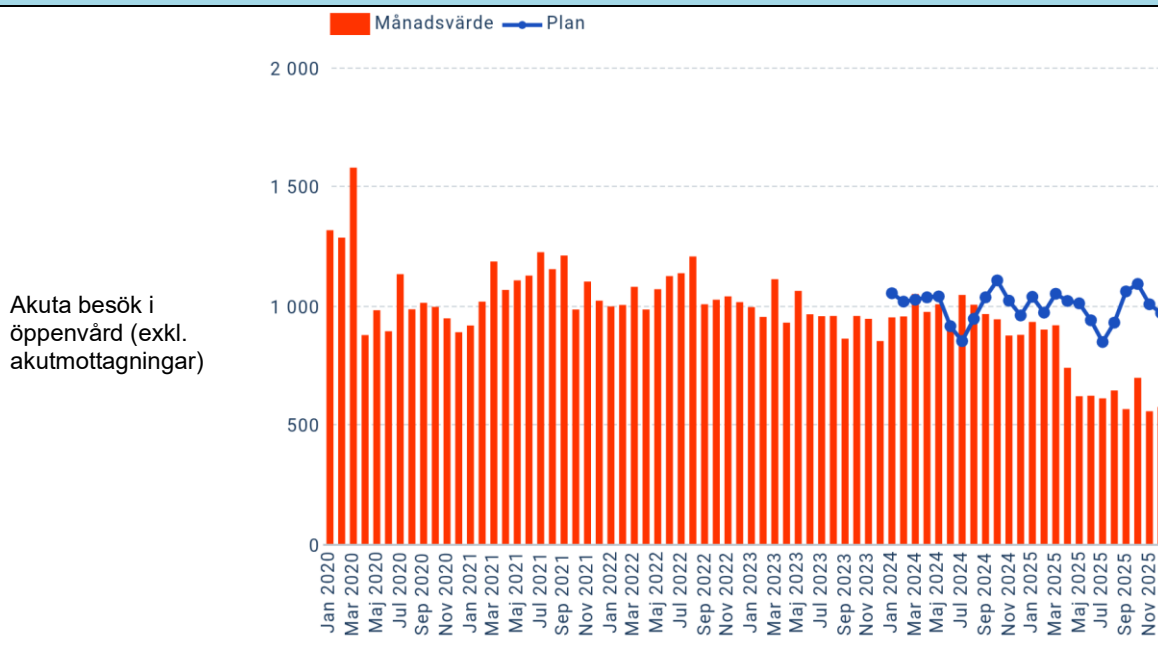
8.2 Verksamhet (produktion/kvalitet)



