



**Patientsäkerhetsberättelse
2025**

**Hälso- och sjukvårdsnämnd
Pär Lindgren
Zandra Anivike**

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för en säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	8
Organisation och ansvar	8
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	15
Agera för säker vård	20
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	27
Samverkan för att förebygga vårdskador	33
Informationssäkerhet	38
Strålskydd	38
Säker vård här och nu	39
Stärka analys, lärande och utveckling	41
Avvikelse	42
Klagomål och synpunkter	43
Öka riskmedvetenhet och beredskap	46
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	49

Bilagor

Bilaga 1: rapport utredning av vårdskada 2025 diarietörd rapport

Bilaga 2: Patientsäkerhetsberättelse läkemedelskommittén 2025

Bilaga 3: Patientnämnden

Bilaga 4: Årsrapport Stramaparbete och antibiotikaanvändning 2025

Bilaga 5: Verksamhetsberättelse för MK 2025

Bilaga 6: Stålskyddsberättelse

Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) kap 3 § 10 ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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



Sammanfattning

Ambitionen har under 2025, liksom de senaste åren, varit att handlingsplanerna (den nationella och den regionala) ska vara ledstjärna för patientsäkerhetsarbetet både på central och verksamhetsnivå i Region Kronoberg. Bedömningen är att vi till stor del lyckats med det. Visionen för arbetet är att uppnå att en god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid. Regionen har som målsättning att reducera antalet vårdskador. Närmare Kronobergaren utgör grunden i den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården i Kronoberg. Patientsäkerhetsarbetet ska i grunden också utgå från denna övergripande strategi. Flertalet av de områden vi arbetat med kräver arbetsinsatser över tid och uthållighet vilket bland annat märks genom att många insatsområden återkommer från år till år.

Det finns områden med goda resultat t.ex. andelen vårdskador enligt Markörbaserad journalgranskning (MJG). Genom att SKR avslutade sitt patientsäkerhetsarbete så försvann databasen för MJG men under 2024-2025 har IT hjälpt till att bygga vår egen databas varför vi nu kan redovisa data för 2025. Det är bara ett mått för inläggande vuxna patienter inom sjukhusvården och ett begränsat antal patienter men för den gruppen har det skett en förbättring över de senaste åren som överensstämmer med det förväntade resultatet utifrån vilka aktiviteter som varit aktuella under tidsperioden. Under senare delen av 2025 ser vi dock en ökad andel vårdskador uppmätta via MJG. Med hänsyn till det relativt låga antalet mätpunkter så behöver detta utvärderas över längre tid för att dra några konkreta slutsatser.

Vi ser också en stabil nivå på de mätningar som avser följsamhet till rutiner.

Det har arbetats med att förbättra strukturen kring klagomål men det arbetet har fortfarande inte kommit tillräckligt långt för att man ska kunna göra en analys över helheten. Patientnämnden sammanfattar de ärenden som inkommer dit.

Vi har under året fortsatt arbeta för att förbättra våra utredningar av vårdskada. De som utbildades till analysledare under de senaste åren har gjort flera utredningar som analysledare.

En tydligare struktur i verksamheterna med skapandet av patientsäkerhetsnätverk inom de olika verksamhetsområdena har till stor del kommit på plats under 2023 och fortsatt utvecklats positivt under 2025.

Fortsatt arbete med att systematisera utbildning och kompetensutveckling inom patientsäkerhet både för nyanställda och medarbetare som varit i regionen över tid. Planering har påbörjats för utbildning riktad till chefer. En utbildning från Socialstyrelsen utfördes som pilot för Hälso- och sjukvårdsledningsgrupp under hösten och en första utbildning för första linjens chefer har framtagits och ska hållas för första gången under Q1 - 2026.

Patientsäkerhetsrådet har omformats till Lokal samverkansgrupp med tydligare koppling till kunskapsstyrningsorganisationen. En workshop om utredning av vårdskada ordnades i december 2025..

Som slutlig sammanfattning så pågår det mycket arbete i Region Kronoberg på olika nivåer och områden där det mesta som görs har en positiv effekt på säkerheten för våra patienter och medarbetare.

Grundläggande förutsättningar för en säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Projekt ledningssystem hälso- och sjukvården.

Arbete med att ta fram ett övergripande ledningssystem för hälso- och sjukvården pågår. Ett ledningssystem ska stödja verksamheterna i att uppnå hög kvalitet genom dokumenterade processer och ett systematiskt förbättringsarbete. Det fungerar som verksamhetens ramverk för hur arbetet organiseras, styrs, följs upp och utvecklas. Kvalitetsledning utgör den samordnande funktion som säkerställer att detta sker på ett strukturerat och ändamålsenligt sätt. Hälso- och sjukvården arbetar delvis enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS), men flera av dessa föreskrifter berör även verksamheter utanför hälso- och sjukvården och är därmed nära sammanlänkade med det ledningssystem som omfattar hela Region Kronoberg.

Införande av nytt IT stöd för systematiskt kvalitets och patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetslagen (PSL) och kraven på ett systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9 ställer tydliga krav på att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem som säkerställer att kvalitet och patientsäkerhet följs upp och utvecklas på ett strukturerat sätt. Detta innebär att risker, avvikelser, indikatorer, egenkontroller och förbättringsåtgärder måste hanteras sammanhållet och vara spårbara över tid.

Regionens Handlingsplan för säker vård utgör den operativa styrningen för patientsäkerhetsarbetet. För att kunna följa upp handlingsplanen på ett systematiskt och tillförlitligt sätt behövs ett IT-stöd som är just anpassat för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Detta är samtidigt en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ledningssystem.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp gav 2025 ett projektuppdrag att ta fram ett IT-stöd anpassat till systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Valet att välja en produkt i Stratsys grundades på att det är redan idag är ett etablerat och välkänt verktyg i organisationens IT-miljö, vilket underlättar införande, utbildning och användning.

Projektmål:

Senast q2 2026 ska första versionen av KPA vara implementerad

Senast q2 2026 ska en förvaltningsorganisation med tydliga roller och ansvar finnas på plats

Förväntade effektmål:

- Gemensam struktur för att arbeta systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet
- Ha validerad data och allt samlat på ett ställe
- Öka förståelsen för systematiskt förbättringsarbete och därmed uppfylla lagkraven som vårdgivare
- Vara ett IT-stöd för att på ett enkelt sätt överblicka, följa upp och analysera indikatorer, risker, göra egenkontroller och ta fram förbättringsåtgärder
- Resultat följs upp på alla organisatoriska nivåer
- Skapa transparens för att sprida lärande och ge ökad möjlighet för beslutsfattare att följa kvalitetsarbetet
- Skapa förutsättningar att analysera trender och mönster över tid som indikerar brister

Projektgruppen startade upp sitt arbete direkt efter sommaren 2025. En referensgrupp skapades för att få ett linjeperspektiv, testa IT-stödet innan implementering, och förankra projektet i organisationen. Projektmål har följts upp löpande genom regelbundna möten, strukturerade användardialoger samt analyser av aktiviteter, kommunikation och samarbete kring implementeringen. De erfarenheter och den feedback som samlats in från användarna har dokumenterats och diskuterats i projektgruppen, vilket gjort det möjligt att snabbt identifiera förbättringsområden och direkt anpassa både arbetssätt och tekniska lösningar. Målsättningen är att all kvalitetsdata och indikatorer för patientsäkerhet automatiskt ska samlas in från flera datakällor.

En viktig del av utvärderingen kommer vara att över tid följa upp hur IT-stödet fungerar i praktiken, dess användarvänlighet och dess förmåga att stödja ett strukturerat arbete med kvalitet och patientsäkerhet enligt SOSFS 2011:9 och Patientsäkerhetslagen.

Folktandvård

Uppföljning av uppsatta mål sker i års-, delårsrapporter, samt särskilda dokument som patientsäkerhetsberättelse. Tandvårdschefen har det övergripande ansvaret för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs inom folktandvården och följer upp klinikernas arbete i samband med delårs- och årsrapporter. Klinikcheferna ansvarar för att uppsatta mål för klinikerna följs. Patientsäkerhetsgruppen ansvarar för påfyllnad av kunskap inom området patientsäkerhet, förbättringar inom patientsäkerhetsarbetet, coaching och stöd till medarbetarna. Folktandvården medverkar i Regionens Lokala Samverkansgrupp för patientsäkerhet. Cheftandläkare medverkar vid chefläkarmöten där allvarligare avvikelser från tandvården diskuteras.

Medicinsk grupp tandvård (motsvarar LPO inom kunskapsstyrningen) ansvarar för att ta fram och förbättra riktlinjer och arbetsmetoder, samt att säkerställa att Folktandvårdens riktlinjer följer tandvårdens nationella riktlinjer. Medicinsk grupp tandvård arrangerar årligen en obligatorisk utbildningsdag för legitimerad personal inom folktandvården. År 2025 var fokus på våld i nära relationer, vårdambitionsnivåer samt tandvårdspersonalens roll i hanteringen av våld mot äldre.

Primärvården

Under året har ledningsgruppen för Primärvården förändrats med färre verksamhetschefer och ett ökat ansvar för avdelningschefer. Som en följd av detta har en ny riktlinje tagits fram för att tydliggöra rollerna kring arbetet med patientsäkerhet och avvikelser. Avdelningscheferna har en tydligare roll i det dagliga arbetet och omhändertagandet av flertalet avvikelser medan verksamhetschefernas roll blir att se större mönster, återkommande händelser och arbeta mer strategiskt framåt.

Under året har Primärvården arbetat med att ta fram fokusområden och aktiviteter kopplade till detta. De områden som beslutats inom området Patientsäkerhet och kvalitet stämmer väl överens med den regionala handlingsplanen och ger ett bra underlag för vilka områden som behöver prioriteras.

Patientsäkerhet finns som återkommande punkt på ledningsgrupper.

Chefläkare håller i MLA-möten där medicinsk kvalitet samt patientsäkerhet är återkommande ämnen

Psykiatri rehab hab

Specialistpsykiatrin har sedan tidigare en struktur där nätverket för patientsäkerhet på kliniken är ett stöd till ledningen. Ledningen kan ge uppdrag till nätverket och nätverket har i uppdrag att uppmärksamma ledningen på relevanta frågor kopplat till patientsäkerhet. Under året har nätverket förstärkts med två representanter från ledningsgruppen.

Under året har patientsäkerhetsarbetet inom Rehabkliniken, Habilitering och hjälpmedel fortsatt att utvecklas med fokus på struktur, delaktighet och lärande. Patientsäkerhetsteamet har sammanträtt vid sex tillfällen med särskilt fokus på att tydliggöra patientsäkerhetsombudens roll och stärka möjligheten att lyfta patientsäkerhetsfrågor bottom-up från verksamheternas APT till Patientsäkerhetsteamet och verksamhetens ledningsgrupp.

Rättspsykiatriska regionkliniken

Verksamheten har avsatt resurser för en kvalitetsorganisation bestående av funktionerna: chefläkare, chefsöverläkare, vårdutvecklare, chefssekreterare, kvalitetsutvecklare och kommunikatör. Representanter som chefsöverläkare, chefläkare och vårdutvecklare deltar även i verksamhetens ledningsgrupp och patientsäkerhetsarbetet är en stående punkt på ledningsgruppens möten. På det sättet blir patientsäkerhetsarbetet en naturlig och självklar del i verksamhetens ledning och styrning.

Sjukhusvård

Styrande dokument för patientsäkerhetsarbetet är den regionövergripande handlingsplanen för Patientsäkerhet. En god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid.

Året dominerades av förberedelser inför framtidens sjukhusstruktur. Beslut fattades om att införa en akutläkarorganisation, samla intensivvård i Växjö, öppna intermediärvård i Ljungby, införa separata sjukhuschefer och flytta nattliga operationer till Växjö från 2026.

Verksamheterna har arbetat brett med att stärka beredskap, förbättra bemanning, minska hyrberoendet, digitalisera arbetssätt (t.ex. införandet av PDMS -Patient Data Management System- på anestesikliniken), utveckla vårdplatser och öka tillgängligheten.

Under året har verksamhetsutvecklare samt patientsäkerhetsstrateg träffat flertalet av

avdelningschefer för dialog kring hur man ur ett ledningsperspektiv arbetar med patientsäkerhetsfrågor.

Patientsäkerhet är numera en del av controllermötena i syfte att följa upp data samt kvalitet ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

En god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid. Regionen har som målsättning att reducera antalet vårdskador. Patientsäkerhetsarbetet ska omfatta samtliga hälso- och sjukvårdens verksamheter och därmed underlätta patientens väg genom vården. (I detta dokumentet inkluderas tandvården i termen hälso- och sjukvård). Det ska finnas en tydlig ledning och styrning av patientsäkerheten på alla nivåer i organisationen.

Styrande dokument för patientsäkerhetsarbetet i region Kronoberg är den regionövergripande handlingsplanen för Patientsäkerhet. Handlingsplanen avser hela Hälso- och sjukvården och inkluderar som redan påpekats även tandvården. Fokus i handlingsplanen är i första hand på de områden som i nuläget bedöms som de strategiskt viktigaste och utgör de största utmaningarna inom det övergripande patientsäkerhetsarbetet i regionen, men inkluderar också pågående arbeten som behöver fortsatt fokus. Handlingsplanen gäller för 2025-2030.

Region Kronobergs vision för patientsäkerhetsarbetet: En god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid. Regionen har som målsättning att reducera antalet vårdskador.

Övergripande mål med handlingsplanen: Att förstärka Region Kronobergs patientsäkerhetsarbete till att omfatta samtliga hälso och sjukvårdens verksamheter och därmed underlätta patientens väg genom vården

Respektive ledningsgrupp inom Hälso och sjukvården ska verka för att patientsäkerhet är en lika självklar kontinuerlig punkt på agendan som ekonomi och HR.

Organisation och ansvar

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

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt beslut ska Region Kronoberg vara kvalitetsstyrkt. För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska vårdgivare enligt SOSF 2011:9 inrätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten (3 kap 1§). Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

Region Kronoberg fastställer i budget, verksamhetsplaner, policy och övriga styrdokument hur detta ska ske. Uppföljning av uppsatta mål sker i årsanalys, delårs- och månadsrapporter samt särskilda dokument som patientsäkerhetsberättelse och revisioner.

Hälso- och sjukvårdsdirektör och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp är övergripande

ansvariga för beslutat patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefer är ansvariga för att arbetet genomförs i verksamheten.

Patientsäkerhet är en del av kunskapsstyrningen och på lokal nivå finns en Lokal samverkansgrupp -LSG- Patientsäkerhet. Samtliga verksamhetsområden är representerade i LSG och regional chefläkare samt patientsäkerhetsstrategerna är ordinarie medlemmar. Verksamhetschef för Vårdutveckling och kvalitet tillhör stabsfunktionen och ingår, liksom regional chefläkare, i hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och delar således ansvaret att bära patientsäkerhetsfrågor till/från ledningsgruppen. Uppdragsbeskrivning för LSG Patientsäkerhet revideras i nuläget.

Chefläkare har enligt delegationsordningen ansvar för anmälan av vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg. Inom Tandvården innehas motsvarande ansvar av cheftandläkare, utsedd av tandvårdschefen.

Verksamhetsområdeschef för rättspsykiatri ansvarar för att utse anmälningsansvarig vid brister i säkerheten enligt SOSF 2006:9 7 kap. och att rutiner finns för anmälan.

Regional chefläkare ansvarar för att rutiner för avvikelshantering och Lex Maria-anmälan har utarbetats. Dessa fastställs av hälso- och sjukhusdirektör och görs kända i verksamheten. Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att samordna och koordinera den praktiska hanteringen av lex Maria anmälningar

Chefsöverläkare har ansvar för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap.

Inom Specialistpsykiatri är chefläkare enligt delegationsordningen anmälningsansvarig med chefsöverläkaren som backup vid dennes frånvaro, för anmälan om brister i säkerheten.

Inom Rättspsykiatri är det enligt delegationsordningen säkerhetssamordnare som är anmälningsansvarig för anmälan om brister i säkerheten. Chefläkare ska alltid informeras om anmälan

Smittskyddsläkare ansvarar för smittskyddsarbetet i Region Kronoberg. Enligt smittskyddslagen ska det finnas en smittskyddsläkare i varje region med ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet i regionen. Smittskyddsläkaren ligger organisatoriskt direkt underställd hälso- & sjukvårdsdirektören men smittskydd utgör samtidigt en egen förvaltningsmyndighet.

Verksamhetschefer inom respektive verksamhet ansvarar för att ta kontakt med chefläkare vid händelser som bedöms som möjliga Lex Maria-ärenden.

Regional Chefläkare ansvarar för organisation och rutiner för genomförande av händelseanalyser och riskanalyser. Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att samordna och koordinera den praktiska hanteringen av händelseanalyser. Säkerhetsenheten samordnar övergripande riskanalyser. En översyn av riskhantering påbörjades under 2024.

Chefläkare kan svara för vårdgivaren till IVO och andra myndigheter i patientsäkerhetsärenden

eller utse annan att ansvara för vårdgivarens yttrande.

Centrala patientsäkerhetsorganisationen ansvarar för att regionen har en central ärendehantering av ärende som delges av LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) eller IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Verksamhetsområdeschefer och verksamhetschefer ansvarar för att beslutade förebyggande åtgärder vid identifierade risker genomförs och att dessa följs upp. Verksamhetsområdeschefen har i uppdrag att säkerställa att berörda verksamheter inom ansvarsområdet bedrivs med god kvalitet samt med patientsäkerheten i fokus

En verksamhetschef ska enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har alltid det övergripande ansvaret för verksamheten. Verksamhetschefer ansvarar för att informera patienter och anhöriga om inträffade vårdskador enligt kraven i 3e kap. 8 § i Patientsäkerhetslagen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

STRAMA verkar i samverkan mellan vårdens olika delar för en rationell antibiotikaanvändning och mot antibiotikaresistens. Målet är rätt antibiotika i rätt tid till rätt patient och att minska onödig antibiotikaförbrukning.

Vårdhygien ska ge stöd till vårdgivaren i arbetet med att säkerställa en vård av god kvalitet med en god hygienisk standard såväl i det långsiktigt förebyggande arbetet som i akuta problem. Målet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning.

Kliniskt träningscentrum (KTC) ska samla utvecklings- och utbildningsaktiviteter inom medicinsk och kirurgisk simulering samt lyfta icke-tekniska färdigheter för att öka kvaliteten och säkerheten i patientarbetet.

