Stockholms läns sjukvårdsområde
Närsjukvårdsdirektören

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2026-02-09

SLSO 2026-0595

Patientsäkerhetsberättelse 2025 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659) att gälla. Enligt den och Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska vara färdigställd och tillgänglig för den som önskar ta del av den senast den 1 mars året efter.

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) patientsäkerhetberättelse 2025 var färdigställd 2026-02-09.

Berättelsen har flera syften, i första hand bättre uppföljning av och kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessutom förenklar den för andra intressenter exempelvis patienter, allmänheten, andra vårdgivare och patientorganisationer att få tillgång till information om patientsäkerhets-arbetet samt underlättar också Inspektionen för Vård och Omsorgs (IVO) tillsyn av verksamheten.

Berättelsen ger en samlad bild av vad som gjorts och på vilket sätt samt vilka resultat som har uppnåtts i patientsäkerhetsarbetet inom SLSO under året.

Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2025 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Maria Ohlson Andersson
Närsjukvårdsdirektör

Ola Broström
Chefläkare

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) År 2025



Datum: 2026-02-09
Ansvarig för innehållet: Maria Ohlson Andersson
Diarienummer: SLSO 2026–0595

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Innehåll

SAMMANFATTNING 3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 4
Engagerad ledning och tydlig styrning 4
En god säkerhetskultur 9
Adekvat kunskap och kompetens 11
Patienten som medskapare 14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 16
Exempel på verktyg 16
Vårdrelaterade infektioner 18
Basala hygienrutiner och klädregler 19
PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN 20
Öka kunskap om inträffade vårdskador 20
Tillförlitliga och säkra system och processer 22
Säker vård här och nu 25
Stärka analys, lärande och utveckling 27
Öka riskmedvetenhet och beredskap 31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 33
SLSO:s Handlingsplan för patientsäkerhet 2026 34

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsarbetet inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) under 2025 har bedrivits i linje med Region Stockholms nollvision för vårdskador och Socialstyrelsens nationella handlingsplan *Agera för säker vård 2025–2030*. Patientsäkerhet är en integrerad del av verksamhetsstyrning, ledarskap och det dagliga arbetet. Arbetet utgår från fyra grundläggande förutsättningar för säker vård: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare. Dessa förutsättningar genomsyrar SLSO:s ledningssystem, handlingsplaner och utbildningsinsatser. Under 2025 genomfördes nio prioriterade aktiviteter i en handlingsplan för patientsäkerhet, vilka följts upp och återkopplats till ledningen samt legat till grund för handlingsplanen 2026.

Ansvarsfördelningen för patientsäkerhet är tydlig från nämndnivå till verksamhets- och enhetschefer, med stöd av chefläkare och Enheten Kvalitet och patientsäkerhet inom centralt verksamhetsstöd. Alla medarbetare har ett gemensamt ansvar att rapportera risker, tillbud och vårdavvikelser samt bidra till lärande och förbättring. Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet följer Socialstyrelsens och Arbetsmiljöverkets föreskrifter och är certifierat enligt ISO 9001. Systematiskt patientsäkerhetsarbete sker genom riskanalyser, internkontroller, egenkontroller och interna revisioner. Varje resultatenhet utarbetar årligen en lokal patientsäkerhetsberättelse och handlingsplan.

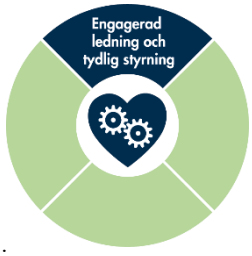
Säkerhetskulturen är en central del av patientsäkerhetsarbetet. Den mäts årligen genom Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) som ingår i Region Stockholms OSA-kartläggning. Under 2025 ökade SLSO:s HSE-index från 76 till 77,9, vilket indikerar ett stärkt engagemang och förbättrat klimat kring patientsäkerhet. Chefer har en nyckelroll i att följa upp resultaten och omsätta dem i lokala förbättringsåtgärder. Kompetens och kunskap är avgörande för en säker vård. Utbildningar inom patientsäkerhet och förbättringsarbete erbjuds kontinuerligt. Obligatoriska utbildningar för chefer, såsom BAS-utbildningen och Socialstyrelsens webbutbildning Säker vård, bidrar till en gemensam kunskapsbas.

Patienten som medskapare är en grundläggande princip i patientsäkerhetsarbetet. Under året har arbetet med patient- och närståendedelaktighet stärkts genom tydligare anvisningar, ökad användning av digitala vårdtjänster såsom *Alltid öppet*, egenmonitorering samt systematisk hantering av synpunkter och klagomål. Närståendes roll har särskilt uppmärksammats, då bristande involvering identifierats som en återkommande faktor vid vårdskador.