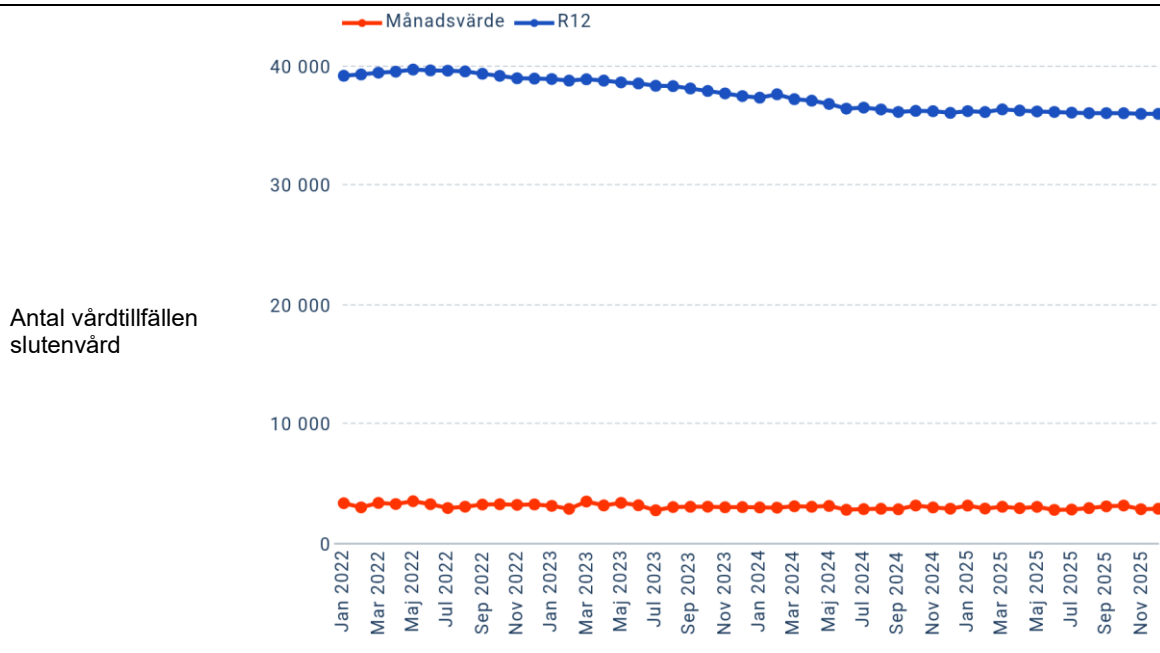
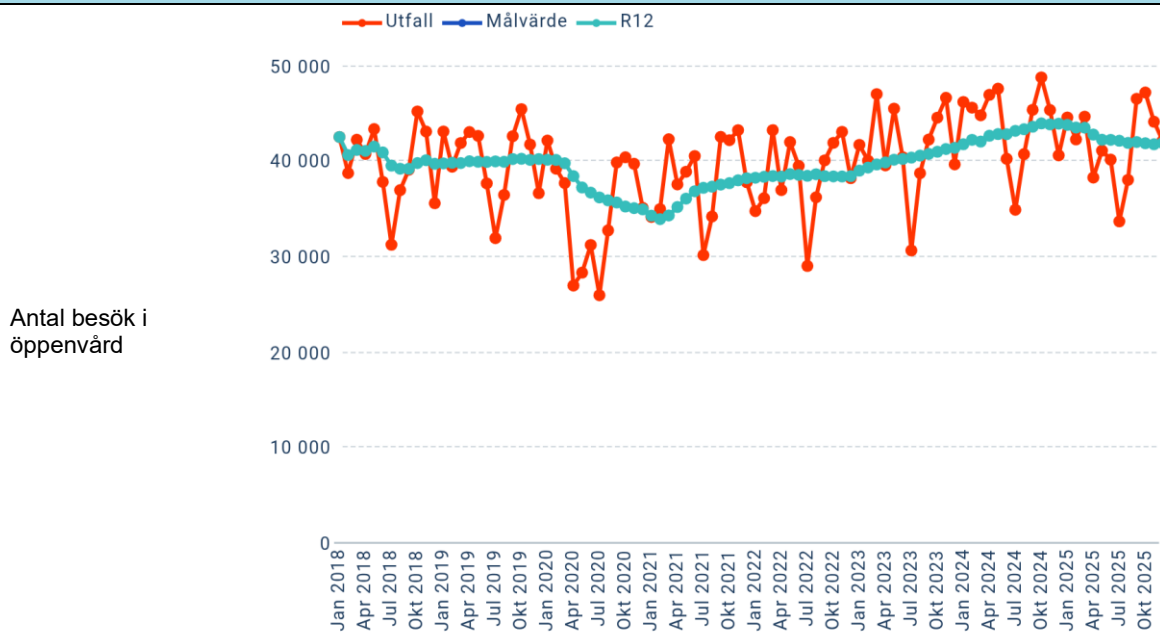
Indikatorer