En god säkerhetskultur

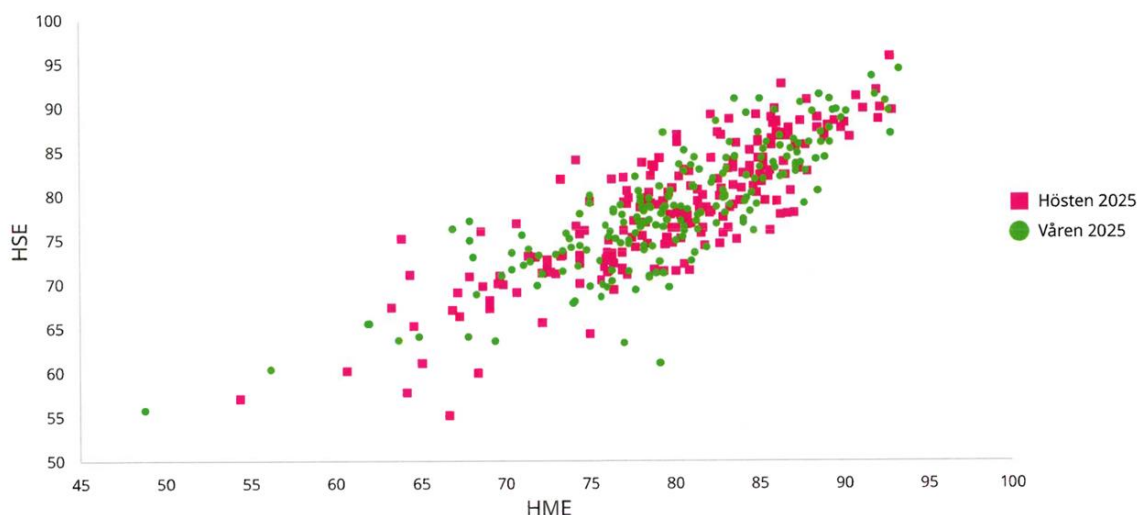


En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Region Kronoberg har sedan 2019 en gemensam enkät för arbetsmiljöfrågor och patientsäkerhetskultur. Enkäten innehåller frågor kring HME (hållbart medarbetarengagemang) – och HSE (hållbart säkerhetsengagemang) – för medarbetare som arbetar i verksamheter där man har patientkontakt. Mätning görs två gånger per år. Syftet med enkäten är att få en bild av den upplevda arbetssituationen, det hållbara medarbetarengagemanget samt patientsäkerhetskulturen på arbetsplatsen. Genom att göra mätningen i mindre skala, men oftare, finns det större möjligheter att koppla detta till det systematiska arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet.

Mätningen under hösten innefattade även frågor rörande diskriminering, sexuella trakasserier, hot och våld och kränkande särbehandling. Frågor som bygger på friskfaktorer som bidrar till att skapa goda arbetsplatser finns med i enkäten både på våren och hösten. Ett stödande material har tagits fram som kan användas på enheterna vid hanteringen av resultaten för både HSE och HME.

Korsjämförelse görs mellan resultat för HME och HSE. Detta för att belysa sambandet mellan de båda, se bild nedan. Sammanställningen visar liksom tidigare ett tydligt samband mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet vilket bör beaktas vid diskussion om tex vårdplatsfrågor. Patientsäkerhetskulturmätningen ligger på totalen ungefär på samma nivå vid båda mätningarna i år, men vid höstens mätning var resultatet för HSE-index 78,8 vilket var lite högre jämfört med mätningen hösten 2024. Spridningen i resultatet är större under hösten och vi har fler verksamheter som ligger i den nedre vänstra kvadranten.

HSN Hälso o sjukvårdsnämnd



Primärvården

Patientsäkerhetsteamet lokalt har ofta lyfts som en viktig del för att öka medarbetarnas medvetenhet om patientsäkerhet i vardagen och arbetet med teamen fortsätter då vi märkt att det stannat av på flera enheter.

Pulsmätningarnas resultat tas upp och diskuteras på varje enhet men även på övergripande nivå. HSE har under året ökat något men det finns en stor spridning mellan enheterna och en tydlig

samvariation med HME.

Patientsäkerhetskultur är ett av de områden som har identifierats som prioriterat att arbeta vidare med 2026.

Psykiatri rehab hab

Journalgranskning med fokus på kvalitet har genomförts som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom Rehabkliniken, Habilitering och hjälpmedel. Avvikelse har varit en stående punkt vid samtliga möten och antalet rapporterade avvikelser har inte ökat jämfört med 2024 pga stängningen på rehabklinikens slutenvård, vi ser dock en ökad rapporteringsbenägenhet och ett stärkt säkerhetsklimat.

Vidare har kvalitetsenheten initierat arbetet med kvalitetsrapporter på enhetsnivå som ett led i att stärka uppföljning, lärande och förbättring

Folktandvård

Folktandvården har en aktiv patientsäkerhetsgrupp som bl a arbetar med planering och utförande av triangelrevisioner.

Forum för odontologiskt ansvariga har skapats och är aktivt i regi av chefstandläkare.

Uppföljningen av Pulsmätningen görs på klinikinivå och i ledningsgruppen. Cheferna ges förutsättningar att arbeta och få stöd för att fortsätta bedriva vården med patientsäkerhet i fokus.

Rättsspsykiatriska regionkliniken

Verksamheten har som mål att vara en lärandeorganisation och eftersträvar ett öppet arbetsklimat där misstag används för att förbättra och utveckla verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Medarbetare uppmanas att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Inkomna avvikelser lyfts och diskuteras på arbetsplatsträffar utifrån ett lärande och icke skuldbeläggande förhållningssätt. Genomförda HSE- och HME-mätningar styrker verksamhetens ambitioner om att vara en lärandeorganisation där bl. a medarbetare vågar samtala om sina misstag.

Sjukhusvård

Under året har verksamheten fortsatt att uppvisa en stabil och god patientsäkerhetskultur. Medarbetare beskriver en hög medvetenhet kring risker, avvikelser och behovet av förebyggande insatser. Patientsäkerhet finns med som återkommande punkt på interna möten och på en del kliniker genom dialoger mellan professioner, vilket har bidragit till ett öppet klimat där förbättringsbehov kan identifieras tidigt. Skillnaden är dock stor mellan kliniker gällande denna fråga.

Ett tydligt fokus har lagts på att stärka det gemensamma lärandet och att öka tryggheten i att rapportera avvikelser. Detta har resulterat i en fortsatt utveckling av organisationens förmåga att förebygga vårdskador.

Arbetet med HSE fortlöper. Resultaten har presenterats på patientsäkerhetsronder med respektive klinik, vilket har möjliggjort lokalt anpassade analyser och åtgärder.

Psykologisk säkerhet och teamarbete

Arbetet med psykologisk säkerhet har ffa bedrivits i form av föreläsning och workshop under ledning av chefläkare inom flera avdelningar och kliniker. Material för användning på t.ex. APT finns i kompetensportalen.

Teamarbete och modellen med crew resource management (CRM) har utgått ffa från KTC och är central där i utbildningar och simuleringsaktiviteter. CRM introduktion finns även som en fristående utbildning via kompetensportalen. Strategin i Region Kronoberg är att vidareutveckla teamarbetet inom alla verksamheter.

Adekvat kunskap och kompetens



Primärvård

Kompetensförsörjningen fortsätter att vara en av primärvårdens stora utmaningar och kommer så förbli över överskådlig tid. Förändrade arbetssätt är ett måste.

Under året har utbildning kring avvikelshantering genomförts vid två tillfällen för chefer och MLA, både fysiskt och digitalt. Deltagandet har varit stort och utbildningen har justerats fortlöpande efter de synpunkter som kommit in. Syftet med utbildningen har varit att öka förståelsen för hur avvikelser ska bearbetas och återkopplas med förhoppningen att detta både ska leda till en ökad benägenhet hos medarbetarna att skriva avvikelser när man känner att det fyller ett syfte men också att få en bättre övergripande bild av områden för avvikelser inom VO-området genom bättre bearbetning.

Under året har det genomförts en utbildning i patientsäkerhet för fysioterapeuter med fokus på diagnostisk säkerhet. Aktuella fall från avvikelser användes i avidentifierad form som grund för grupparbeten.

Vid arbetet med framtagandet av aktiviteter för varje identifierat fokusområde engagerades medarbetare från verksamheterna och tanken är att detta ska tjäna som modell för fortsatt arbete för att säkerställa bred förankring och delaktighet i framtida förbättringsarbeten.

Psykiatri, rehab, hab

Flera av cheferna inom Specialistpsykiatri kommer att gå regionens utbildning i patientsäkerhet för chefer. Inom Rehabkliniken, Habilitering och hjälpmedel har synergihanteringsprocessen setts över i sin helhet. Kvalitetsenheten har i detta arbete fått en tydlig roll, bland annat avseende bedömning av om vårdskada har inträffat samt stöd i den fortsatta hanteringen. Arbete med att skapa ett analysteam har påbörjats med ambitionen att på

sikt bygga en bredare analyskapacitet med fler analysledare. Patientsäkerhetsombuden ska successivt kunna ingå i analysarbetet samt fungera som stöd till avdelningschefer i analys av avvikelser på enhetsnivå. Verksamhetsområdeschefen har gått en utbildning anordnad av socialstyrelsen kring patientsäkerhet för högre chefer.

Rättspsykiatriska regionkliniken

Verksamheten arbetar aktivt med att synliggöra den rättspsykiatriska vården genom att föreläsa på universitet och högskolor samt visa upp verksamheten på bl a sociala medier.

Rekryteringsplattformen är framförallt studenter från vårdgymnasium, universitet och högskolor med vårdutbildning. En förutsättning för att arbeta på toppen av sin kompetens är en god introduktion. År 2022 utformades ett nytt introduktionsprogram för omvårdnadspersonal, under 2024 har introduktionsprogrammet utökats till att omfatta läkare. Under år 2025 så har det tagits fram ett nytt introduktionsprogram för sjuksköterskor.

Verksamheten har genomgående ett lågt deltagande på de regiongemensamma patientsäkerhetsutbildningarna, därav kommer samtliga introduktionsprogram att revideras under år 2026 för att få en bättre följsamhet.

I syfte att säkerställa viss kompetensutveckling inom verksamheten har kliniken egna utbildare inom missbrukskartläggningar och riskbedömning.

För att implementera förbättringar och/eller förändringar i verksamheten har funktioner som kvalitetsutvecklare fått projektledarutbildning och kunskap i förbättrings- och förändringsarbete. Händelseanalyser, internutredningar och myndighetsbeslut informeras och kommuniceras på ledningsgruppens möten för att spridas till arbetsplatsträffar.

Folktandvård

Nya medarbetare i Folktandvården går ett introduktionsprogram där Grundläggande utbildning i patientsäkerhet ingår. Nya chefer och samordnare får även en enskild utbildning på Folktandvårdens kansli, där ingår bland annat en genomgång av hur Folktandvården arbetar med patientsäkerhet och en genomgång av avvikelshanteringssystemet Synergi.

För att som tandläkare vara delaktig av jourverksamheten så ska vederbörande arbetat kliniskt i minst två år. Inför arbetet på jourverksamheten så finns en obligatorisk utbildning som ska genomföras av samtliga deltagande tandläkare. Folktandvården har en handledningsklinik på Folktandvården Linné, där nya tandläkare under sitt första år kan få teoretisk och praktisk handledning av en äldre kollega.

Under 2025 har två kliniker bedrivit vårdutvecklingsprojekt med hjälp av SKaPa. De grundläggande syftena med SKaPa är att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl sjukdomsförebyggande som sjukdomsbehandlande åtgärder avseende tandsjukdomarna karies och parodontit. SKaPa ska också bidra till vårdutveckling inom tandvården, stödja vidareutveckling av nationella riktlinjer och ge underlag för forskning. 2025 har vi haft tillgång till den gemensamma kompetensutvecklingen i Södra Regionen - KUS. Ett samarbete med folktandvårds organisationerna i Region Kalmar, Blekinge, Halland, Kronoberg och Skåne.

Sjukhusvård

Sjukhusvården har haft positiv utveckling under 2025. Genom satsningar på arbetsmiljö, introduktion och mentorskap har personalomsättningen minskat. Verksamheterna har lyckats behålla och rekrytera fler. Utmanande vakans problematik, resultatlösa rekryterings försök och hyrberoende är dock fortsatt förekommande inom flera specialist områden.

Läkarbemanningen på jourtid är fortsatt beroende av undantag från reglerna om dygnsvila.

Sommarplaneringen har samordnats av ledningsgruppen och utvärderingarna visar att sjukhusvården har kunnat bedrivas enligt plan. Medarbetarna har fått semester och visat på flexibilitet och välvilja till att lösa bemanningen.

Många arbetsplatser har arbetat med friskfaktorerna på olika sätt under året. Arbetsmiljön har framför allt för medarbetare och chefer i västra länsdelen påverkats av förslag och beslut om förändrat vårdutbud och organisering av sjukhusvården. Det har bl a handlat om oro för patientsäkerheten, samarbetskulturen mellan sjukhusen, kompetensförsörjningen av läkare och otydlig styrning.

Implementering

Under 2025 har ett behov av förbättrad kompetens inom implementering identifierats och under 2026 kommer en grupp från Utbildning och lärande samt chefläkare att påbörja ett strategiskt arbete för att skapa kompetens och stöd i implementeringsfrågor. I denna fråga har kontakt tagits med Region Stockholm..

Verksamheterna har kommit olika långt med att utveckla sina kompetensförsörjnings planer i enlighet med regionens kompetensförsörjnings strategier. En projektgrupp har tillsatts för att utveckla sjukhusvårdens övergripande kompetensförsörjnings plan.

Patienten som medskapare



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patientens berättelse och kunskap om hens behov och resurser är avgörande för att vården på alla nivåer ska kunna möta upp dessa. När en patient fått god och individuellt anpassad information om sin vård och behandling samt eventuella risker kan hen bidra till att identifiera och uppmärksamma avvikelser som behöver åtgärdas. Om patienten eller dess närstående är ett barn ska barnets bästa bedömas och beaktas utifrån mognad och ålder.

Egenmonitorering

Med egenmonitorering blir patienten medskapare av sin vård, får en ökad kunskap, känner trygghet och ges större möjlighet att få kontroll och delaktighet i sin vårdprocess.

Vårdpersonalen kan arbeta mer förebyggande, vilket skapar förutsättningar för en ökad vårdkvalitet och en bättre arbetsmiljö. Akuta och oplanerade vårdbesök kan undvikas och vårdens kompetenser och resurser kan nyttjas på ett bättre sätt.

Upphandling av teknisk utrustning blev klar och avtalet påskrivet under första kvartalet 2025. Efter det har flera diagnosspecifika arbetsgrupper kunnat startats upp med bland annat utbildning för medarbetare och framtagande av rutiner. Leveransen av det upphandlade systemet för egenmonitorering är emellertid försenat och nytt leveransdatum är ännu inte satt. Däremot har vi nu beslutat på att breddinföra egenmonitorering av astma på vuxna inom primärvården i ett annat egenmonitoreringssystem. Under första kvartalet kommer chefer att informeras och vårdpersonal som arbetar med patienter med astma att utbildas.

Inför uppstart av egenmonitorering har en riskanalys gjorts utifrån patientsäkerhetsperspektiv. Analysteamet var multiprofessionellt med bred erfarenhet och även patient/ närstående ingick i analysteamet. Riskanalysen gjordes för att identifiera eventuella patientsäkerhetsrisker inför införande av egenmonitorering. Två risker utmärkte sig med något högre poäng och allvarlighet,

1. risk för att patienter justerar sin behandling utifrån mätvärden på egen hand utan att konsultera vårdpersonal
2. risk för otydlighet i patientansvar och vårdens ansvar

Analysteamet lyfte fram vikten av att säkerställa att patienterna har förstått varför och hur egenmonitorering är av godo för deras vård samt ansvarsfördelningen. Tydlig och enkel kommunikation och dokumentation är väsentlig för att det ska vara möjligt.

Invånartjänster

Nytt stöd- och behandlingsprogram

Regionen har i samarbete med Regionalt cancercentrum utvecklat ett digitalt stöd- och behandlingsprogram inom cancerprehabilitering som ska användas i hela landet. Programmet ger en jämlik tillgång till prehabilitering i hela landet. Ger patienten stöd under tiden mellan diagnos och behandlingsstart med fokus på tankar, känslor och reaktioner, matvanor, fysisk aktivitet och träning och levnadsvanor som tobak och alkohol i samband med en cancerdiagnos. Programmet ger förbättrade förutsättningar för patient, närstående och vårdpersonal.

Remisstatus på 1177

Invånarna kan nu följa status på remisser via 1177 journal. Status kan följas på vårdbegäran, konsultationsremiss och röntgenremiss vilket stärker patientens delaktighet och egenkontroll i vårdprocessen.

Digital kommunikation

Nya arbetssätt har införts som innebär att vården ska informera patienten att i första hand ta del av sin journalinformation via 1177 journal. Kommunikationen sker snabbare, säkrare och ger möjlighet för patienten att vara mer delaktig i sin vård och behandling. Det minskar risken för fördröjd vård och informationsbortfall och ökar spårbarhet och ansvarstagande.

Nationell patientenkät (NPE)

NPE är en så kallad PREM-enkät (Patient Reported Experience Measures) och mäter patientrapporterade upplevelser av vården och genomförs via SKR. För att främja ett ökat fokus på patientnöjdhet har Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp beslutat att NPE ska genomföras i alla verksamheter varje år samt att enheterna ska använda resultaten som underlag till sina förbättringsarbeten. Det har även lagts till i vårdvalsspecifikationen för primärvård. En del av NPE har även lagts in i Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan. Exempelvis har man valt ut två dimensioner som ska förbättras under verksamhetsåret. Det har även lagts till i vårdvalsspecifikationen för primärvård. Stödmaterial för arbetet med NPE har tagits fram under året och publicerats på Vårdgivarwebben.

Satsning på "Vad är viktigt för dig?"

I början av juni varje år uppmärksammas internationella "Vad är viktigt för dig?"-dagen i över 50 länder. Dagen syftar till att uppmuntra meningsfulla samtal mellan medarbetare inom skola, vård och omsorg och personer de möter. För hälso- och sjukvården handlar det om att i varje möte flytta fokus till patientens individuella förutsättningar, förmågor och behov.

Under 2025 har förslag till en gemensam strategi för hållbar utveckling av hälsa, stöd, vård och omsorg i Kronobergs län 2026–2036 tagits fram, att ta avstamp i frågan "Vad är viktigt för dig" är inkluderat i strategins föreslagna målbild

Region Kronoberg satsar även på kommunikationsinsatser som förstärker den nationella uppmärksamhetsveckan. Under 2025 genomfördes redaktionella insatser med fokus på positiva patientupplevelser samt dialog material för medarbetare. Beslut har fattats om breddade kommunikationsinsatser kommande år.

Folktandvård

Under 2025 fram till 31 augusti så har Folktandvården fortsatt skickat ut en patientenkät efter tandvårdsbesök via sms. Enkäten kommer från "key for care". Frågorna har valts ut av en referensgrupp i Folktandvården där patientsäkerhet deltagit. Resultatet redovisas vecko- och månadsvis till klinikledningarna. Ledningsgruppen har arbetat med resultatet och tagit hem förbättringsarbete till klinikerna.

Samtliga patienter med närstående ges möjlighet att delta i händelseanalyser och internutredningar i form av att bli intervjuad och/eller genom att skriva ner sina upplevelser i samband med händelsen. Patienterna görs delaktiga i sin vård när den planeras för den enskilde individen. Vi har med patienten som medskapare när vi planerar vad vården ska innehålla.

Primärvård

Patientmedverkan i det mer övergripande utvecklings- och patientsäkerhetsarbetet är fortfarande bristfälligt. Däremot är det en självklarhet att patient och/eller närstående tillfrågas och informeras vid utredning av enskilda händelser.

Arbetet med dokumenterad överenskommelse i primärvården går sakta framåt men i allt för långsamt tempo. Mer arbete krävs för att förbättra mallen och underlätta för medarbetarna.

Psykiatri rehab hab

Specialistpsykiatrin har som mål att alla patienter ska ha en vårdplan i form av patientkontrakt. Denna ska göras ihop med patienten. Enligt markörbaserad journalgranskning har 80% av

patienterna en vårdplan vilket är en liten ökning jämfört med 2024 då 77% av patienterna hade vårdplan. Alla patientkontrakt är dock inte uppdaterade enligt plan vilket är något som behöver förbättras framöver. Uppföljning sker genom journalgranskning.