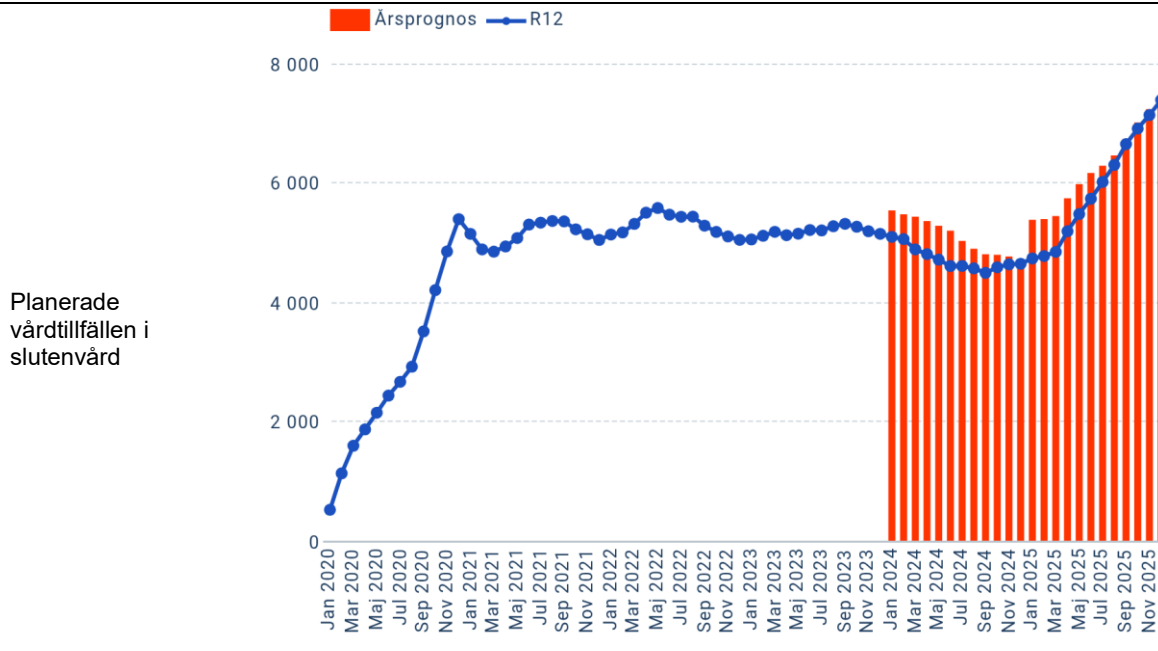
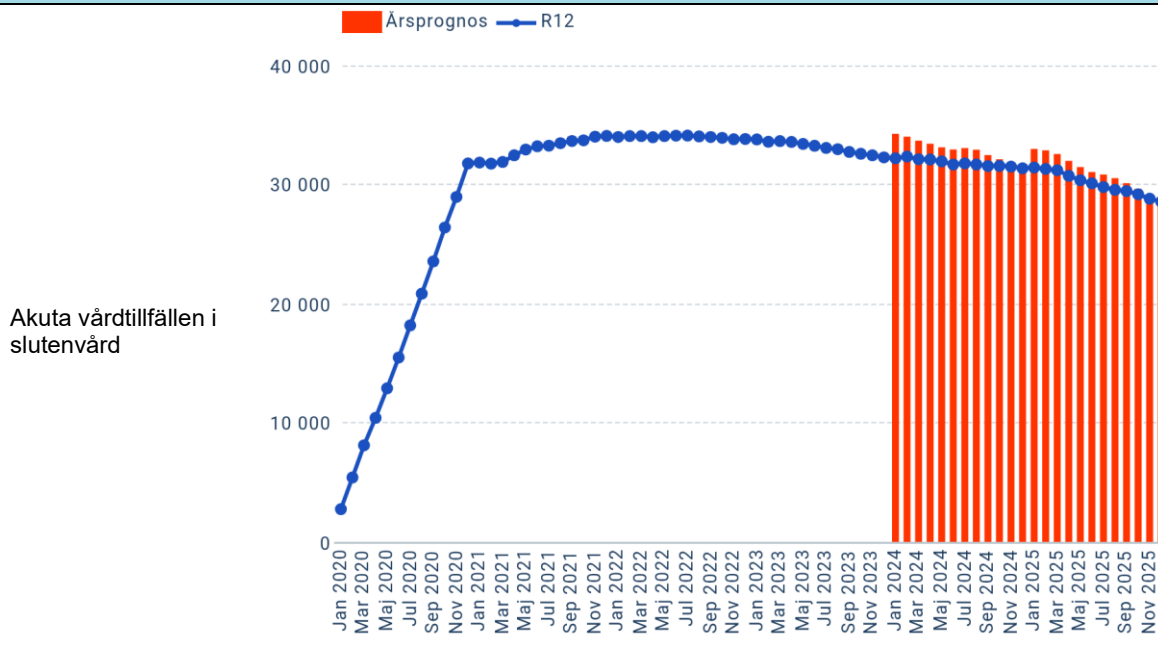
Indikatorer