När det gäller systematiskt kvalitetsarbetet har Specialistpsykiatrien både patientforum inom slutenvården samt Vooglers inom barn- och ungdomspsykiatrien. Två tydliga metoder som bidrar till patientmedverkan på flera plan.

Inom Specialistpsykiatrien finns en arbetsgrupp/referensgrupp som kallas ”Resursgrupp psykisk hälsa”, resurspersoner har patienterfarenhet samt erfarenhet av återhämtning. De bidrar med sin erfarenhet och kunskap i olika sammanhang inom verksamheten tex. i våra grupper: ADHD-grupp, Bipolära skolan, depressionsskolan, träningsgrupper för patienter etc.

Sedan några år tillbaka föreläser även resurspersoner för sjuksköterskestudenter i termin 4 och 6. Resurspersonerna bidrar med ett inifrånperspektiv, hur är det att vara patient inom psykiatrien. Studenterna får även kunskap kring bemötande samt teoretiska kunskaper kring diagnoser. Resurspersoner deltar även med sin erfarenhet och kunskap i olika forskningsprojekt och utbildningstillfällen inom verksamheten.

Inom barn- och ungdomshabiliteringen har Vooglersträffar genomförts en gång per termin. Vooglers är unga vårdutvecklare med egen erfarenhet av rehabiliteringen och bidrar till att stärka barns och ungas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Under året har fokus varit på information till barn och ungdomar i samband med och efter besök, med betoning på åldersanpassning, förståelse och möjlighet att minnas vad som gjorts och planerats. Barnens synpunkter har tillfört kunskap och perspektiv som personalen inte alltid uppmärksammat, bland annat kring hur information upplevs, förstås och används. Dialog har även förts kring material om diagnoser i syfte att utveckla tydligare och mer enhetlig information som stödjer trygghet och säker vård. Framöver planeras en liknande grupp med föräldrar vars barn har en funktionsnedsättning.

Rättsspsykiatriska regionkliniken

På vårdavdelningarna bjuds samtliga patienter in till att delta på patientforum 1ggr/mån. Patientforumen hålls av en utomstående samtalsledare (ej anställd på kliniken) med en egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Samtalsledare är utbildade i metoden via NSPH Skåne. Vid forumen deltar endast patienter, samtalsledare och avdelningschef, ingen övrig vårdpersonal närvarar. Patienterna väljer själva vad de vill ta upp för diskussion/förslag på forumen, mestadels är det frågor/förslag om aktiviteter, bemötande, regler, mat, miljön och upplevelser på avdelningen

Patientenkät med mer än 58% deltagande genomfördes sommaren 2025. Resultatet av enkäten uppvisar att 88% av verksamhetens patienter som deltagit i enkätundersökningen, delvis och till stor del, har förtroende för personalen, att 96% av verksamhetens patienter, delvis och till stor del, upplever att de blir bra bemötta av personalen, att 82% av verksamhetens patienter, delvis och till stor del, upplever att de känner sig delaktiga i sin vård och behandling och att 86% av verksamhetens patienter, delvis och till stor del, upplever att vården är till hjälp för dem.

Rättsspsykiatriska regionkliniken har bjudit in Patientnämnden och Stödpersoner till

informationsträff. Utvärdering av Stödpersonernas upplevelse av informationsträffen påvisar att större antalet stödpersoner är nöjda och upplever informationsträffen som välorganiserad och givande. Förslag på önskemål om innehåll på framtida informationsträffar har inkommit och dessa kommer ligga till grund för planering av framtida träffar.

Sjukhusvård

Ett fortsatt utvecklingsområde är att förstärka patientmedverkan i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Även om vissa enheter har arbetat aktivt med att involvera patienter och närstående finns ett behov av att utveckla mer strukturerade och enhetliga metoder. En ökad och mer systematisk patientmedverkan bedöms kunna bidra till högre kvalitet i riskbedömningar, anpassade förbättringsåtgärder och ett mer personcentrerat arbetssätt.

Samtliga patienter och närstående erbjudas att medverka vid händelseanalyser samt internutredningar i form av antingen intervju eller skriftlig redogörelse.

Arbetet med dokumenterad överenskommelse löper på. klinikerna har kommit olika långt.

Agera för säker vård



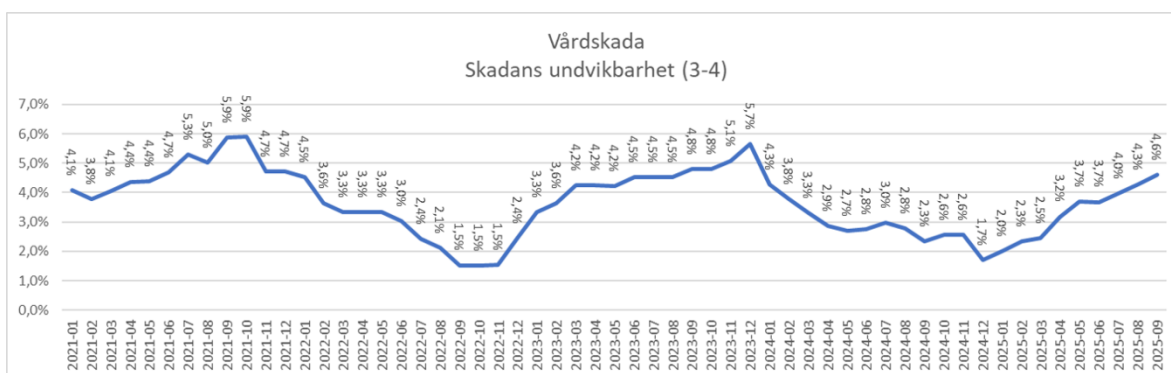
Öka kunskap om inträffade vårdskador

Andel vårdskador inom somatisk slutenvård för vuxna

MJG används för att identifiera skador inom somatisk vuxenvård på sjukhus respektive psykiatrisk vård. Metoden lämpar sig även väl för att granska utvalda områden där man tror sig kunna hitta ämnen för förbättringsarbeten. Inom somatisk vuxenvård granskas 28 stycken slumpvis utvalda patientjournaler varje månad av ett granskningsteam. Resultatet sammanställs enligt modellen rullande 12 månader. Varje mätpunkt visar summan av de senaste 12 månadernas mätningar..

Mål: Förekomst av vårdskada ska ej överstiga 4%

Resultat:



Analys av resultat: Antal granskade journaler per tillfälle är lågt och en vårdskada får därför ganska stor effekt på resultatet, det behöver man ha med i analys av resultat. Emellertid ser vi en tydligt uppåtgående trend under 2025, framför allt senare delen av året då vi går över målvärdet. Vårdrelaterade infektioner, framför allt urinvägar, är den vanligast skadan som identifierats vid journalgranskning under året, ingen av dessa har lett till förlängd vårdtid. Andel riskbedömda patienter, snittvärdet, under perioden september-oktober låg på 58-62%. Tittar vi på andel utlokaliserade patienter under dessa månader ser vi en liten topp vilket kan påverka det preventiva arbetet med tex riskbedömningar men också följsamheten till riktlinjer. Riskbedömning och följsamhet till riktlinjer utgör en viktig del i det preventiva arbetet för att

förhindra vårdskador inom slutenvården. .

Åtgärder: Idag krävs manuell handpåläggning att ta fram resultat vilket är tidsödande. Framöver kommer arbete med korsjämförelser underlättas. Projekt pågår med automatisk generering av alla resultat kopplat till patientsäkerhetsindikatorer till ny produkt för uppföljning i Stratsys. Vi behöver ta ett krafttag kring riskbedömningar som en del av det preventiva arbetet, frågan är redan nu aktualiserad och planering pågår. Arbetet med urinvägar behöver fortsätta för att få ner frekvens av vårdrelaterade infektion kopplade till KAD och överfylld blåsa.

Uppföljning av åtgärd: Ett nytt IT-stöd kommer implementeras q2 2026 med syfte att underlätta och samla all uppföljning kopplad till kvalitet och patientsäkerhetsarbete på ett ställe. Denna lösning möjliggör en enhetlighet och transparens genom hela organisations träd från enskilda medarbetare till beslutsfattare och politiker. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och LSG Patientsäkerhet.

Andel vårdskador inom psykiatrisk vård

Mål: Inom Specialistpsykiatri Vuxna granskas journaler sedan några år tillbaka. Målet är att granska 10 journaler per månad,.

Resultat: 2025 finns resultat enbart resultat från första halvåret. Då granskades 38 journaler, vilket är färre än de senaste åren

Analys av resultat: Ingen vårdskada har hittats. Antalet vårdskador ligger på en jämn nivå. Sedan granskningarna startade har antalet vårdskador per år legat mellan 0 och 1.

Vid granskning får man också fram sk kvalitetsmarkörer. De vanligaste inom specialistpsykiatri i Kronoberg är:

- Oplanerat besök på psykiatrisk akutmottagning
- Somatiskt status saknas vid inskrivning i slutenvård
- Återinskrivning inom 30 dagar

Under 2023 ökade andelen patienter där man inte genomfört somatiskt status vid inskrivning i slutenvård. Detta återspeglades även i avvikelser där det inkommit ett antal angående bristande somatiskt omhändertagande av patienter. Trenden under 2024 var nedåtgående. Antalet markörer minskade månad för månad. Under första halvåret 2025 har minskningen dock stannat av. Trots förbättring är det den näst vanligaste markören. Återinskrivning inom 30 dagar har seglat upp som den tredje vanligaste markören.

Åtgärder: Under 2026 kommer journaler fortsatt granskas enligt vedertagen metod. Lokal databas är framtagen i samverkan med IT-enheten och Rättsspsykiatri. Databasen går i drift Q1 2026.

Uppföljning av åtgärd: Ett nytt IT-stöd kommer implementeras q2 2026 med syfte att underlätta och samla all uppföljning kopplad till kvalitet och patientsäkerhetsarbete på ett ställe. Förhoppningen är att resultat från granskningen ska kunna överföras från databasen till det nya IT stödet.

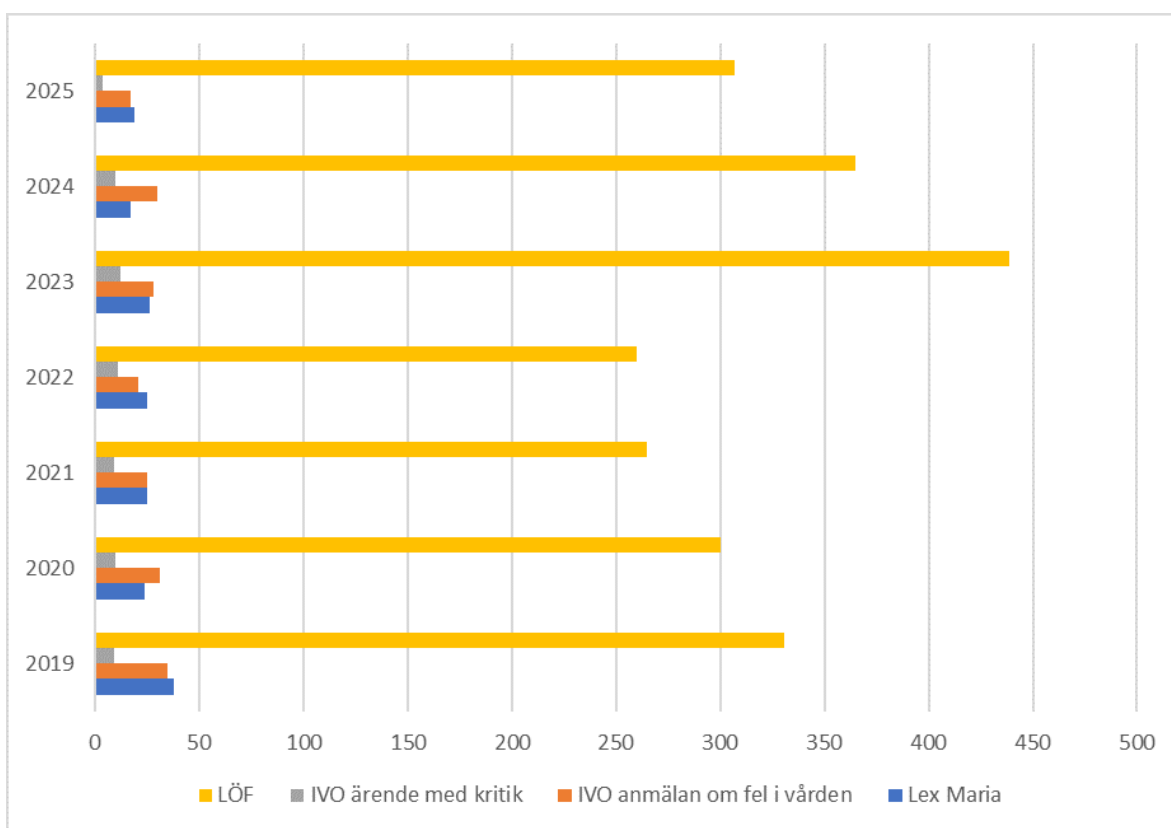
Central ärendehantering

- Lex Maria,
- IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

- LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringskassa)

Mål: Region Kronoberg ska ha en central ärendehantering för patienter och närståendes anmälningar till LÖF och IVO för att säkerställa en snabb och korrekt hantering och möjliggöra analys på aggregerad nivå. Samtliga händelser som kommer till vårdens kännedom via IVO eller LÖF ska analyseras av berörd verksamhet. En bedömning avseende vårdskada ska göras. Om vårdskada föreligger ska en orsaksanalys göras och åtgärder föreslås. Alla inkomna ärenden ska skickas för kännedom till chefläkare. Händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas enligt lex Maria. Det är chefläkare som beslutar om en händelse ska anmälas enligt lex Maria och om händelseanalys eller internutredning är lämpligt.

Resultat:



Analys av resultat: Antalet ärenden från LÖF ligger lägre än 2024 och närmar sig nu nivån före pandemin. Majoriteten av de ärenden som anmälts under 2025 avser händelser kopplade till produktionsåren 2025 och 2024 men det finns även äldre skador som anmälts. Av de LÖF-ärenden som inkom 2024 har ersättning beviljats i 43% av ärendena motsvarande en summa på 8 129 864 kronor, 12 ärenden saknar fortfarande beslut. I nuläget kan ingen komplett sammanställning göras för 2025 års ärenden, då majoriteten fortfarande är under behandling hos LÖF. Först under 2026 kommer vi kunna se hur stor andel som beviljats ersättning och den totala summan.

Ärenden där IVO själva initierar en utredning ligger på en mycket låg nivå 2025 – den lägsta sedan vi började följa statistik för denna typ av ärende. Det är svårt att dra några säkra slutsatser av detta. Det vi vet är att IVO genomgår en omfattande omorganisation och för närvarande har mycket långa handläggningstider, vilket möjligen kan påverka inflödet till

regionen, men detta är enbart spekulativt.

Under 2025 har internutredningar fortsatt att vara den vanligaste utredningsmetoden, men skillnaden mot händelseanalyser har minskat. Totalt genomfördes 13 internutredningar och 10 händelseanalyser. Både internutredningar och händelseanalyser har lett till lex Maria-anmälningar, men långt ifrån alla utredningar resulterar i en sådan anmälan. Däremot har samtliga utredningar lett till förbättringsåtgärder, vilket är en styrka i vårt systematiska patientsäkerhetsarbete.

Tillgången på utbildade analysledare enligt händelseanalysmetoden är fortsatt ojäm och begränsas av att inte alla som utbildats har arbetat aktivt med analyser. Detta har medfört att behöriga analysledare periodvis belastats hårt. En positiv utveckling är att flera nya analysledare kommer att utbildas under 2026, vilket ger förutsättningar för ett mer robust system framöver.

Kvaliteten på utredningarna har överlag förbättrats. Vi har blivit mer noggranna med att balansera centrala och verksamhetsnära utredningar och att höja analyskompetensen. Trots detta finns skillnader i kvalitet mellan olika verksamheter, vilket ibland kräver kompletteringar initierade av chefläkare eller patientsäkerhetsstrateg – särskilt inför lex Maria-anmälningar där utredningen måste uppfylla vissa kvalitetskrav innan den skickas. Denna noggrannare granskning har medfört färre kompletteringskrav från IVO, vilket är ett tydligt kvalitetsmått.

Antalet lex Maria-anmälningar 2025 ligger i paritet med 2024, 19 st år 2025 jämfört med 17 år 2024. Region Kronoberg har lägst antal anmälningar per 100 000 invånare (14,3) i landet. Detta väcker frågan: är vi bäst eller sämst på att identifiera, utreda och förebygga allvarliga vårdskador? Svaret är inte självklart. Det kan bero på att händelser inte uppmärksammas eller registreras, eller att vi haft färre allvarliga händelser. Svårigheten att i stunden bedöma om en händelse är en misstänkt allvarlig vårdskada är en känd utmaning. Oavsett så kostar vårdskador pengar. Skattade kvalitetsbristkostnader kopplade till 2025 års lex Maria ärende uppgår till ca 1,3 miljoner. Sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, där man även tittar på Value of Life Lost (VLL), bestående invaliditetsersättning med potentiellt inkomstbortfall blir summan betydligt högre, runt 18 miljoner kronor.

Åtgärder vidtagna 2025:

- **Digitalisering av försäkringsärenden och journalhantering**
Övergång från pappersbaserad hantering till digital överföring av journalunderlag till LÖF via plattformen *LJUS*. Detta har minskat pappersförbrukningen med cirka 60 kg per år, reducerat behovet av 600 kuvert och sparat portokostnader på cirka 54 000 kr.
- **Ny ärendetyp i avvikelssystemet**
Implementering av en särskild ärendetyp för patientsäkerhetsärenden kopplade till IVO, LÖF och lex Maria, med krav på orsaksanalys och bedömning av patientskada.
- **Revidering av grundläggande patientsäkerhetsutbildning**
Utbildningen har uppdaterats med fokus på processen *"avvikelse till lex Maria"*

Planerade åtgärder 2026:

- Under 2026 kommer fler medarbetare utbildas till analysledare och det kommer även bli en reaktivering av vissa av de medarbetare som tidigare är utbildade men som inte deltagit aktivt de senaste åren.

- Utbildning för chefer i patientsäkerhet vilket inkluderar tydliggörande av lex Maria-processen, avvikelshantering, prioritering av utredningar, tidsramar, återföring och ledningsansvar. Utgår från Socialstyrelsens **Kompetensområden i patientsäkerhet**
- Digitala utbildningar för medarbetare som deltar i utredningar. Utgår från Socialstyrelsens **Kompetensområden i patientsäkerhet**

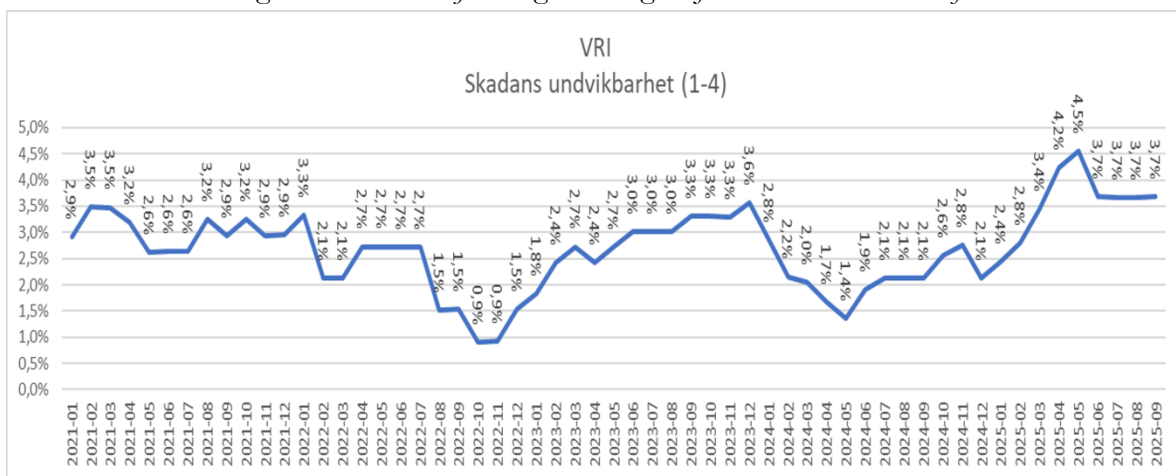
Uppföljning av åtgärder: För att säkerställa att de åtgärder som genomförs inom patientsäkerhetsområdet ger önskad effekt och uppfyller satta mål kommer Region Kronoberg att införa ett nytt IT-stöd för strukturerad uppföljning. Under 2026 implementeras en ny produkt i Stratsys som ska stödja det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Denna lösning blir ett gemensamt verktyg för hela organisationen och möjliggör en enhetlig och transparent uppföljning av åtgärder kopplade till tex indikatorer, gjorda utredningar och egenkontroller– synlig för beslutsfattare, medarbetare och politiker.

Vårdrelaterade infektioner -VRI

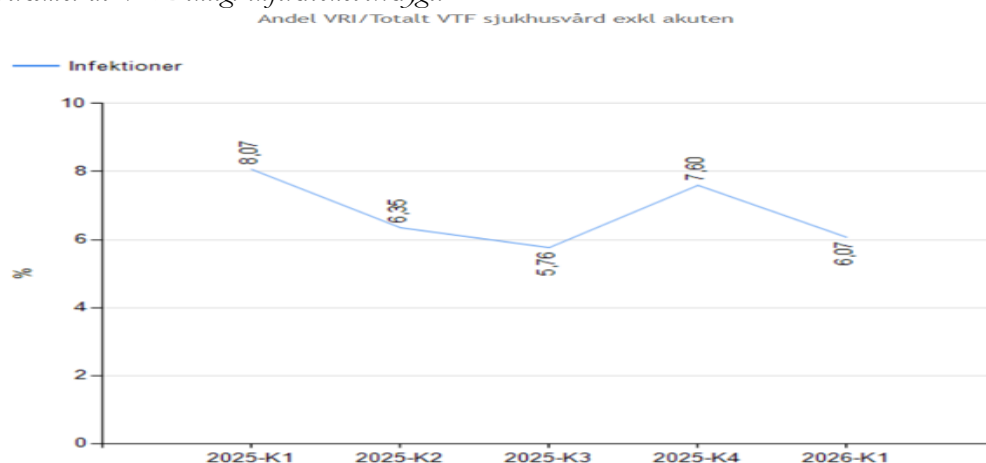
Mål: Målsättningen är att förekomsten av VRI ska vara låg men ett riktvärde saknas vad som är en rimlig nivå. Framförallt behöver vi i första läget bestämma ett riktvärde kopplat till VRI som uppstår inom regional sjukhusvård.

Resultat: Förekomst av vårdskador har under 2025 mätts med två olika metoder, enligt MJG och via infektionsverktyget.

Förekomst av VRI enligt Markörbaserad journalgranskning- MJG somatisk slutenvård för vuxna



Förekomst av VRI enligt infektionsverktyget



Analys av resultat: Det är endast vårdrelaterade infektioner som uppstått under vistelse på sjukhus, vuxenvård som ingår i MJG- mätningen. Resultaten från infektionsverktyget inkluderar all sjukhusvård, akutkliniken exkluderad. Det finns en diskrepans mellan de båda resultaten vilken delvis kan bero på att man med metoden MJG granskar journaler i efterhand, dvs har facit i hand och då kan fastställa om det var en VRI eller ej. I infektionsverktyget görs valet VRI när man ordinerar antibiotika, vilket ibland kan göras på indikation utan att det finns prover klara som verifierar att det är en infektion. Om antibiotika sätts ut för att man inte kunnat fastställa en infektion så ligger VRI registreringen kvar. Detta är något som däremot ses vid journalgranskningar. Framöver behöver man besluta om målnivå för VRI och en mätmetod, förslagsvis Infektionsverktyget.

Vanligast förekommande VRI enligt infektionsverktyget, är infektioner i urinvägar, olika postoperativa infektioner och kategorien "övriga infektioner". Det finns även ett inte obetydligt antal av vårdrelaterad pneumoni, en infektion som kan ge allvarliga konsekvenser för patienten och även generera längre vårdtid. Projekt att förebygga vårdrelaterad pneumoni är uppstartat under 2025 och vi hoppas kunna se effekt framöver med en minskad förekomst.

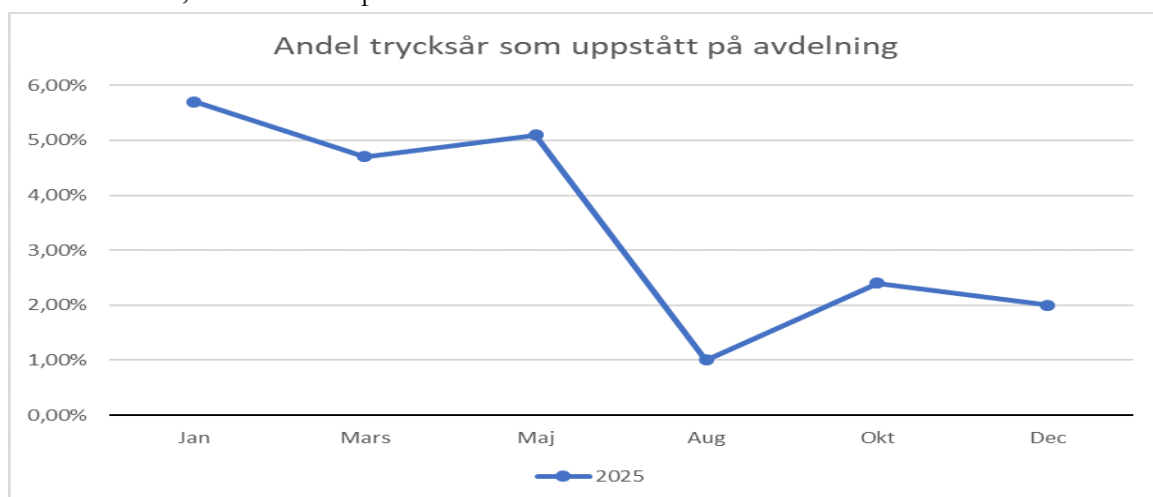
Åtgärder: Projekt "Förebygga vårdrelaterad pneumoni" kommer pågå under hela 2026. Övriga pågående arbete inom VRI området (Urinvägar, BHK och Infarter) kommer fortgå som tidigare. Riskbedömning inom slutenvården kommer lyftas som en viktig del i det preventiva arbetet med VRI och andra vårdskador kopplat till omvårdnadsarbetet. Målvärde måste beslutas. Under 2026 så planerar tandvården att fortsätta arbetet med VRI i tandvården. Arbetet har påbörjats under 2025 då journalgranskning genomfördes, där man tittade på kirurgiska ingrepp och förekomst av infektioner och smärta efter ingrepp

Uppföljning av åtgärder: Mätresultat kommer framöver följas och analyseras med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet.

Förekomst av trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår som uppkommer i slutenvården ska ej ligga över 3%.

Resultat: Resultaten varierade mellan 1% och 5,7% under årets mätperioder, snittvärde 3,7%, vilket innebär att målet inte riktigt nåddes, men ligger på en låg nivå. Det finns osäkerheter i datamaterialet. Vissa avdelningar har inte genomfört mätningarna vid alla tillfällen, vilket påverkar resultatens tillförlitlighet. Det har även förekommit svårigheter med inmatning av data i Excel-filerna, vilket kan ha påverkat siffrornas exakthet.



Analys av resultat: Det finns osäkerheter i datamaterialet så vi vet inte med säkerhet hur valida resultaten är. Vissa avdelningar har inte genomfört mätningarna vid alla tillfällen, vilket påverkar resultatens tillförlitlighet. Det har även förekommit svårigheter med inmatning av data i Excel-filerna. Under årets första halvår låg förekomsten av trycksår något högre, medan resultaten under hösten visar en tydlig nedåtgående trend med sjunkande siffror. Precis som i föregående rapport bedöms flera faktorer bidra till att målnivån ännu inte nås fullt ut. En ökad vårdtyngd med svårt sjuka patienter, fortsatt förekomst av utlokaliserade patienter samt perioder med överbeläggningar påverkar förutsättningarna för ett systematiskt förebyggande arbete. Även personalomsättning och brister i grundläggande kunskapsnivåer kan vara bidragande orsaker. Vid granskning av genomförda riskbedömningar och dokumentation framkommer fortsatt stora variationer mellan avdelningarna. Detta indikerar behov av fortsatt arbete med att säkerställa att riskbedömningar genomförs, dokumenteras och förstås som en central del i det förebyggande arbetet.

Åtgärder: I april avslutade den tidigare förändringsledaren sitt uppdrag och en ny förändringsledare tillsattes. Den nya förändringsledaren har genomfört arbetsplatsbesök för att lära känna verksamheterna och resurserna för att få en bild av hur avdelningarna arbetar med trycksårsprevention. Detta arbete fortsätter under våren 2026. För att få samma målvärde som vårdskador generellt kommer mätvärdet för trycksår vara 4 % från och med 2026

Under hösten 2025 påbörjade förändringsledare analysera och utvärdera varje avdelning för att identifiera avvikelser och behov av stöd i det förebyggande arbetet. Inför trycksårsmånaden i oktober togs en PowerPoint-presentation fram för trycksårsresurserna att använda i utbildningssyfte. Dialogkort har tryckts upp och resurserna har uppmuntrats att dela ut trycksårskort och fuktskadekort i sina verksamheter. Resursmöten har genomförts där chefläkaren föreläst om patientsäkerhet och resursens roll i deras arbete. Arbetsterapeut och fysioterapeut har hållit föreläsningar om vikten av avlastning vid trycksårsprevention och planerar även att besöka resurserna på sjukhusen våren 2026. Sårsköterskan har föreläst om hudflikar.

Arbetsgruppen har under hösten omorganiserats. En undersköterska med klinisk erfarenhet och uppdrag som trycksårsresurs/sårombud har inkluderats för att stärka perspektivet från det praktiska arbetet. Gruppen behöver fortsätta utveckla sitt samarbete för att arbeta enhetligt mot gemensamma mål inom trycksårsprevention.

Uppföljning av åtgärd: Mätningar av trycksårsförekomst fortsätter att genomföras sex gånger per år. Arbetet med att införa en ny databas pågår fortfarande. Varje verksamhet ansvarar för att löpande analysera sina resultat och vidta eventuella förbättringsåtgärder. Mätresultat kommer framöver följas och analyseras med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet.

Förbättrad diagnostisk säkerhet

Mål: Övergripande mål är att arbeta för en vård där patienter inte utsätts för undvikbar skada genom diagnostiska brister i Region Kronoberg. Arbetet har också spridits till andra regioner. Det kortsiktiga målet för diagnostisk säkerhet i Region Kronoberg har varit kunskap och medvetenhet inom den diagnostiska processen och aktiviteter som ökar säkerheten och medvetenhet om risker t.ex. kognitiva fallgropar.

Långsiktigt mål är förbättrad Diagnostisk Säkerhet i Region Kronoberg

Resultat: Arbetet under 2025 har fortsatt varit verksamhetsanknutet men frågan har lyfts i en rad händelseanalyser som återförts till verksamheterna.

Analys av resultat: Diagnostisk säkerhet och diagnostiska brister har fortsatt ökat i medvetenhet i Region Kronoberg och kunskapen i den diagnostiska processen har förbättrats.

Åtgärder: Utifrån beslutade åtgärder i händelseanalyser så kommer utbildningsinsatser för olika läkargrupper att fortsätta anordnas men ffa genom interna aktiviteter inom verksamheten. Från centralt håll så utbildar chefläkare fortsatt AT/BT-läkare.

Uppföljning av åtgärder: Sker via hantering av avvikelser i form av internutredningar respektive händelseanalyser.

Utredning av vårdskada

Se bilaga

Tillförlitliga och säkra system och processer

Andel patienter över 75 år med minst 5 läkemedel som fått en enkel läkemedelsgenomgång per år

Mål: 60%

Resultat: 31 % av våra patienter över 75 år med minst 5 läkemedel har fått en enkel läkemedelsgenomgång per år under 2025. 17% har fått sin läkemedelslista utskriven vid besöket och ca 750 fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen har genomförts.

Analys av resultat: Resultatet vad gäller läkemedelsgenomgång ligger något sämre jämfört med 2024 (31%) och fortsatt långt från målvärdet. Spridning finns mellan enheter i intervallet 19,3-78,5%. Mätetalet bör analyseras mer ingående då registrering av genomgången läkemedelslista består av att man aktiverat läkemedelslistan och inte då säkert att en läkemedelsgenomgång faktiskt är gjord. Nationell läkemedelslista har införts under hösten. För läkarna har detta krävt ett ökat fokus på att rätta till ordinationer och förskrivningar vilket möjligen kan ha påverkat dokumentations graden av läkemedelsgenomgångar.

Resultatet vad gäller utskriven läkemedelslista i samband med öppenvårdsbesök ligger lågt. Sedan några år tillbaka finns möjlighet för patienterna att se sina ordinerade läkemedel i journalen samt sina recept/förskrivningar i Läkemedelskollen digitalt via inloggning på 1177. Sannolikt råder viss osäkerhet över vilken lista man faktiskt tittar på – sina ordinerade läkemedel (läkemedelslista) eller sin lista över sparade recept/förskrivningar, så en utskriven lista kan fortsatt behövas för att det ska bli tydligt för patienten.

Åtgärder Behov av fortsatt arbete med att fastställa strukturen för hur ”Egenkontroll av läkemedelshantering” inklusive läkemedelsgenomgångar ska hanteras. En workshop med tema Läkemedel är planerad i februari 2026. Syftet med workshopen är att stärka patientsäkerhetsarbetet kopplat till läkemedel och läkemedelsgenomgångar. För 2026 planeras arbete i samma utsträckning vad gäller fördjupade läkemedelsgenomgångar, dvs 800.

Uppföljning av åtgärder: Måtten följs kvartalsvis i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan respektive Regionkollen. Det systematiska förbättringsarbetet kopplat till läkemedelsgenomgångar och dess mätresultat kommer följas och analyseras med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och patientsäkerhetsarbete.

Anpassa patientjournalen till ny författning samt göra en översyn och förbättra den befintliga Beslutsjournalen- Rättspsykiatri

Mål: Att verksamheten har ett fungerande journalsystem som motsvarar krav på högsta möjliga patientsäkerhet.

Resultat: Beslut att ”Omtag Psykiatri” påbörjas under 2025. Projektgruppen består av medarbetare från VIS, Specialistpsykiatri, Cambio och Rättspsykiatri. I arbetsgruppen för rättspsykiatri deltar chefsöverläkare, specialistutbildade sjuksköterskor och medicinska sekreterare. Projektgruppen startades upp under våren 2025, då påbörjades en planering av projektet. Hösten 2025 påbörjades inventering och översyn av nuvarande Beslutsjournal, därefter skapades en ny Beslutsjournal i Cosmic testfunktion utifrån gällande lagstiftning och begrepp.

Planerade Åtgärder: I nuläget befinner sig projektet i en testperiod. Utbildning kommer att genomföras under mars 2026 för de yrkesroller som arbetar i Beslutsjournalen. Planering för migrering av nya Beslutsjournalen till Cosmic sker Q2 2026.

Uppföljning av åtgärder: Efter att den nya Beslutsjournalen har migrerats in i Cosmic sker uppföljning tillsammans med VIS och Cambio varje vecka under en period, därefter vid behov.

Dokumentera rätt i Vården DRIV

Mål: Ökad kvalitet och patientsäkerhet i vården genom en gemensam, följsam och tydlig vårddokumentation för verksamheter inom Region Kronoberg.

Resultat: En gemensam struktur för vårddokumentationen har utvecklats inom fyra huvudområden: ledning/styrning, systemstöd, utbildning och innehåll. Arbetet har genomförts i fyra arbetsgrupper och inkluderat översyn av kvalitetsgranskningsmall och utbildningar. Centrala kvalitetsgranskningar och utbildningsinsatser har gjorts.

Analys av resultat: Granskningarna har gett nulägesbild och förbättringsområden har återkopplats till verksamheter och arbetsgrupper. Utbildningsdeltagande har följts, och beslut om fortsatt arbete även under 2026 har tagits. En riktad utbildningsinsats inom vårddokumentation har erbjödits under tema månaden april.

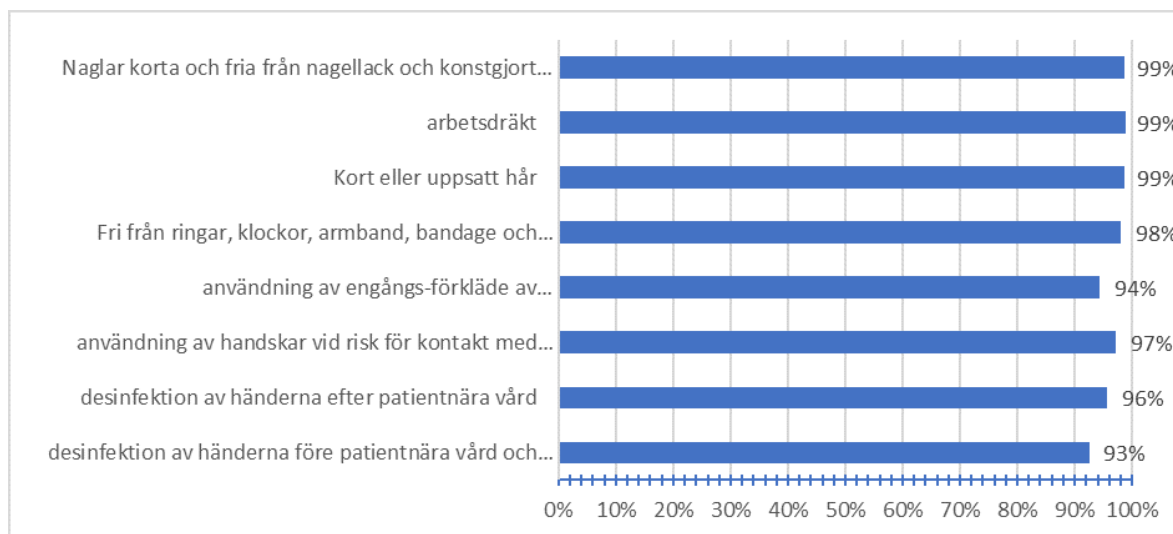
Åtgärd: Utvecklingen av gemensam struktur för vårddokumentationen utifrån fyra huvudområden: Ledning/styrning och struktur, System stöd, Utbildning/kompetens och Vårddokumentationens innehåll har arbetat enligt plan, men områdena Ledning/styrning och struktur, System stöd, och Vårddokumentationens innehåll kommer fortsätta även 2026, men då arbeta med vissa prioriterade områden. En fortsatt översyn av befintlig granskningsmall kommer att göras med mål att kunna sprida denna ut till lokal nivå. Kvalitetsgranskning av vårddokumentationen kommer göras även 2026 från centralt håll. Utbildning av personal i vårddokumentation, som en del i patientsäkerhetsutbildnings paketet fortsätter.