Indikatorer

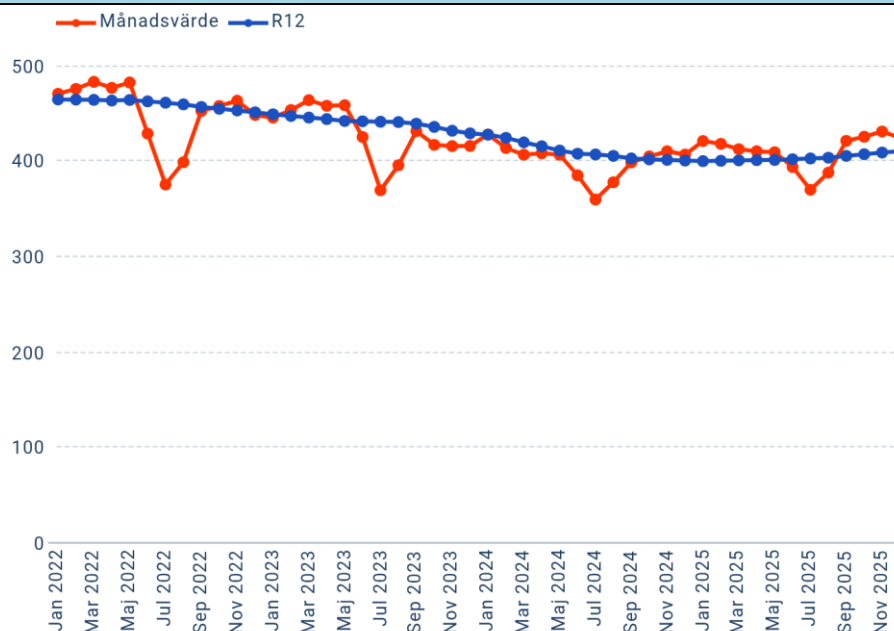


Indikatorer

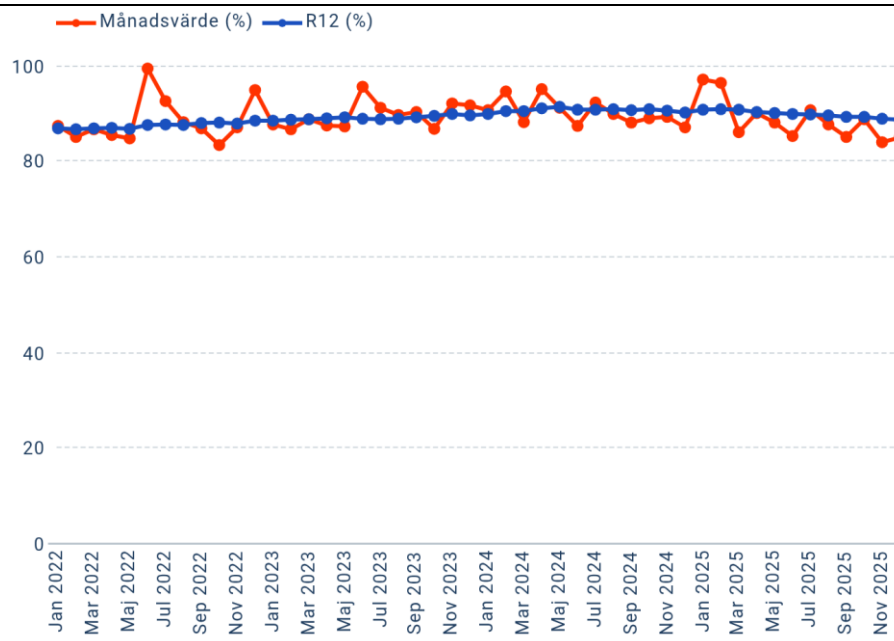