Uppföljning av åtgärd: Kvalitetsgranskningen kommer fortsätta att ge information om ett nuläge av den vårddokumentation som utförs. Förbättringsområden som identifieras återkopplas till verksamheterna samt de arbetsgrupper som ingår i projektet för utveckling av vårddokumentationen. Deltagande på utbildningstillfällena kommer följas på både aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå. Slutrapport av projektet kommer skrivas och förslag på förvaltningsstruktur av ämnet kommer att ges.

Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Mål: 100% följsamhet

Resultat: 83% följsamhet till befintliga rutiner i samtliga steg. Diagrammet nedan visar följsamheten fördelat på de olika delmomenten.



Analys av resultat: Resultatet ligger i paritet med tidigare år, dvs ett resultat som legat stabilt sedan 2021. Följsamhet till enbart hygienregler uppgår under 2025 till 85%, motsvarande för klädregler är 96%. Det finns förbättringspotential fortfarande vad gäller handdesinfektion före patientnära vård och före användning av handskar (93% följsamhet). Verksamhetsområdena ligger på stabila resultat. Sett på totalen är mätresultat mycket bra och det kan vara svårt att på aggregerad nivå uppnå några större förbättringar i mätresultat utifrån nuvarande mätmetoder. Utmaningen framöver kommer vara att bibehålla den höga följsamheten över tid.

Åtgärder: Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittspridning är obligatorisk för alla för alla medarbetare som arbetar med patientarbete. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) görs kvartalsvis. Verksamheterna ansvarar för att analysera sina resultat och genomföra eventuella förbättringsåtgärder. Arbetsgruppen för BHK granskar resultat för att identifiera mönster/trender och förslå gemensamma förbättringsområden eller vid behov riktade insatser. Förslag till förbättringsåtgärder finns i mätprotokollen i de fall följsamhet till BHK är lägre än 90%. Förändringsledare patientsäkerhet och vårdhygien finns som stöd till verksamhetens BHK resurser om detta behövs. Under tema månaden BHK i maj erbjuds flera olika aktiviteter för att sätta BHK i fokus, tex digital utbildning och dialogkort. Under 2025 års temamånad erbjöds aktiviteter att använda, dels en film om handskanvändning dels en mall för strukturerat förbättringsarbete. Aktiviteterna togs fram tillsammans med Vårdhygien, miljöenheten och kommunikationsavdelningen och fokuset var att minska överanvändning av handskar och öka kunskapen om korrekt handskanvändning.

2025 infördes ett nytt sätt att registrera granskningar i en webbaserad databas. Resultatdelen beräknas vara klar i början av 2026. Databasen ger möjlighet till transparens för alla att ta del av egna resultat. Mätresultat kommer framöver att följas och analyseras med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet.

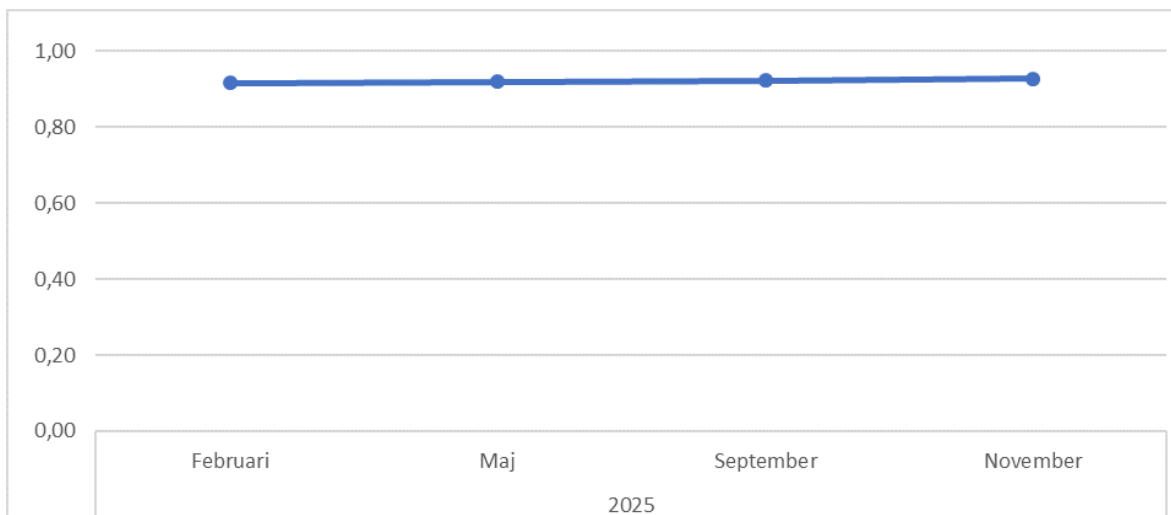
Uppföljning av åtgärd: Varje verksamhet ansvarar för att löpande analysera sina resultat och vidta eventuella förbättringsåtgärder. Mätresultat kommer framöver följas och analyseras på olika organisatoriska nivåer med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och

patientsäkerhetsarbete. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet.

Följsamhet till riktlinjer för infarter

Mål: 100% följsamhet till riktlinjer för infarter gällande handhavande. 85% följsamhet krävs för dagliga dokumenterade kontroller av PVK.

Resultat: Följsamhet till handhavande PVK ses i diagram nedan



Analys av resultat: Följsamhet till riktlinjer för Perifer venkateter, PVK ligger på en hög stabil nivå över tid, detsamma gäller följsamhet till riktlinjer för samtliga centrala infarter, central venkateter, CVK, Subkutan venport, SVP och Piccline. PVK som vid granskningarna markeras som ”satt på annan enhet” visar sämre följsamhet till Dokumentation på förband och Märkning med etikett. Sett på totalen visar resultaten på en stabil hög följsamhet vilket gör att några större förbättringar i följsamhet är svåra att nå utifrån nuvarande mätmetoder. Det finns dock några förbättringsområden som kan påverka resultatet i någon utsträckning:

- Dokumentation på förband
- Märkning med etikett
- Dokumentation av dagliga genomförda kontroller.

Den stora utmaningen är framöver att bibehålla den höga följsamheten över tid.

Förutsättningar för det är att det finns en tydlig struktur i linjeorganisationen kring uppföljning och utvärdering av sina mätresultat, ett tekniskt stöd för framtagande av mätresultat och en central arbetsgrupp som fortsatt driver frågan.

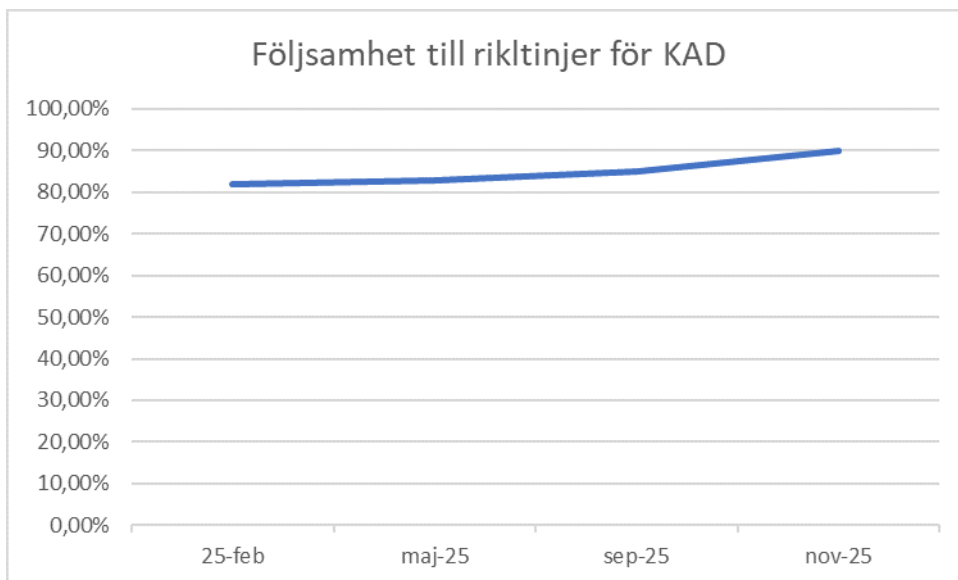
Åtgärder: De enheter som inte når 85% gällande dagliga dokumenterade kontroller ska se över sina rutiner och vidta åtgärder för att nå 85%. Riktade granskningar är genomförda på operation och ambulansen då dessa två enheter sätter många av regionens PVK och markeras som ”satt av annan enhet”. Utbildning i handhavande av infarter är obligatorisk för sjuksköterskor som är anställda i regionen. Utbildning sker i fysisk form för nyanställda sjuksköterskor och som digital utbildning för icke nyanställda. Extra utbildningsinsatser för sjuksköterskor har genomförts och kommer göras även 2025 under VRI månaden i oktober. Undersköterskor som går regionens introduktionsprogram får en anpassad föreläsning om infarter. Den övergripande arbetsgruppen för infarter har som mål att skapa ett flödesschema för när vilken infart är aktuell för specifik diagnos och behandling.

Uppföljning av åtgärd: Mätningar av följsamhet till riktlinjer 4 gånger per år. Alla mätresultat finns tillgängliga för verksamheterna själva. Det finns en kontaktperson per verksamhetsområde som säkerställer att resultatet sprids ut i linjeorganisationen. Varje verksamhet ansvarar för att löpande analysera sina resultat och vidta eventuella förbättringsåtgärder. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet..

Följsamhet till riktlinjer för urinvägskateter (KAD)

Mål: Inget beslutat värde finns för följsamhet till riktlinjer för KAD men 100% bör eftersträvas.

Resultat: Från och med 2025 har gransknings månader ändrats för att bättre stämma överens med delårs- och årsrapporter. Ett nytt webbaserat sätt att registrera granskningar har införts och använts under septembers och novembers granskningar. Resultatredovisning ses i nedan diagram..



Analys av resultat: Årets granskningar av följsamhet till KAD-rutiner visar på ett totalt resultat på 83, 5%. Resultatet i november 2025 (86%) är tillsammans med december 2024 det högsta värdet som uppnåtts sedan starten av dessa granskningar. Fortfarande finns förbättringspotential inom vissa områden, bland annat ”Påse märkt med datum” samt ”Fixerad KAD”. Förekomst av KAD-relaterad urinvägsinfektion (UVI) har varierat mellan 1–7% i de fyra granskningarna under året. Ca 60% av alla granskade KAD är satta av annan enhet och resultatet för dessa KAD är generellt lite lägre.

Åtgärd: Två resursmöten har hållits under året med bland annat föreläsningar om blåsoverflynnad samt hantering av blås scanner. Urinvägsresurserna uppmanas att skriva avvikelser på KAD-relaterad UVI som upptäcks vid granskning för att på så sätt utreda orsaken till vårdskada. En ny händelsekategori är skapad i avvikelssystemet, ”KAD-relaterad UVI”. Möten har hållits för att likrikta dokumentation av resturin i hela hälso- och sjukvården. Planer finns för att använda korta workshops vårdnärare på enheterna för att ytterligare öka följsamhet till rutiner och minska riskerna för vårdrelaterade infektioner (VRI) kopplade till användning av KAD. Undersköterskor som går regionens introduktionsprogram får en anpassad föreläsning om KAD. Tema månad VRI i oktober genomfördes även 2025 och där

ingår KAD. Under tema månaden uppmärksammades den obligatoriska utbildningen för KAD "Blåsövervakning och katetersättning" samt dialogkort med VRI-relaterade påståenden/frågor som tidigare tagits fram. Under året har diskussioner förts i arbetsgruppen för att ytterligare inkludera arbetet mot primärvården. I arbetsgruppen ingår en deltagare från varje aktuellt verksamhetsområde, representant från vårdhygien, uroterapeut, MAS (ny representant efterfrågad) samt förändringsledare patientsäkerhet. Uroterapeuterna har under året genomfört "Blåsans dag" som riktade sig till primärvården och kommunerna. Ett uppskattat och välbesökt arrangemang. Eftersom granskningsresultatet generellt är lite lägre för KAD som är satta på annan enhet, planeras en riktad granskning av följsamhet till rutiner på akutmottagningen och operation vilka är de som oftast anges som den enhet som satt KAD.

Uppföljning av åtgärd: Granskningar av följsamhet till rutiner för KAD görs 4 gånger per år av urinvägsresurserna på enheterna. Arbetet med att införa ett nytt sätt att registrera granskningar har varit omfattande och resultatdelen av programmet är ännu inte helt klart. Mätresultat ska sedan finnas tillgängliga för alla medarbetare att del av i en gemensam databas. Varje verksamhet ansvarar för att analysera sina resultat och vidta eventuella åtgärder. Den övergripande arbetsgruppen för urinvägar analyserar resultat utifrån att identifiera mönster/trenden och potentiella förbättringsområden. Förekomst av kateterrelaterade urinvägsinfektioner kommer tas fram från Infektionsverktyget och mätresultat kommer framöver följas och analyseras med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet.

Interna förflyttningar som grundar sig på enskilda patientens behov- Rättspsykiatri

Mål (målsättning/måltal): Arbetssätt med remissteam fortgår för att säkerställa att patienter vårdas på rätt vårdnivå utifrån risk, behov och mottaglighet. Arbetssättet ska motverka och förhindra omotiverade återflyttar av patienter.

Resultat: Vid granskning av interna remisshanteringsprocessen har patientförflyttningar genomförts som ett led i patientens individuella vårdplan. Ett fåtal "återflyttar" har genomförts på grund av att patienten har försämrats i sitt tillstånd.

Analys: Verksamheten har uppmärksammat att patienter flyttats internt utan att det varit ett mål i den individuella vårdplanen. När beslut om förflyttning tagits, utan att det varit ett mål i den individuella vårdplanen har "återflyttar" varit nödvändiga. Antalet återflyttar har sedan några år tillbaka ökat med risk för förlängd vårdtid men har nu efter vidtagna åtgärder enligt ovan minskat.

Planerade åtgärder: Följs upp på remissmöten 1ggr/v. Uppföljning av åtgärder: arbetssättet följs fortlöpande upp av verksamhetens vårdutvecklare, sektionsledare, chefläkare och chefsöverläkare.

Uppföljning av åtgärder: Kontinuerligt/löpande under 2026

SVF cancer ledtid

Mål: 70% inom nationellt uppsatt ledtidsmål

Resultat: 51,1 %

Analys av resultatet: Utvecklingen går åt rätt håll för de patienter som startat behandling i Kronoberg. Ledtiden har förbättrats med drygt 27 % jämfört med 2024 (40% i tid).

Trots detta kvarstår utmaningar, särskilt vad gäller tillgången till resurser inom diagnostik och behandling i flera processer.

Åtgärder Stärka processarbetet genom tydligare styrning och ansvarsfördelning avseende prioriteringar och resurser på ledningsnivå. Bättre stöd till processledare avseende själva processarbetet t ex GAP-analyser, statistik som underlag till bättre flöden, ökad samverkan mellan i processen berörda enheter. Fortsatt uppföljning av SVF-relaterade avvikelser.

Uppföljning av åtgärder Under 2025 har 68 SVF relaterade avvikelser från 2024 gått igenom. Vissa avvikelser berör fler än en patient. Vanligast är brister i följsamhet till fastlagda rutiner som påverkar ledtider, patientsäkerhet, fördröjer information till patienten och mellan vårdgivare. Analys av avvikelser på aggregerad nivå av kopplat till SVF cancer kommer framöver följas och analyseras med stöd av det nya IT verktyget för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av mätresultat på aggregerad nivå följs upp av LSG Patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Analysuppdrag samverkan region och länets kommuner

Mål: Möjliggöra för länets ledningsgrupp att säkerställa att patientsäkerhetsperspektivet tas med i förbättringsarbetet mellan regionen och länets kommuner.

Åtgärd: Två gånger/år, i mars och oktober, skickar gruppen en rapport till länets ledningsgrupp innehållande en beskrivning och övergripande analys av de analyserade avvikelserna. Rapporten översänds till länets ledningsgrupp.

Resultat: Utvecklat arbetssätt har hittills resulterat i inriktning mot utredning av återkommande områden (läkemedel och utskrivningsplanering) för rapporterade avvikelser från båda parter för samverkansöverenskommelsen.

Utvärdering och utveckling av arbetssätt för analysuppdraget av samverkansavvikelser mellan region och länets kommuner har resulterat i analys i fler steg. Arbetssättet planeras utvärderas under 2026.

LINK i Cosmic

LINK är en modul i journalsystemet COSMIC som stödjer processer och rutiner för samordning mellan aktörer inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Syftet är att säkerställa en obruten vårdkedja för patienten.

I Region Kronoberg finns en sammanhållen journal mellan region och kommun för HSL, både för privata och offentliga enheter. Ett samordningsärende i LINK innehåller information och kommunikation kring patientens planering och samordning. Aktörerna samarbetar genom att utbyta meddelanden och upprätta olika planer baserade på patientens behov. En plan kan bestå av flera anteckningar skrivna av olika användare.

Vid samordnad individuell planering, vårdplan enligt LPT/LRV med vårdform ÖPT/ÖRV samt utskrivningsplanering i LINK överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan. Denna samordnade planering är ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan och ska resultera i en gemensam plan som beskriver vilka insatser slutenvård, öppenvård och kommun ska ge patienten i anslutning till utskrivningen.

Förbättringsarbete 2025

Under 2025 har vi fortsatt vårt gemensamma förbättringsarbete kring LINK med alla professioner inom kommun, slutenvård och primärvård. **Säker utskrivning** och **läkemedelshantering** har varit prioriterade områden.

Primärvården har vårdkoordinatorer på vissa vårdcentraler med huvudansvar för samverkan via LINK mot kommunerna, som en del i omställningen till nära vård. Vårdkoordinatorerna deltar även i förbättringsarbetet kring LINK. Dock saknar fortfarande ett antal vårdcentraler vårdkoordinatorer.

Elevhälsan är en aktör med "Barnens bästa plan" i LINK. Utbildning i LINK-rutiner har genomförts i flera kommuner. Ett antal "Barnens bästa plan" har skapats, men flera frågor kvarstår för att systemet ska fungera optimalt, exempelvis:

- Möjlighet till egen kallelse i LINK
- Behörigheter för kuratorer och rektorer
- Fördelning av ärenden i kommunerna så att de inte hamnar mellan stolarna

Det digitala arbetssättet utvecklas snabbare än förbättringarna i LINK-systemet. Ett möte med Cambio har genomförts för att få till en funktion för egen kallelse i "Barnets plan".