Indikatorer

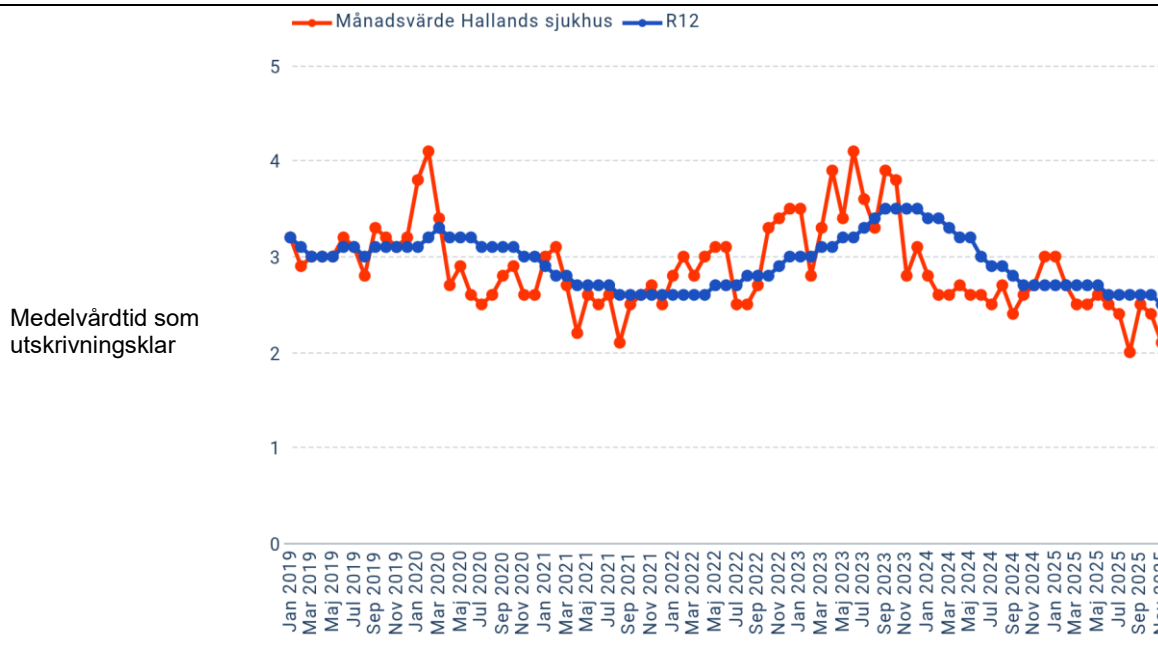
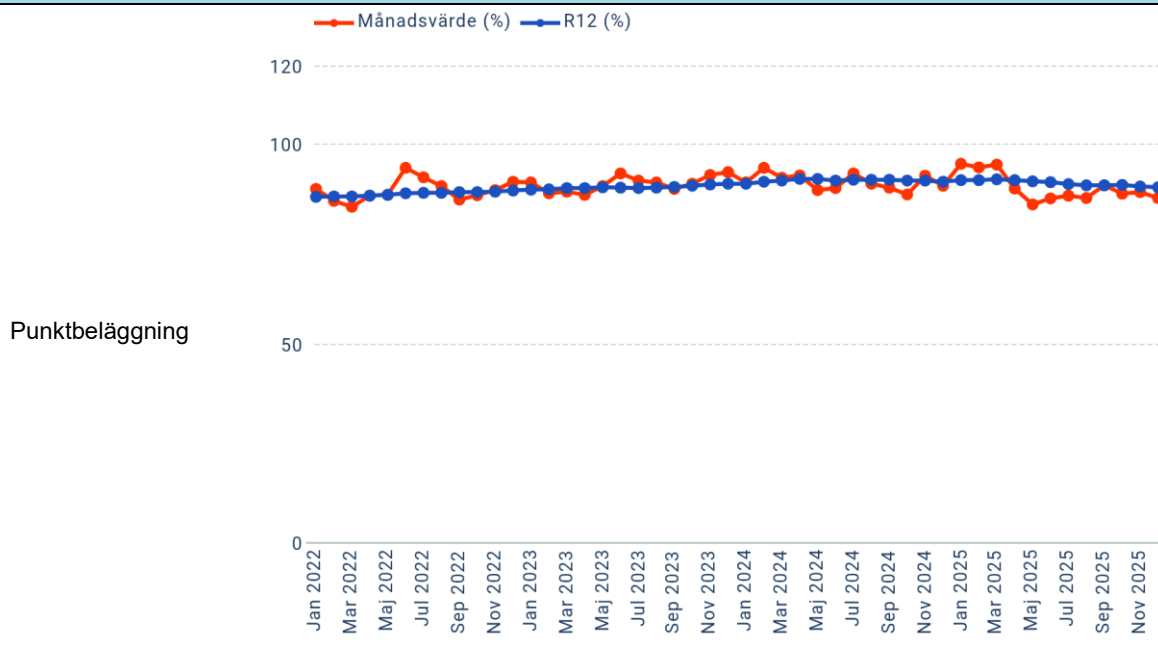
Disponibla vårdplatser



Beläggingsgrad

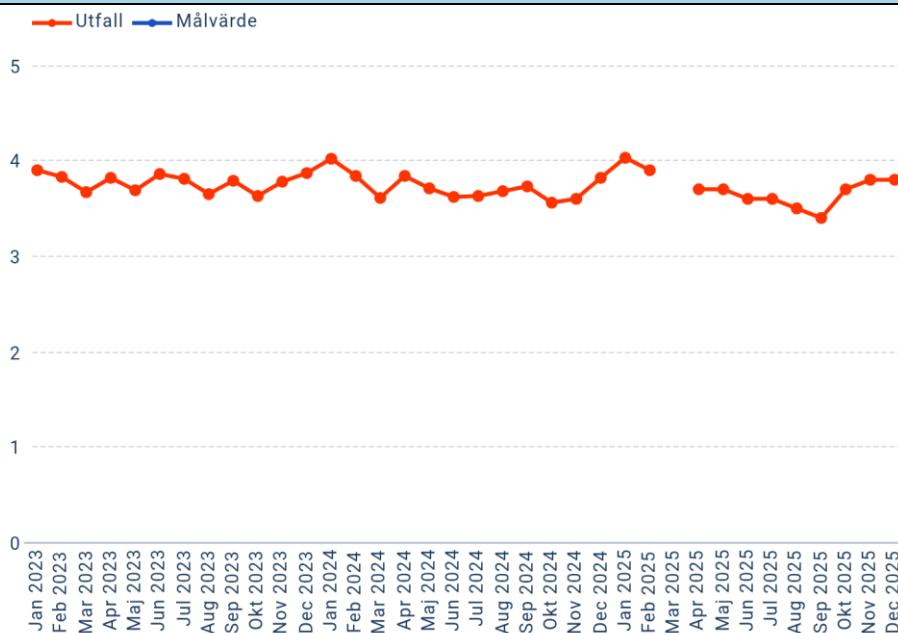


Indikatorer

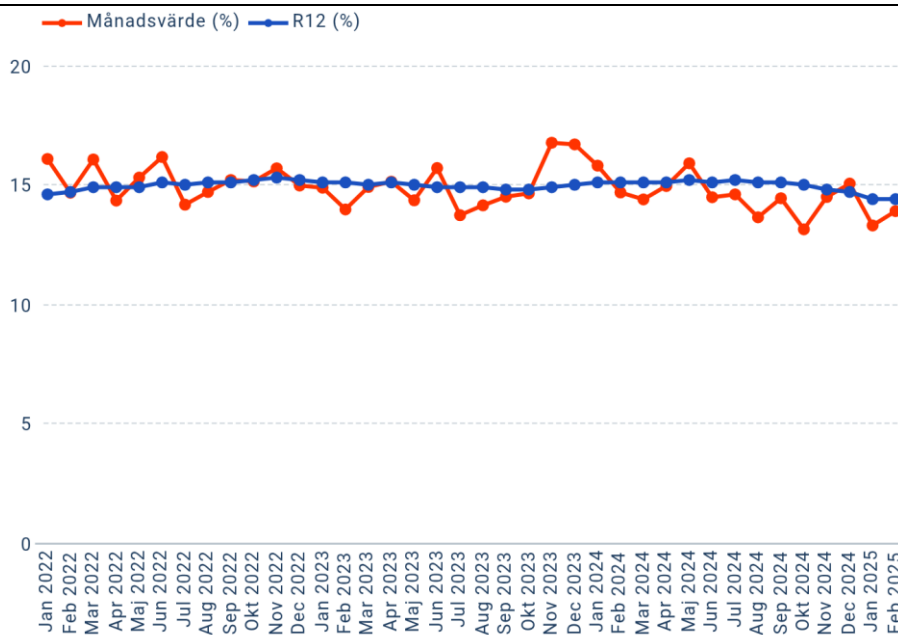


Indikatorer

Medelvårdtid vid slutenvård

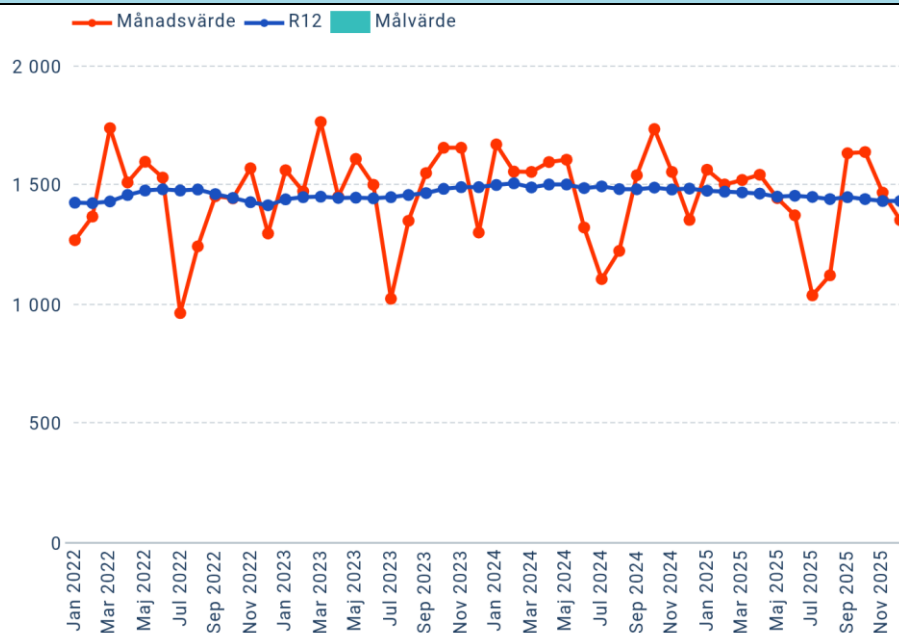