Utskrivningssamordnare

Utskrivningssamordnare finns nu på alla vårdavdelningar på regionens båda sjukhus och utgör stommen för en sömlös vård mellan sjukhus och kommun. Regelbundna möten med utskrivningssamordnarna har hållits under hela året.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommitténs arbete har under året pågått i sex protokollförda möten samt ett särskilt arbetsmöte för Rekommenderade läkemedel 2026. Till stöd har Läkemedelsrådet haft fyra möten, och arbetsutskottet 48. Den regionala samverkansgruppen RSG Läkemedel, för Läkemedelskommittéerna inom Södra sjukvårdsregionen, har hanterat gemensamma ärenden vid tio digitala och två fysiska möten. Läkemedelskommittéernas ordförandekollegium (LOK) har träffats nationellt vid två fysiska möten. Läkemedelskommittén är sedan november 2024 också direkt representerad i NAG LOK. Organiserad samverkan med läkemedelsindustrin genom LIF Södra har skett vid fyra fysiska möten, samverkan med Läkemedelsverket har skett vid två digitala möten, och samverkan med TLV har skett vid tre digitala möten. Utöver detta sker löpande nationell samverkan genom LOK, SKRs kontaktpersonsnätverk och TLVs fullmaktsgrupp. Läkemedelskommittén har ett nära samarbete med läkemedelsenheten. Apotekare anställda på läkemedelsenheten utgör en stor del av läkemedelskommitténs utförarorganisation t.ex. vad gäller informationsbesök och utbildningar, malladministration, resthantering, läkemedelsuppföljning och farmaceutisk kompetens i kunskapsorganisationen.

Se bilaga, Patientsäkerhetsberättelse läkemedelskommittén 2025

Sammanhållen planering

Sammanhållen planering är namnet på det Inera-projekt som syftar till att skapa en samlad och personanpassad digital översikt av invånarens vård- och omsorgsårenden på 1177. Denna översikt ska ge både invånare och medarbetare bättre förutsättningar för delaktighet, kontinuitet och trygghet, i linje med målen i Nära vård. En sammanhållen plan består av flera

delar så som patientens mål, ”Vad är viktigt för dig?” en dokumenterad överenskommelse, fasta kontakter, patientens och vårdens ansvar och bokade tider. Målet är att skapa tydlighet och trygghet för patienten samt att förbättra samordningen och tillgängligheten i vården.

Under dec 2025 avslutades etapp ett i Ineras arbete med sammanhållen plan och under inledningen av 2026 går vi in i etapp 2. Parallellt med att hitta tekniska lösningar arbetar vi med att hitta arbetssätt som är personcentrerade, med patientens delaktighet och i samverkan med flera aktörer kring patienten.

STRAMA-arbete och antibiotikaanvändning i Kronoberg

Strama verkar för patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som motverkar antibiotikaresistens. Målsättningen är patienter ska ha tillgång till effektiv antibiotikabehandling, idag och i framtiden. Stramarbetet i Kronoberg fortsätter, med tidigare aktivitet och vidare utveckling, när ökad tid och engagemang har kunnat läggas på Stramarbetet för några fler. En allt mer pressad verksamhet inom hälso- och sjukvården utgör en utmaning för möjligheterna till ett aktivt Stramarbete, såväl i regionens Stramagrupp som i våra verksamheter, som fortsatt behöver prioriteras. När 2025 summeras är antibiotikaanvändningen i samhället 261 uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare i Kronoberg (att jämföra med 286 år 2024 och 293 år 2019).

Se bilaga, Stramarbete och antibiotikaanvändning i Kronoberg – årsrapport 2025

Vårdhygien-länsövergripande uppdrag

Under 2025 har två fokusmånader med särskild vårdhygienisk relevans genomförts: maj med temat basala hygienrutiner och klädregler (BHK) och oktober med temat vårdrelaterade infektioner (VRI). Under dessa månader genomfördes aktiviteter som lansering av nytt utbildningsmaterial, ombudsträffar, utbildning i kompetensportalen och dialogkort. Under VRI-månaden lades särskilt fokus på munvård i syfte att förebygga vårdrelaterad pneumoni.

Under året har arbetet med att uppdatera den lokala rutinen för att förebygga vårdrelaterad pneumoni inletts. Som förlaga används det nationella dokumentet ”Vägledning för vårdrelaterad pneumoni – förebyggande åtgärder”. Vårdhygien har också deltagit i arbetsgrupper för BHK-ombud, infarter, urinvägar och pneumoni.

I syfte att stärka patientsäkerhet har ett projekt för att förbättra den vårdnära städningen initierats. Inledningsvis har föreläsningar hållits för avdelningschefer, vilket följts av utbildningsinsatser för medarbetare på avdelningar och mottagningar. Projektet omfattar även planerad utvärdering av städning genom ATP-mätning, vilket är en metod för att mäta renhetsnivå och därmed säkerställa kvaliteten i städarbetet.

Den personliga skyddsutrustning som används vid högsmittsamma allvarliga infektioner har utprovats och uppdaterats. Som en del av detta arbete har övning i på- och avklädning av skyddsutrustning arrangerats tillsammans med akutmottagningen, inklusive scenarioövningar för att säkerställa korrekt användning och rutiner.

Övervakning av vårdrelaterade infektioner är ett prioriterat område inom patientsäkerhetsarbetet. Ett projekt har initierats i samverkan med STRAMA och IT med målsättning att utveckla en automatiserad övervakning kompletterad med ett användarvänligt rapportverktyg. Vårdhygien har bidragit som sakkunnig i arbetsgruppen för implementering av

Infektionsverktyget och har även representerat Region Kronoberg i Folkhälsomyndighetens nationella arbetsgrupp för Infektionsverktyget.

Arbetet med vårdens lokaler fortgår. I syfte att minska risk för smittspridning är det avgörande att Vårdhygien redan på planeringsstadiet involveras i frågor som rör vård- och vårdnära lokaler. Vårdhygien har deltagit i övergripande riskbedömningar och också som vårdhygienisk sakkunnig i olika ny- och ombyggnadsprojekt. Avbrott i vattenförsörjning eller tillbud som påverkar vattenkvaliteten är exempel på händelser som kan utgöra allvarlig påverkan på verksamheten. Vårdhygien har utarbetat en plan i händelse av avbrott i vattenförsörjning alternativt kvalitetsproblem. Liksom under tidigare år har arbetet med att stödja fastighetsavdelningen i arbetet med regionens egenkontrollprogram för legionella fortgått.

Vårdhygien har deltagit som sakkunnig vid upphandlingar om bland annat textil och flera olika upphandlingar med förbrukningsmaterial och med medicinteknisk apparatur.

Under 2025 har Vårdhygien Kronoberg deltagit i nationella projekt för framtagande och harmonisering av övergripande vårdhygieniska riktlinjer. Arbetet bedrivs både genom professionsföreningar och inom SKR:s kunskapsorganisation. Flera av dokumenten har färdigställts under 2025.

Folk tandvården i Kronoberg har tilldelades Svenska Hygienpriset 2025. Priset delas ut av Svensk förening för vårdhygien och belönar verksamheter som arbetar aktivt för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Vårdinformationssystem

Drift och underhåll av Cosmic

Under 2025 har vi haft 4 planerade driftstopp i Cosmic, tre för installation av leveranser från leverantör. Det fjärde stoppet användes för att driftsätta Nationella läkemedelslistan i Cosmic. Den totala avbrottstiden för Cosmic under 2024 har varit ca 13 timmar

Automatiserad överföring till graviditetsregistret

Sedan februari är Region Kronoberg anslutet till det nationella graviditetsregistret. Det innebär att data från mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård nu automatiskt förs över till registret – ett viktigt verktyg för att utveckla och förbättra vården för gravida och deras barn. Genom att samla in data från mödrahälsovård och förlossning kan vårdgivare följa upp och jämföra resultat på lokal, regional och nationell nivå. Detta identifierar förbättringsområden och säkerställer en hög och jämlik vårdkvalitet över hela landet. Informationen som ska till registret hämtas direkt från journalinformationen i Cosmic, på så sätt behöver vårdpersonalen inte dubbeldokumentera. För att kunna rapportera rätt information till registret har Kvinnokliniken tillsammans med VIS gjort ett förändringsarbete genom översyn av journaldokumentation och sina arbetsrutiner.

Elevhälsan Tingsryds kommun och sammanhållen journalföring i Cosmic

Inför höstterminen 2025 började elevhälsan i Tingsryds kommun använda Cosmic för sin HSL-dokumentation. Därmed journalförs alla kommunal HSL-dokumentation i länet i Cosmic. Sammanhållen journalföring är bra för att vårdpersonal får en helhetsbild av patientens historik, vilket leder till säkrare och bättre vård, minskar risken för fel, och gör det lättare att ställa rätt diagnos och ge rätt behandling, utan att patienten själv behöver samla och

lämna över all information vid varje besök. Det stärker också patientens trygghet och säkerhet genom bättre informationsdelning inom vården.

Att ha samlat HSL information från både region, privata vårdgivare och samtliga kommuner i samma journalsystem är något vi än så länge är ensamma om i landet.

Clinical Decision Support (CDS) kliniskt beslutsstöd

CDS läkemedelsvarning vid nedsatt njurfunktion är ett kliniskt beslutsstöd designat för att varna användaren när denne ordinerar eller dosändrar läkemedel som kan kräva dosanpassning eller som bör undvikas hos patienter med nedsatt njurfunktion, baserat på läkemedelsinformation från FASS och Janusmed Njurfunktion.

Beslutsstödet beräknar för vuxna patienter (18 års ålder).

Beslutsstödet tittar på patientens provsvar för att se om det finns något kreatininvärde och något Cystatin C-baserat eGFR värde, matchar sedan mot ATC-kod för det läkemedel som söks fram.

Två pilotenheter startade 2025, Vårdcentralen Lessebo och Medicinkliniken Växjö.

Breddinförande är planerat till Q1 2026.

Nationella läkemedelslistan

Nationella läkemedelslistan (NLL) är en rikstäckande källa med syfte att ge vård, apotek och patienter en gemensam, aktuell bild av alla förskrivna och uthämtade läkemedel. Med stöd av NLL ökar patientsäkerheten, förhindras felaktiga kombinationer, minskar dubbelordinationer och patienten blir mer delaktig i sin egen vård.

E-hälsomyndigheten samordnar arbetet på uppdrag av regeringen och regleras av lagen om nationell läkemedelslista.

En hel del förändringar har gjorts under 2025 för att anpassa Cambio Cosmic inför starten av integrationen med nationella läkemedelslistan, som för regionens del skedde 2025-10-28.

Metodstöd för kapacitets- och produktionsstyrning - Astrada

Under 2025 har vi arbetat intensivt med införande av metodstöd för kapacitets- och produktionsstyrning inom Sjukhusvården. Målet är att skapa en mer förutsägbar och tillgänglig vård – både för patienter och även personal.

Arbetet innebär att se över hur planering, schemaläggning och patientflöden fungerar – och justerar där det behövs. Det kan handla om att frigöra enstaka mottagningstider, fördela arbetsuppgifter på ett nytt sätt eller förbättra hur man registrerar i journalsystemet. Allt för att matcha kapaciteten med det faktiska behovet och minska köer, stress och ineffektivitet i vardagen.

Arbetet startade med ortopedkliniken i januari. Efter det har flera verksamheter kommit igång eller är planerade för start.

Aktivitetshanteraren i Cosmic

Under 2025 började ett arbete med att förändra Aktivitetshanteraren i Cosmic. Arbetet sker i samverkan med Psykiatri, rehab, hab, Rätt psykiatri, IT/VIS och representanter från Cambio. Under hösten har den nya Aktivitetshanteraren tagit form och testats av en grupp medarbetare. Under början av 2026 ska manualer, rutiner och riktlinjer uppdateras. I mars 2026 sker utbildning av personal och den nya Aktivitetshanteraren ska starta 14 april. Detta arbete ska leda till att underlätta dokumentation gällande tvångsvård.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är en viktig strategisk resurs för Region Kronoberg och i takt med allt högre grad av digitalisering blir informationsförsörjning allt mer kritisk för att våra verksamheter ska uppnå sina verksamhetsmål.

För att skapa en trygg och säker vård är det mycket viktigt att informationsförsörjningen skyddas från avsiktliga och oavsiktliga störningar. Ett väl fungerande informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för en robust informationsförsörjning.

Region Kronobergs informationssäkerhetsarbete är systematiskt och utförs enligt ISO27000. Mätningar av informationssäkerheten görs varje år inom ramen för MSBs koncept Cybersäkerhetskollen. Årets resultat visar en förbättring från 2024 års nivå. Den enskilt viktigaste förändringen under 2025 är införandet av Säkerhets- och beredskapssamordnare och Säkerhets- och beredskapshandläggare. Syftet är att flytta säkerhetsarbetet och besluten lite längre ut i organisationen.

Vidare har utbildningen ”Tänk Säkert” fått ett rejält genomslag i vår organisation.

Arbetet med att utvärdera verksamheternas loggkontroller har fortskridit under året och mätetal rapporteras regelbundet till ledningen.

Personuppgiftsincidenter (PUI)

Mål: Möjliggöra samlad och strukturerad information från den rapportande enhet vid misstanke om personuppgiftsincident.

Åtgärd: Utvecklat ett nytt arbetssätt för handläggning och anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

Resultat: Ger möjlighet till en mer säker och effektiv bedömning och handläggning av ärenden med misstanke om personuppgiftsincident som ska anmälas till IMY.

Rapportering av KPI:er (Key Performance Indicators) kvartalsvis utifrån ovan beskrivna parametrar till HSN internkontrollplan.

Strålskydd

Medicinsk multimedia

Under året har vi utifrån Strålsäkerhetsmyndighetens krav arbetat med ett beslutsstöd för remittenter vid beställning av undersökningar som innebär strålning. Syftet med beslutsstödet är att minska antalet remisser som saknar medicinsk motivering och därmed utsätter patienter för strålning i onödan. Samt att höja kvalitén på de remisser som skickas. Från och med februari 2026 kommer remittenter vid beställning av en undersökning i Cosmic att kunna se den beräknade stråldosen för vald undersökning samt via länk få tillgång till *Handboken för röntgenundersökningar*, där mer detaljerad information om respektive undersökning kommer att finnas.

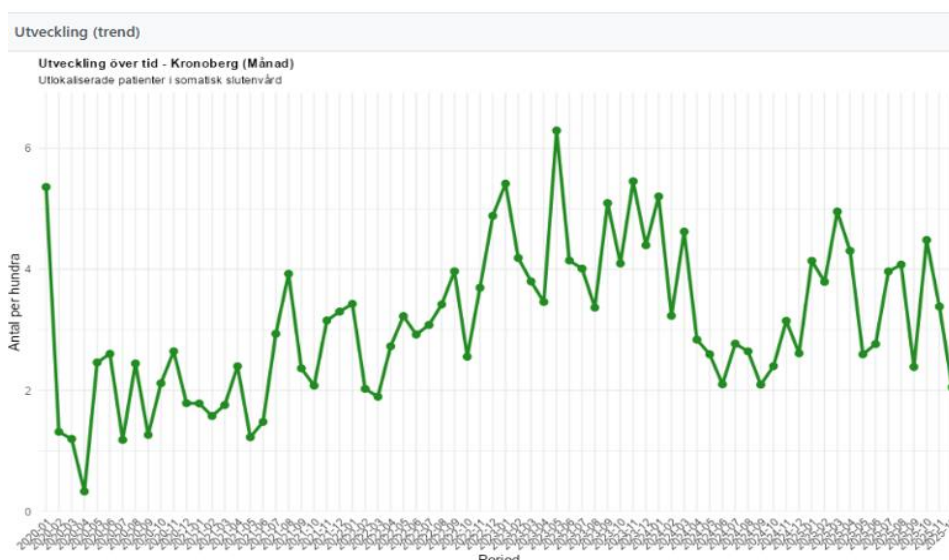
Strålskyddsbokslut, Se bifogad bilaga

Säker vård här och nu

Antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser, sjukhusvård.

Mål: Antal utlokaliseringar ska minska. Rimlig mål nivå runt 2%.

Resultat:



Analys av resultat: Andel utlokaliserade patienter har varierat under året, precis som föregående år. Toppar ses under tidig vår och höst. Det finns liksom tidigare skillnader mellan de båda sjukhusen med fler utlokaliserade patienter i västra länsdelen, ffa medicinpatienter. Fördelningen av vårdplatser mellan de olika verksamheterna kan vara en bidragande orsak till en högre andel utlokaliseringar.

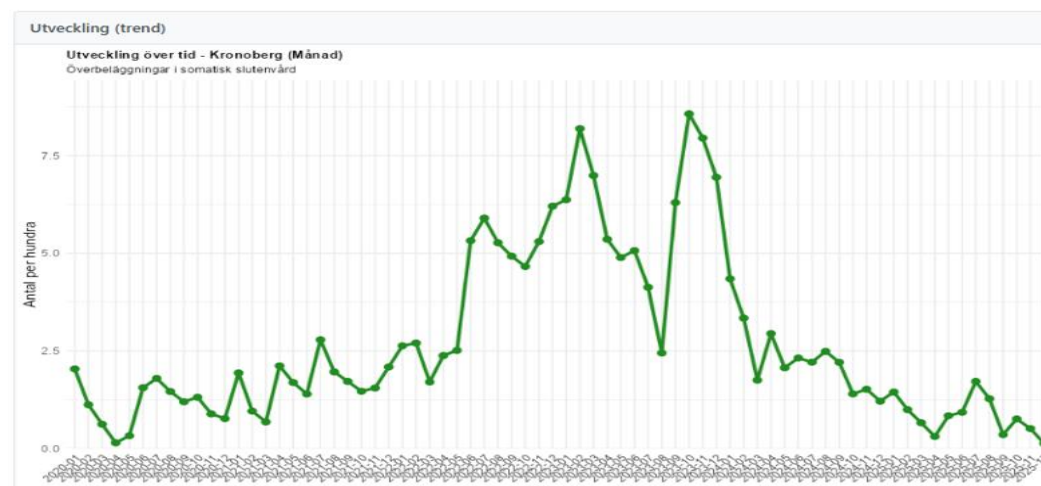
Åtgärder: Översyn av behovet och fördelning av vårdplatser mellan kliniker.

Uppföljning av åtgärder: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå i det nya IT stödet för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av Sjukhusvården, centrala Patientsäkerhetsorganisationen och LSG Patientsäkerhet.

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, sjukhusvård

Mål: Andel överbeläggningar ska minska. Mål värde inte satt.

Resultat:



Analys av resultat: Överbeläggning innebär att en patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning som tryggar patientsäkerhet och arbetsmiljö. Vård av ett större antal patienter än vad vårdkapaciteten är anpassad för ökar behovet av tillfälliga anpassningar och ökar risken för kompromisser med fastställda arbetssätt och vårdprocesser. Risken för vårdskador ökar. När det gäller vårdkapacitet så sjunker beläggningsgraden och medelvårdtiden stabil och relativt låg. Vi har haft ett stabilt vårdplatsläge under 2025 där man arbetat med processer och på sättet skapat trygghet i vårdplatsantal och hur vi hanterat förändrade behov och situationer på vårdavdelningarna. Andelen överbeläggningar ligger långt under rikssnittet.

Åtgärder: Löpande följa beläggningar och utlokaliseringar så att inte utvecklingen går åt fel håll och om det inträffar ytterligare skruva på våra processer och möjlig vårdkapacitet.

Uppföljning av åtgärder: Analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå i det nya IT stödet för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av Sjukhusvården, centrala Patientsäkerhetsorganisationen och LSG Patientsäkerhet.