Återinskrivningar, oplanerade inom 30 dgr alla åldrar

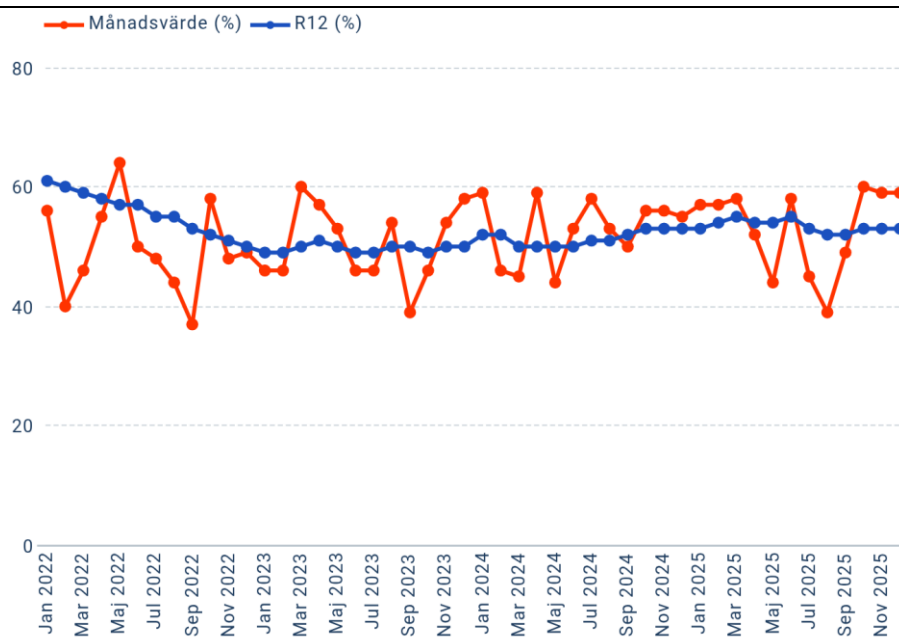


Indikatorer

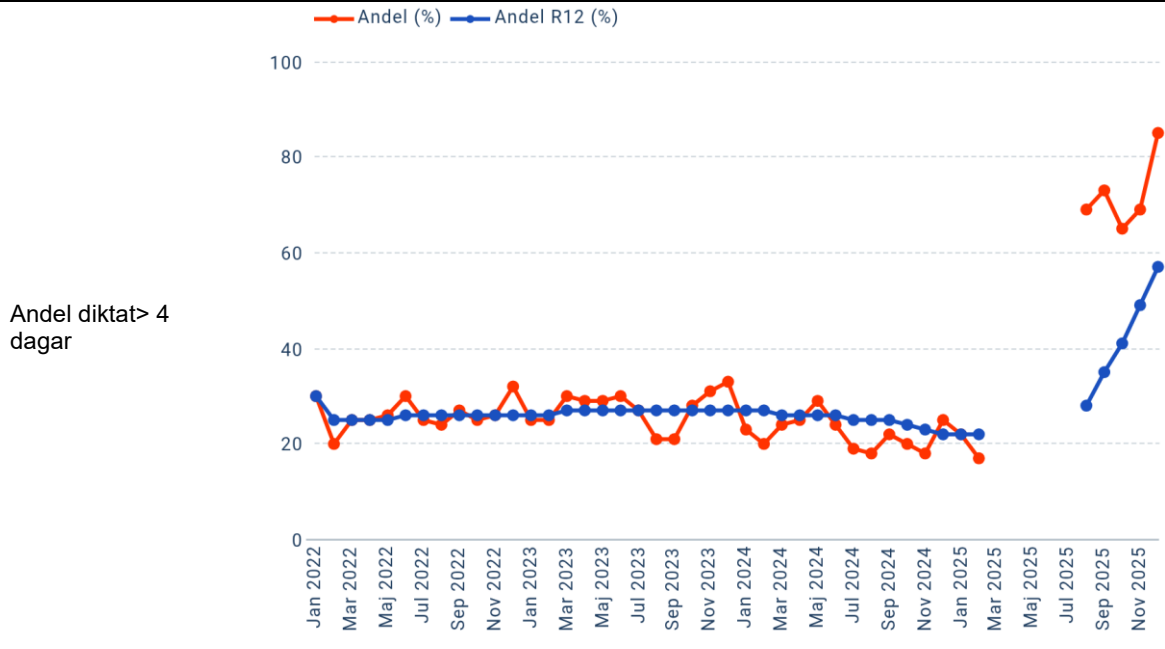
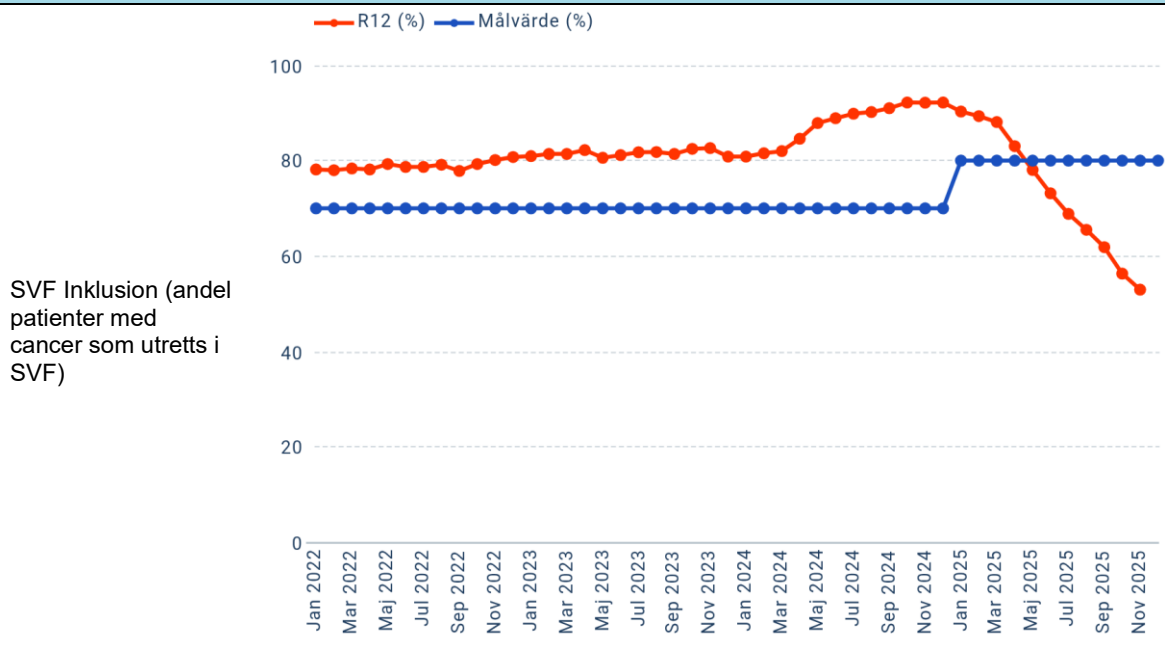
Operationer på operationsavdelningarna



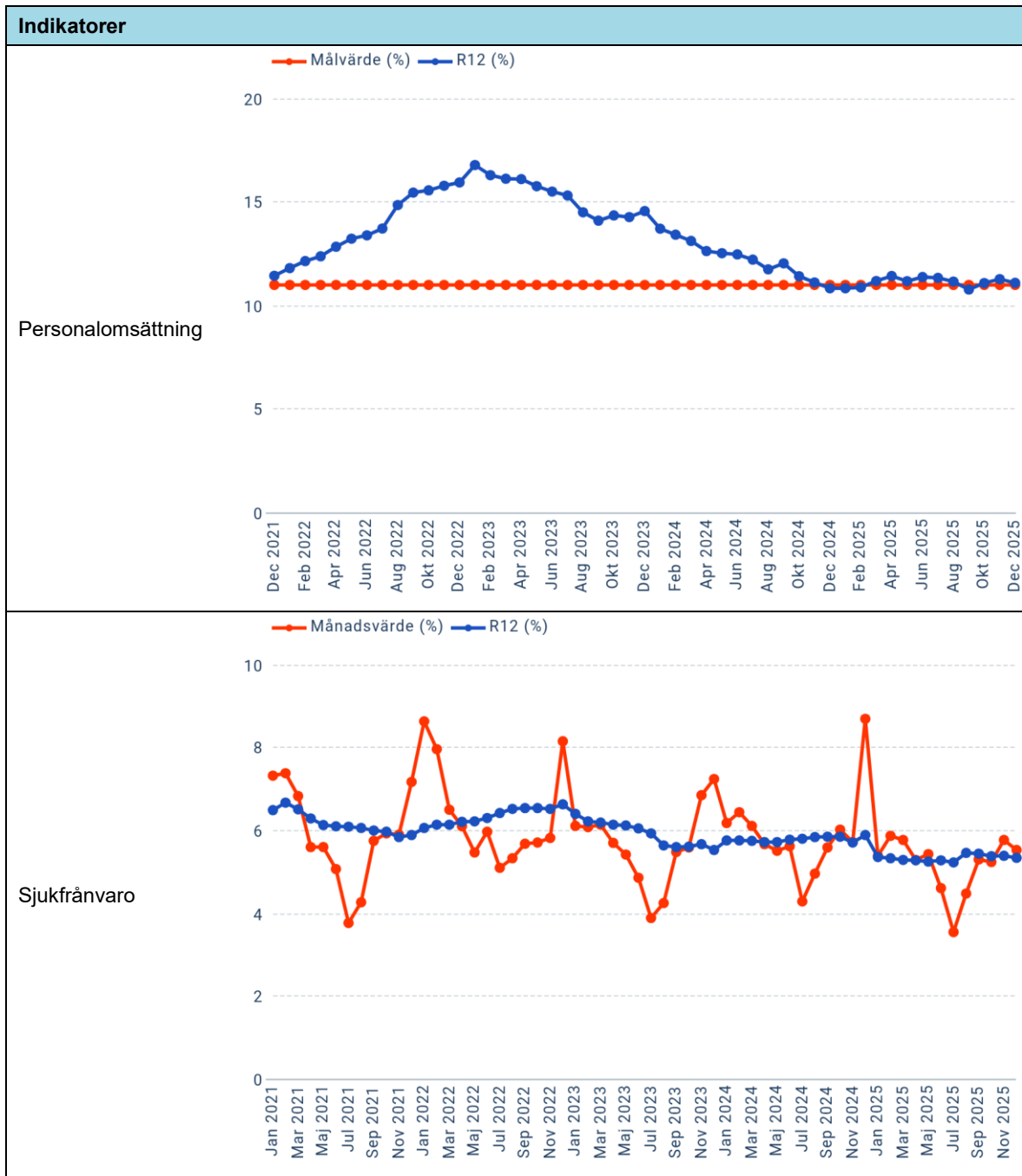
SVF Ledtid inom målvärde (välgrundad misstanke till behandling)



Indikatorer



8.3 Medarbetare



Indikatorer