Andel patienter med fast vårdkontakt-Primärvården

Mål: 20%

Resultat: 17,5%

Analys av resultat: Att ha en fast vårdkontakt kan vara minst lika viktig som att ha en fast läkarkontakt för många patienter. Andelen fast vårdkontakt har ökat men inte i önskvärd takt. Detta arbete kommer att intensifieras under 2026 och en kraftig ökning förväntas där ambitionen är att nå en nivå på 50 procent. Vad gäller just fast läkarkontakt är utfallet 60%,

Åtgärder: Intensifiera arbetet med fast vårdkontakt. Fortsätta det pågående arbetet med fast läkarkontakt

Uppföljning av åtgärder: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå dels i det nya IT stödet för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhetsarbete men även i verksamhetsplanen. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den av Primärvården, centrala Patientsäkerhetsorganisationen och LSG Patientsäkerhet.

Läkemedelsbrist Rätt psykiatriska regionkliniken

Mål: Såsom tidigare att informera läkemedelsenheten om att ha ett lager av prioriterade, för verksamheten kritiska, läkemedel med varaktighet om minst tre månader. Därtill informera läkemedelsenheten om att meddela läkemedelsverket om restsituationen vilka i sin tur ställer krav mot läkemedelsleverantörer att signalera till verksamheterna i god tid när en bristsituation är på väg att uppstå och/eller när ett läkemedel kan bytas mot ett annat, minst tre månader i förväg.

Resultat: idag får verksamheten besked från läkemedelsenheten en vecka innan läkemedlet är slut vilket leder till risk för allvarlig försämring och förlängd vårdprocess som följd.

Analys: Under gångna året har verksamheten såsom tidigare återkommande haft leveransproblem gällande kritiska läkemedel och bristen på läkemedel är ett potentiellt hot mot patientsäkerheten.

Planerade åtgärder: åter påtala för läkemedelsenheten behov av att i god tid få information om att bristsituation är på väg och/eller när ett läkemedel som är på väg att ta slut kan bytas

mot annat läkemedel, minst tre månader i förväg.

Uppföljning av åtgärder: chefsöverläkare kommunicerar och bevakar information från läkemedelsenheten samt informerar verksamhetens läkargrupp fortlöpande

Stärka analys, lärande och utveckling

Folktandvård- Triangelrevision

Utgår från Nationella riktlinjer för god vård och innebär att tre verksamheter granskar och utbyter erfarenheter med varandra. Arbetssättet innebär möjlighet för inblandade parter att lära av varandras organisationer, vilket kan stimulera till fortsatt kvalitets- och förbättringsarbete. Triangelrevision i region Kronoberg genomförs genom att ett tvärprofessionellt team från enhet A utvärderar enhet B. Ett tvärprofessionellt team från enhet B utvärderar enhet C som i sin tur utvärderar enhet A. Triangelrevisionen bidrar till utbildning, lärande och återkoppling inom organisationen. Dessa delar är viktiga beståndsdelar i ett kontinuerligt och långsiktigt förbättringsarbete, i riktning mot en jämlik vård.

Under 2025 granskade klinikerna kvalitet på röntgenbilderna vid undersökning.

Tandvården har även genomfört journalgranskning för att undersöka förekomst av postoperativ smärta och infektion efter extraktioner i allmäntandvården. Detta är ett led i att börja undersöka när vi kan se vårdrelaterade infektioner inom tandvården.

Primärvården

Primärvården har under 2025 haft två utbildningar kring hantering av avvikelser och har även tagit fram en riktlinje och en lathund för bearbetning med förhoppningen att underlätta den övergripande analysen av återkommande områden.

Patientsäkerhetsronder och nätverk har pausats under året i väntan på ny chefsorganisation. En diskussion kring syfte och metod för patientsäkerhetsronder behöver ske innan detta startas igen. Istället för ronder har verksamhetsutvecklare tillsammans med patientsäkerhetsstrateg genomfört besök i flera verksamheter och haft dialog med avdelningschefer kring risker och behov. Resultatet finns sammanställt i en rapport. Här framgår att de flesta vårdcentraler visar starkt engagemang för patientsäkerhet, med en öppen kultur där avvikelser ses som lärande. Teamarbete och samarbete med kommun och andra aktörer fungerar väl, likasom utveckling av nya arbetssätt. Kontinuitet och närvarande ledarskap bidrar till trygghet. Samtidigt påverkar personalbrist, begränsade utbildningsmöjligheter och hög belastning i TeleQ både arbetsmiljö och kvalitet.

Psykiatri, rehab, hab

Tvångsvården granskats genom en oanmäld inspektion av JO. Rapporten visar generellt goda förutsättningar men vissa förbättringsområden. Slutenvårdscheferna har fått i uppdrag att ta fram en handlingsplan utifrån denna granskning.

Sedan 2017 driver LÖF-regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, på ett nationellt uppdrag, projektet "Säker Suicidprevention". Syftet med Säker Suicidprevention är att förbättra vårdens suicidpreventiva arbete, förebygga suicidförsök samt att bidra till ett strukturerat arbetssätt över hela landet. En granskning av regionens arbete kring säker suicidprevention är gjord. Där framkom en del förbättringsarbete fram för allt kopplat till samverkan som vi kommer jobba

vidare med.

Inom Specialistpsykiatrien genomfördes en patientsäkerhetsrond i mars 2025 med fokus på samverkan. Det som diskuterades under patientsäkerhetsronden var:

- Överflyttning av patienten mellan avdelningar.
- Överbeläggning
- Samarbete mellan öppenvård och heldygnsvård
- Kontakt med kommun, boende, skola etc.
- Barnpsykiatrien upplever problem avseende LINK, barnets plan och SIP.

För att öka samarbetet behöver vi få ökad förståelse för varandras verksamheter. Exempel som gavs på förbättrat samarbete var regelbundna träffar med kommunerna. Patientsäkerhetsrond kommer även att hållas under våren 2026.

Rättsspsykiatrien patientsäkerhetsrond

Inför den årliga patientsäkerhetsronden 2025 granskade chefläkare, sektionsledare, kvalitetsutvecklare och vårdutvecklare de två äldsta vårdplanerna från respektive vårdavdelning, i syfte att granska följsamhet mot rutin samt bedömning av dokumentationskvaliteten (tillgänglighet, egenvård, planering, genomförande, uppföljning och utvärdering).

Vid rondens uppmärksammades att av totalt 22 granskade vårdplaner saknade två följsamhet till rutinen om uppdatering var 6:e månad. Generellt visar sig språk och textinnehåll i vårdplanerna hålla en hög kvalitativ nivå. Goda exempel kommer lyftas fram i syfte att ytterligare förbättra kvaliteten på dokumentationen. Vid patientsäkerhetsronden uppmärksammas även behov av att se över hur verksamhetens struktur hur man ersätter varandra vid frånvaro. Kontakt med berörd avdelning vilken informerar om att vårdplansmöten är inplanerade och enligt plan ska samtliga vårdplaner på avdelningen vara uppdaterade inom 4 veckor.

Sjukhusvård

Patientsäkerhetsronderna har genomförts regelbundet under året och utgör en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Vid ronderna diskuteras aktuella risker, genomförda händelser, förbättringsområden samt följsamhet till processer och rutiner. Vi kan se att medarbetares medverkan har minskat, detta bör analyseras vidare under 2026. Planering pågår även att göra om upplägget inför ronderna för att försöka bredda fokuset från att handla bara avvikelser.

Avvikelser

Verksamhetsstöd

Mål: Möjliggöra att chefer och medarbetare följer de lagrum som åligger vårdgivaren gällande risk- och avvikelshantering.

Åtgärd: För att chefer och medarbetare ska känna sig trygga och säkra på hur man rapporterar, handlägger, analyserar och sammanställer händelser erbjuder vi kontinuerligt:

- Chefsintroduktion
- Chefshandledning
- Information och dialog på arbetsplatsträffar

- Bearbetarutbildning
- Statistikutbildning
- Handledning enligt drop-in-koncept (återkommande vår- och hösttermin)
- Introduktion för nyanställda
- Support
- Utlämnande av allmän handling
- Programutveckling tillsammans med verksamheten
- Systemutveckling
- Hantering visseblåsningsärende
- Hantering anonyma synpunkter på vården (via 1177)

Resultat: Omfattande antal utbildnings- och handledningstillfällen på individ och gruppnivå.

Planerade åtgärder 2026: Dialog med säkerhets- och beredskapssamordnare för utvecklande av dashboards för deras ansvarsområden.

Versionsuppgradering

Mål: Säkerställa systemstödet's prestanda och tillförlitlighet.

Åtgärd: Regelbundna versionsuppgraderingar är infört i objektplanen fr o m 2025.

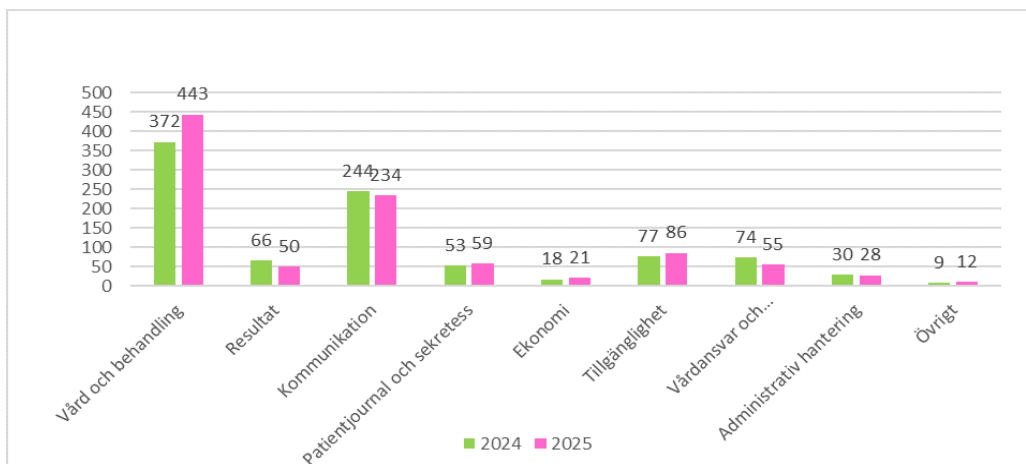
Resultat: Uppgradering till version 16.53 gjordes i november 2025.

Klagomål och synpunkter

Klagomål/synpunkter inkomna via Patientnämnden

Mål: Patientnämnden ska stödja och hjälpa patienter och närstående, samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet. Patientnämnden utreder inte själv klagomålet utan fungerar som ett stöd för patienten och som en länk till verksamheten. En viktig del för patientnämnden är att sedan analysera de synpunkter på vården som kommit in till patientnämnden. Analyserna kommuniceras med ansvariga inom hälso- och sjukvården med intentionen att de synpunkter som patienter och närstående framför kan användas i vårdens förbättringsarbete och att vården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. I nämndens uppdrag ingår också att utse stödpersoner till patienter som tvångsvårdas. En viktig uppgift för patientnämnden är att informera om sin verksamhet och att förtroendet och tillgängligheten för invånarna ska vara hög.

Resultat:



Analys av resultat: Under året har nämnden bland annat uppmärksammats på följande:

- Bristande information om rutin och orsak kring övervakade urinprover.
- Profylax och uppföljning i samband med längre kortisonbehandling
- Lång kö till tandreglering, nya regler riskerar att flera ungdomar inte har råd att åtgärda sina tänder
- Dokumentation i journalen
- Hjälp och stöd vid klimakterierelaterade besvär
- Patienter får vänta via akuten för vård efter cancerrelaterad behandling. Finns inte längre sk ”öppen retur”
- Lång väntan på akutmottagning när olika specialister ska bedöma och patienten måste remitteras till annan specialist

Vid varje sammanträde lyfts ärenden som rör barn och unga upp specifikt. Oftast är det en vårdnadshavare som kontaktar patientnämnden.

Åtgärder: Företrädare från olika verksamheter har bjudits in till nämndens sammanträden för information och dialog. Patientnämnden har bjudits in till patientsäkerhetsrådets möte under året och informerat om inkomna ärenden, svarsfrekvens, vad patientnämnden uppmärksammat, trender och framtidsplaner. Avstämningar har även skett med representanter för sjukhusvården och primärvården. Kontinuerlig dialog har förts med personal vid rättspsykiatriska regionkliniken för att samverka kring frågor som rör stödpersonernas uppdrag och kontakter.

Patientnämndens mål är att 90 % av patienterna ska få ett svar inom angiven tid. Svarstiderna har under 2025 förbättrats i jämförelse med 2024, det är fler som får svar inom 28 dagar (76% under 2025 jämfört med 66% under 2024) och dialogen med verksamhetscheferna är nu bättre i samband med svar i ärenden.

Utöver den rutin som finns för påminnelser har sammanställningar skickats var 3:e månad till verksamhetsansvariga över ärenden där åtgärd förfallit. Sammanställningar planeras att skickas ut även under 2026. Utöver andel som får svar inom 28 dagar, följer även handläggare andel förfallna åtgärder av de totalt öppna ärenden månadsvis, statistiken redovisas vid nämndens sammanträden.

Verksamhetsansvariga kan följa patientnämndsärenden under dashboards i avvikelssystemet Synergi och ta del av statistik för sin enhet.

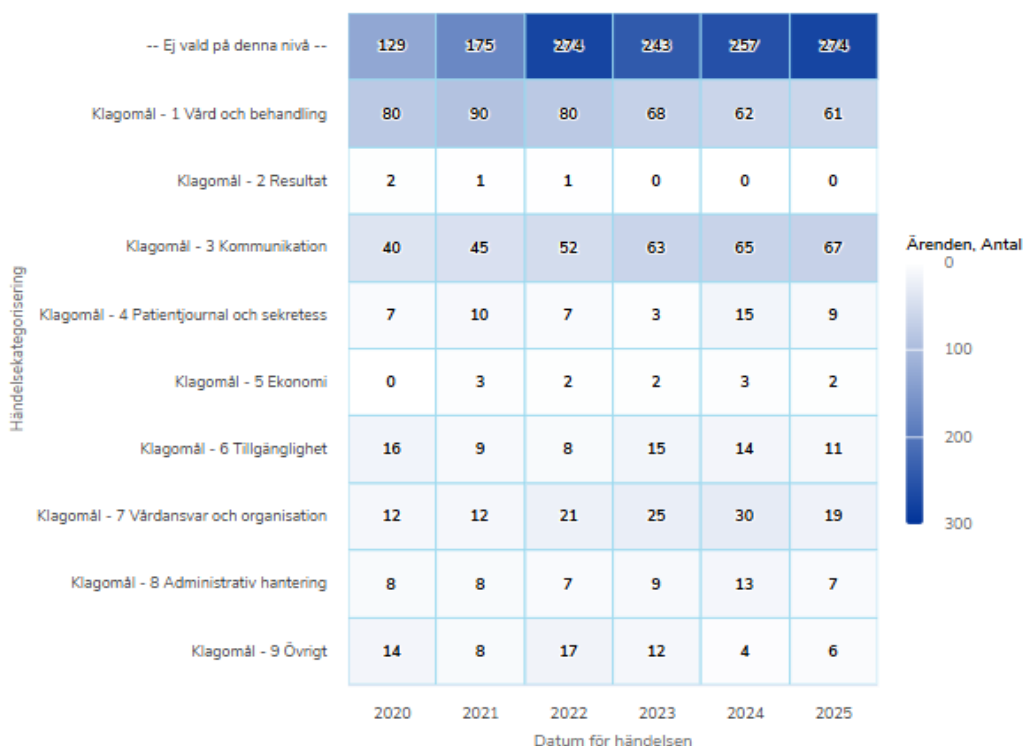
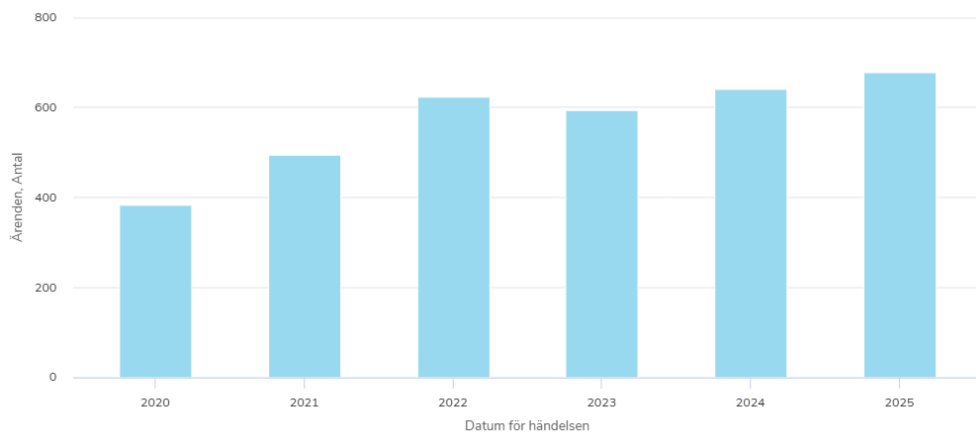
Under perioden har patientnämnden sammanställt två rapporter., se <https://www.regionkronoberg.se/politik-och-demokrati/politisk-organisation/patientnamnden/>

Uppföljning: Nämnden kommer fortsatt följa tid för svar i ärenden till patient samt kvaliteten på dessa svar. Flera rapporter planeras under 2026, en gemensam rapport med IVO om äldres synpunkter på vården, en jämställdhetsanalys och en rapport om vilka synpunkter kvinnor lämnar till patientnämnden. Det görs även en rapport om vilken återkoppling patienterna får efter att ha hört av sig till patientnämnden och om vården sedan använder sig av patienternas synpunkter.

Sammanställning ärendetyp Klagomål och/eller synpunkter från patient/närstående

Mål: Patienter och närstående ska ha kunskap om hur klagomål och synpunkter kan lämnas. Kunskap om klagomål och synpunkter från patienter och närstående ska finnas på alla nivåer i organisationen.

Resultat: Antal rapporterade klagomål/synpunkter – presenterade i stapeldiagram nedan



Analys av resultat: Majoriteten av klagomål / synpunkter inkommer till största delen via 1177. Sammanfattningsvis ses en liten ökning av rapporterade klagomål/synpunkter från patient/närstående för åren 2023 -2025. Klagomål/synpunkterna är fortsatt i huvudsak kategoriserade som klagomål, men vi ser även att kategorin patientrelaterat varit aktuellt. Det är

en stor andel som ligger som ej vald kategori vilket försvårar analys. För att kunna göra en bättre analys på aggregerad nivå vad klagomålen handlar om så krävs det att en underkategori väljs. Man bör lyfta en diskussion om detta ska vara ett obligatorium eller om vi kan nå det på annat sätt genom tex riktade utbildningsinsatser.

Uppföljning: Analys på aggregerad nivå kommer underlättas vid införande av ny produkt för kvalitet och patientsäkerhetsarbete i Stratsys. Hur man valt att kategorisera blir då tydligt och riktade utbildningsinsatser kan göras för att stödja de verksamheter som har svårigheter att välja underkategori

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Krisberedskap

Regionens Säkerhetsenhet har under 2025 presenterat en modell för beredskapsarbetet med Säkerhetsstrateg och säkerhetssamordnare. Detta arbete har nyligen startat och vi ser inte de potentiella effekterna av detta ännu. Tanken är att genom analysera risker kunna skapa beredskap för störningar i den fysiska miljön, IT-miljön och leveranser av läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och övrigt material. Arbete pågår också att skapa en tydlig ledningsstruktur för kris och beredskap. Analys av arbetet under pandemin pågår fortfarande. Sker också en fortsatt bevakning av pågående arbete från Socialstyrelsen.

Riskbedömning av ineliggande patienter slutenvård

Mål: Vid inskrivning inom slutenvård och rehab ska alla patienter riskbedömas enligt särskilt framtaget protokoll. Målvärde 90%

Resultat: Snitt värdet för sjukhusvården 2025 ligger på 60%. Genomförda riskbedömningar ligger således i paritet med föregående nivå, även inom de olika kategorierna undernäring, trycksår, fallrisk, UVI och pneumoni.

Analys av resultat: Andel riskbedömda patienter 2025 varierar mellan olika enheter i intervallet 11-100%. Endast 40% av verksamheterna når över 70%, resterande ligger lägre och mycket lägre än så. Det kan vara så att riskbedömningar görs men ej dokumenteras vilket kan tala för att man inte fått till en tydlig arbetsstruktur kring riskbedömningar och att det då inte faller in i det ordinarie omvårdnadsarbetet som en naturlig del. En dialog med de verksamheter där andel gjorda riskbedömningar är låg behöver göras för att se vilka bakomliggande orsaker som finns och utifrån det fundera kring riktade stödsatser,

Åtgärder: Riskbedömning kopplat till det preventiva arbetet mot vårdskador som tex trycksår, undernäring, pneumoni etc behöver åter lyftas. Man skulle kunna göra en riktad journalgranskning utifrån vårdskador och se hur många av de patienter som fått vårdskador kopplade till omvårdnad som har riskbedömts eller inte. Riskbedömning skulle även kunna vara ett verktyg för att bedöma vårdtyngdsläget på en avdelning och ett underlag för resursfördelning mellan olika team. En patient som har många risker medför sannolikt ett större omvårdnadsbehov jämfört med den patient där inga risker identifieras.

Uppföljning av åtgärd: Andelen riskbedömda patienter kommer vara en indikator att följa ur ett patientsäkerhetsperspektiv både på verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå. Uppföljning kommer göras via det nya IT-stödet för strukturerad uppföljning av systematiskt kvalitets- och

patientsäkerhetsarbetet . Det nya IT stödet kommer möjliggöra uppföljning på flera nivåer och skapa transparens kring resultat , dvs synligt för alla medarbetare, beslutsfattare, och politiker.

Riskhantering

Mål: Riskhanteringsprocessen *ska vara* känd och implementerad i alla regionens verksamhetsområden i enlighet med gällande lagar och författningar för området.

Åtgärd: Uppdrag från stabsdirektörsgruppen till säkerhetschef att arbeta för en säker digital handläggning och uppföljning i riskhanteringsprocessen.

Resultat: Implementeringsprojektet för införande av digitalt systemstöd för riskhanteringsprocessen pågår under 2024, men pausades under 2025 för ny uppstart 2026.

Folktandvård

Folktandvården har ett sista handsansvar för befolkningen. Barn och unga vuxna kallas regelbundet enligt vårt riskbedömningsprogram där barn och unga vuxna med ohälsa och konstaterad ohälsa kallas oftare. Vuxna patienter kallas enligt prioritering där patienter med särskilda behov och sköra vuxna prioriteras. Samtliga patienter som går under revision bedöms och kallas enligt vårt riskbedömningsprogram.

Patientsäkerhetsgruppen i Folktandvården har gjort en riskanalys utifrån patientsäkerhetsperspektivet kopplat till införande av nytt journalsystem.

Patientsäkerhetsgruppen är representerad i en av arbetsgrupperna, som ingår under införandeprocessen av Frenda.

Primärvård

Under första halvan av 2025 gjordes ett arbete med att ta fram en egenkontroll kring läkemedelshantering mer anpassad för primärvård än den som genomförts hela hälso- och sjukvården tidigare. Detta arbete pausades dock i väntan på nya produkten i Stratsys.

Fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, dokumenterad överenskommelse skörhetsskattning och äldreomtagningar har varit i fokus under 2025 och fortsätter vara det under 2026.

Hygienronder görs enligt planering från vårdhygien.

En större riskanalys har genomförts under året, kring kontinuitetsavbrott i apodos. Analysen kommer att arbetas vidare med under 2026. I övrigt har inga mer övergripande riskanalyser gjorts.

Psykiatri, rehab, hab

Somatisk undersökning vid inskrivning i heldygnsvård behöver utföras i högre grad, Antal avvikelser angående detta minskat, vilket förhoppningsvis indikerar en förbättring.

Bristande rutiner kring läkemedelshantering uppmärksammades under 2024 och åtgärder sattes in. Arbetet har fortsatt under 2025. Ett läkemedelsforum har skapats där läkare, sjuksköterskor i heldygnsvården och klinisk farmaceut ingår. Forumet ska bland annat ta fram rutiner för läkemedelsrutiner i heldygnsvården. Avvikelser angående att läkemedelslistor i Cosmic inte stämmer överens med de i Pascal har uppmärksammats under året. Läkemedelsforumet kommer även att hantera denna fråga.

Rättspsykiatriska regionkliniken

Säkerställa att prover inte blir för gamla att analysera

Antalet prover som behöver kasseras på grund av att de inte är centrifugerade är, utifrån registrerade avvikelser, noll till antalet. Främsta anledningen till att antalet prover har minskat är att kliniken har införskaffat en centrifug, så proverna är inte beroende av att inkomma till kemlab inom viss tid för centrifugering. Den utökade hämtningen av prover på eftermiddagen har varit positiv, då prover kan tas under fler timmar på dygnet. Två avvikelser har under gångna året registrerats där transportenheten inte hämtat prover enligt överenskommelse. En avvikelse har registrerats där tagna prover hämtats men inte transporterats till kemlab. Enligt uppgiftslämnaren har denna händelse även skett vid annat tillfälle. Avvikelser med åtgärd har översänts till Sigfridsområdets transportenhet. Långsiktigt hållbar åtgärd förväntas av transportenheten så att Rättspsykiatriska regionkliniken kan säkerställa vårdrelaterade insatser.

Utveckling och förbättring av den fysiska vårdmiljön

Prioriterad del av verksamhetens långsiktiga kvalitets och arbetsmiljöarbete. Arbetet syftar till att skapa trygga, funktionella och omhändertagande vårdmiljöer som stödjer patienters återhämtning och ger goda förutsättningar för medarbetarnas arbete.

Sjukhusvård

Verksamhetsutvecklare och chefläkare har medverkat i riskanalyser för att säkerställa ett tydligt patientsäkerhetsperspektiv vid planering, förändringar och beslut. För att stödja och utveckla det lokala arbetet har sjukhusvården även drivit ett nätverk för våra patientsäkerhetsresurser, vilket bidragit till ökad samsyn, stärkt kompetens, snabbare spridning av lärdomar och bättre samordning mellan verksamheter.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Hälso- och sjukvården gemensamt

I hela hälso- och sjukvården behövs ett utvecklat och proaktivt patientsäkerhetsarbete där alla nivåer tar hänsyn till och arbetar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Vår strategi för att uppnå detta utgår från vår regionala handlingsplan för patientsäkerhet och regionens övergripande strategi ”Närmare Kronobergaren”.

Vi ser ett fortsatt ökat arbete på verksamhetsområdesnivå och exempel finns i patientsäkerhetsberättelsen som ytterligare beskriver det. Det är väsentligt att detta arbetet fortsätter. På övergripande nivå kommer också de senaste årens arbete att utgöra grunden i 2026 års arbete. Grunden i vårt arbete är att bredda och fördjupa patientsäkerhetsarbetet

Det finns dock flera områden som kommer att prioriteras under 2026.

1. Säkerställa de obligatoriska utbildningarna inom patientsäkerhet. Implementera utbildning för första linjens chefer.
2. Förbättra rutiner och genomförande av utredning vid misstänkt vårdskada. Utbildning, ökad kompetens hos fler individer och förbättrad kvalitetskontroll av utredningar och handlingsplaner framför allt kopplade till ärenden som lex Maria-anmäls.
3. Dokumentation. Arbete med kvalitet på anteckningar för att minska risken för vårdskador, struktur för hur vi följer upp och granskar, vilken kompetens finns hos medarbetare och behövs utveckling av IT stödet. Arbete ffa genom projektet DRIV 2.
4. Patientsäkerhetsfrågor i anslutning till planering och byggnation av nya vårdbyggnader och renoveringar av befintliga lokaler.
5. Fortsatt arbete med teamförbättrande åtgärder t.ex. lyfta CRM-frågor vid lämpliga utbildning och övningstillfällen
6. Se över möjlighet att analysera klagomål och synpunkter på aggregerad nivå
7. Riskanalyser. Förbättrad struktur, dokumentation och redovisad statistik av utförda riskanalyser. Säkerställa kompetensen hos de som gör riskanalyser. Gemensamt arbete med patientsäkerhet, HR och säkerhetsenheten.
8. Patientsäkerhet kopplat till medicinsk teknik.
9. Arbete med projekt ”Trygga råd”. Arbete med personcentrering för att skapa förutsättningar att patienter som söker akut till vården för kunskap om när man ska söka vård på nytt.
10. Patientsäkerhet och risker kopplat till samordning av vården i Region Kronoberg. T.ex. deltagande i kommande riskanalyser..
11. Det lokala arbetet ska tydligare kopplas till kunskapsstyrningen genom t.ex. fortsatt utveckling av uppdrag och mandat för LSG (Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet). LSG ska t.ex. ordna regelbundet återkommande workshops med teman utifrån handlingsplanen.

Implementering av produkten Kvalitet och patientsäkerhetsarbete (KPA) i Stratsys.

Produkten KPA i Stratsys ska vara fullt integrerad i regionens styr- och ledningsstruktur och utgöra den gemensamma ytan för uppföljning, analys och stöd i det dagliga arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Syftet är att tillhandahålla ett IT-stöd som skapar bättre förutsättningar för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och därigenom bidra

till en god och säker vård för invånarna i Kronoberg.

Genom KPA förväntas verksamheterna få ett sammanhållet system där uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet sker löpande via strukturerade analyser av aggregerade data. När all information finns samlad i ett system, och delar av datan kan genereras automatiskt, ökar möjligheten att se helheter, upptäcka mönster och arbeta mer systematiskt med förbättringar. Det ger ett stabilt och effektivt stöd i det dagliga operativa arbetet och blir ett naturligt beslutsunderlag för ledningens prioriteringar och resursfördelning.

Automatisering, utbildning och utveckling

Under första kvartalet kommer arbetet med automatiserad dataöverföring från befintliga databaser till KPA att intensifieras, med målet att säkerställa en mer effektiv, korrekt och kontinuerlig datatillförsel. Utbildningsinsatser planeras vid flera tillfällen och riktas till olika målgrupper:

- chefer
- lokala administratörer
- superusers
- medarbetare utbildade i riskanalys

Parallellt med detta kommer ett kontinuerligt utvecklingsarbete att behövas för att möta verksamheternas krav på specifika indikatorer, egenkontroller etc

Förvaltning och långsiktig hållbarhet

En långsiktigt robust och hållbar förvaltning säkerställs genom en pyramidstruktur i supportorganisationen, bestående av:

- systemansvariga
- produktansvariga
- lokala administratörer
- superusers

Denna struktur garanterar att stöd ges på rätt nivå, minskar sårbarheten kopplad till enskilda nyckelpersoner och skapar stabilitet över tid.

Produktägarskapet kommer att ligga i sjukvårdsdirektörens stab, vilket stärker kopplingen till regionens övergripande styrning och säkerställer att IT-stödet blir en integrerad och naturlig del av ledningssystemet för hälso- och sjukvården.

Utmaningar Hälso- och sjukvården gemensamt

Det finns en rad utmaningar som behöver beaktas och hanteras de kommande åren.

Vårdplatsbristen och den bakomliggande kompetensbristen som framför allt utgörs av brist på medarbetare, är ett faktum där planerade insatser behöver inkludera åtgärder som stärker patientsäkerheten.

Vi ser utmaningar i alla fyra grundförutsättningar även om det sker aktiviteter inom dessa områden. Vi behöver arbeta vidare med ledning, struktur och styrning på olika nivåer, patientsäkerhetskulturen och där till kopplade aktiviteter som belyser den psykologiska säkerheten/tryggheten i regionen. Vidare behöver vi säkerställa kompetens både i grundprofessionerna men också kompetens inom patientsäkerhetsområdet och vi behöver

stärka patienters och närståendes medverkan i vården.

Ytterligare en utmaning är riskhantering. I en värld där många förändringar sker och förändringar behöver göras så är det viktigt att en analys av risker görs på ett klokt sätt och att åtgärder för att reducera dessa risker föreslås, bedöms och beslutas.

Patientsäkerhet behöver tydligare beaktas tidigare i en rad olika aktiviteter vilket innebär att alla behöver bidra och inte enbart de som är utpekade som patientsäkerhet.

Folktandvård

Omstrukturering av ledningsstrukturen i Folktandvården. Vi vill bli bättre för dem vi finns till för, patienterna. Vi vill ha medarbetare som trivs, utvecklas och stannar kvar. Vi vill vara en organisation med tydligare uppdrag på varje nivå. Vi vill ha ett nära, starkt och hållbart ledarskap. Vi vill ge möjlighet till mer strategiskt arbete för att kunna utveckla organisationen. Målet är att renodla chefskapet, ger rätt förutsättningar och skapa tydlighet kring förväntningar, Skapa större möjlighet att samordna och utveckla kompetensen inom organisationen. Skapa bättre förutsättningar att samverka mellan kliniker

Införande av ett nytt journalsystem Frenda.

Beslut från riksdagen 3 december 2025 om särskild tandvårdsersättning (STE) och vård till de med störst behov. Gäller för personer från och med det år de fyller 67 år. För sådan tandvård ska patienten betala 10 procent av referenspriset. Vårdgivare ersätts med 90% av staten för STE enligt referenspris. Det innebär att vårdgivarens pris inom STE regleras, till skillnad från övrig tand vård inom det statliga tandvårdsstödet, där prissättningen är fri.

Arbete med prioriteringsordningen inom Folktandvården.

Identifiera vad vi definierar som VRI i tandvården.

Hygien ansvarig i Folktandvården kommer att medverka vid nationellt arbete med Vårdhygienisk Egen Kontroll (VEK) för Svensk Vårdförening.

Arbeta med Vårdförlopp Karies.

Fortsätta och utöka samarbetet med övriga aktörer i Hälso- och sjukvården för att stärka samarbetet kring våra patienter.

Satsa på kvalificerade rådgivande samtal för att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Utöka våra digitala besök och behandlingar i tandvården för att bli mer lättillgängliga för Kronobergs invånare.

Behålla och rekrytera medarbetare till organisationen.

Primärvården

Under 2026 kommer arbetet med att realisera framtagna aktiviteter inom våra fokusområden att komma igång på allvar. Inom patientsäkerhet innebär detta bland annat ett fokus på patientsäkerhetskultur och vårdokumentation. Fast läkarkontakt, Fast vårdkontakt, dokumenterad överenskommelse och tillgänglighet finns med inom andra fokusområden men har också stor påverkan på patientsäkerheten.

Under februari planeras en workshop i den nya ledningsgruppen för att identifiera gap och behov för att se hur vi ska arbeta framåt, bland annat med patientsäkerhetsronder och team.

Den nya KPA produkten i Stratsys kommer förhoppningsvis bidra med översikt och tydlighet. En viktig del under 2026 blir därmed att få till arbetet med denna på olika nivåer.

Under 2026 kommer primärvården också ha möjlighet att testa ALMA, ett nytt sätt att via ett integrerat beslutsstöd få upp varningar och påminnelser kring enskilda patienter. Detta öppnar möjligheter för nya sätt att arbeta med patientsäkerhet på sikt.

Psykiatri rehab hab

Ett mål är fortsatt att förbättra det somatiska omhändertagandet i psykiatrisk heldygnsvård och att fler patienter ska undersökas somatiskt vid inskrivning i slutenvård. En arbetsgrupp har skapats som ser över rutinerna vid självvald inläggning. Denna grupp tittar också på innehållet i heldygnsvården där även det somatiska omhändertagandet ingår.

Följsamheten till BHK inom psykiatrin behöver fortfarande förbättras. Den nedåtgående trenden har dock avstannat.

Journalgranskning enligt MJG behöver snabbas på. Förhoppningsvis kan detta ske med hjälp av digitalt verktyg.

Uppföljningen/utvärdering av patientkontrakten behöver prioriteras under 2026 precis som under 2025.

Under 2026 kommer en arbetsgrupp att ta fram rutiner och riktlinjer för hur närståendekontakten kan förbättras. De får också i uppdrag att skapa rutiner för dokumentation av närståendekontakt.

Aktivitetshanteraren i Cosmic kommer att förnyas i april månad 2026. Detta kommer att underlätta det administrativa arbetet gällande tvångsvård.

Rättspsykiatrin

Fortsätta motverka och förhindra vårdskador.

Fortsätta patientsäkerhetsarbetet med patienter som medskapare.

Utveckla beslutsjournalen (Omtag psykiatri.)

Upprätta lokal pandemiplan.

Utveckla och förbättra det påbörjade arbetet med hälsosamma levnadsvanor.

Färdigställa vårdprogram psykos och revidera övriga vårdprogram.

Fortsätta följa upp och utvärdera verksamhetens interna remisshantering.

Följa upp och utvärdera införandet av anhörigsamordnare.

Återinföra markörbaserad journalgranskning.

Sätta fokus på dokumenthantering, åter igen lyfta frågan avseende säkerhetsbackup med regionen.

Säkerställa lagkrav för klagomålshanteringen (korta ner svarstiderna).

Sjukhusvården

Omfattande förändringar har nu beslutats gällande såväl organisation som patientflöden och vården av våra svårt sjuka patienter inom sjukhusvården. Under 2026 påbörjas ett omfattande implementeringsarbete där nya rutiner och arbetssätt ska sjösättas i verksamheterna. Detta innebär en betydande omställning som kräver noggrann planering, tydlig styrning och ett nära samarbete genom hela processen.

För att säkerställa en hög och likvärdig patientsäkerhet är ett välfungerande samarbete mellan våra kliniker, liksom mellan våra olika sjukhus, av yttersta vikt. En stärkt samverkan skapar förutsättningar för att resurser används på bästa sätt, för att vårdprocesser harmoniseras och för att patienterna får rätt vård på rätt plats vid rätt tid.

Utökningen av det totala antalet vårdplatser är en positiv och nödvändig åtgärd i arbetet för att möta framtidens vårdbehov. Förhoppningen är att detta även kommer att leda till ett minskat behov av transporter av patienter mellan våra sjukhus, vilket både avlastar verksamheterna och ökar tryggheten för patienterna.

Samtidigt är det avgörande att vi fortsätter fokusera på att behålla och utveckla vår befintliga personal. Att minska beroendet av hyrpersonal är inte bara en ekonomisk fråga, utan handlar lika mycket om kontinuitet, kompetensförsörjning och en stabil arbetsmiljö. En hög andel ordinarie medarbetare skapar förutsättningar för långsiktig kunskapsuppbyggnad och stärker kvaliteten i vården.

Vid planering av bemanning framåt behöver nivån alltid utgå från patienternas faktiska vårdbehov och inte enbart från organisatoriska ramar. En adekvat bemanning är en grundläggande förutsättning för god arbetsmiljö, kvalitet och patientutfall.

Inför kommande beslut är det avgörande att både patientperspektivet och kvalitetsaspekterna tydligt vägs in. Dessa faktorer bör ses som bärande principer genom hela det förändringsarbete som nu ligger framför oss, och de ska vara vägledande i såväl prioriteringar som i bedömningar av effekter och risker