Avvikelsehantering och lärande av inträffade händelser är centrala delar av arbetet. Under 2025 rapporterades drygt 15 700 vårdavvikelser, vilka analyseras och följs upp på olika nivåer i organisationen. Chefläkare bedömde 279 vårdskadeutredningar, varav 135 anmäldes enligt lex Maria. Återkommande förbättringsområden rörde samverkan, ansvarsfördelning, läkemedelshantering och närståendekontakt. Återföring av lärdomar har skett genom ledningsgrupper, utbildningar och nätverk. Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner, säker läkemedelshantering, informationssäkerhet, medicinteknik, kloka kliniska val samt säker material- och läkemedelsförsörjning har fortsatt under året. Följsamheten till basala hygienrutiner är fortsatt hög och nivåerna av vårdrelaterade infektioner är stabila eller sjunkande inom flera verksamheter.

Sammanfattningsvis har SLSO fortsatt att utveckla ett strukturerat, lärande och långsiktigt patientsäkerhetsarbete med fokus på kultur, kompetens, samverkan och patientdelaktighet. Det är tack vare ett stort engagemang och hög ambitionsnivå bland chefer och medarbetare som denna patientsäkerhetsberättelse kan redovisa en stor mängd förbättringsarbeten med fina resultat. Handlingsplanen för 2026 är ambitiös och innehåller 20 aktiviteter vilka tillsammans ska bidra till en säkrare vård för SLSO:s patienter.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD



Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningens beslut, kunskap, agerande, förhållningssätt och ställningstaganden är avgörande för ökad patientsäkerhet. Roll- och ansvarsfördelningen i patientsäkerhetsarbetet behöver vara tydlig på alla nivåer; från den politiska nivån via beslutsfattare och chefer på strategisk nivå i regioner och kommuner till verksamhetschefer och andra verksamhetsnära chefer, inklusive vem som ansvarar för specifika resultat.

Övergripande mål och strategier

Socialstyrelsens nationella handlingsplan, *Agera för säker vård 2025–2030,* används och implementeras i samband med utbildningar, i anvisningar samt genom struktur på intranätets sidor som rör patientsäkerhet.

Region Stockholm har en nollvision för vårdskador, vilket innebär att målet är att ingen patient ska drabbas av undvikbara skador under vården. För att uppnå detta arbetar SLSO exempelvis genom att stärka säkerhetskulturen, analysera risker och avvikelser, involvera patienter och närstående samt att genomföra utbildningar, men även genom att identifiera och fasa ut lågvärdevård.

SLSO arbetar utifrån regionens vision; *En attraktiv, hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut*. Som ett komplement finns SLSO:s vision *Rätt vård när och där du behöver den.* Värdegrunden bygger på *Patientens fokus, Allas lika värde och Arbetsglädje.*

För 2025 upprättades en handlingsplan för patientsäkerhet vilken utgick från de prioriterade fokusområdena i Socialstyrelsen nationella handlingsplan och innehöll nio aktiviteter. De utförda aktiviteterna beskrivs och utvärderas under varje fokusområde i patientsäkerhetsberättelsen samt har återkopplats till SLSO:s ledningsgrupp i slutet av 2025, då även handlingsplanen för 2026 presenterades och beslutades.

Organisation och ansvar

Kärnverksamheten är organiserad i verksamhetsområdena Primärvård, Psykiatri och Habilitering, Närakuter, Geriatrik/ASIH, Somatisk specialistvård och Hjälpmedel. Den 1 januari 2026 övergick Medhelp Sjukvårdsrådgivning AB (1177 på telefon) i SLSO:s regi och blev verksamhetsområde Sjukvårdsrådgivning Stockholm. Förberedelserna har fokuserat på en sömlös övergång för medborgarna med bibehållen kvalitet och tillgänglighet.

Roller och ansvarsfördelning

SLSO:s nämnd har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Verksamhetschefen ansvarar för patientsäkerheten inom sin resultatenhet samt leder det lokala patientsäkerhetsarbetet med stöd av medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA), chefsöverläkare (psykiatrisk verksamhet) och lokala patientsäkerhetssamordnare. Enhetschefer och sektionschefer har ett stort ansvar och en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet och ansvarar för att skapa en god säkerhetskultur på enheterna. Alla medarbetare har skyldighet att arbeta utifrån gällande lagar och riktlinjer, uppmärksamma risker och vårdavvikelser samt aktivt delta i arbetet med ständiga förbättringar, förebygga risker och stärka patientsäkerheten.

Chefläkare och Enheten Kvalitet och patientsäkerhet

Chefläkare och Enheten Kvalitet och Patientsäkerhet inom centralt verksamhetsstöd har i uppdrag att stödja SLSO:s ledningsfunktioner och verksamheter avseende patientsäkerhet och kvalitet i vården samt

förvaltar och utvecklar ledningssystemet för kvalitet. Här finns specialistkompetens inom kvalitetsarbete, patientsäkerhet, avvikelsehantering, synpunkter och klagomål, vårdhygien samt läkemedelshantering och läkemedelsförsörjning. Chefläkare bistår vid tillsyner av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt ger stöd i arbetet med vårdskadeutredningar vid allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador. Chefläkare har delegation att fatta beslut om att anmäla inträffade allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador till IVO enligt lex Maria.

Ledningssystem och egenkontroll

SLSO:s ledningssystem följer Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete. Organisationen är certifierad enligt ISO 9001:2015 (kvalitet), ISO 45001:2018 (arbetsmiljö) och ISO 14001:2015 (miljö). En extern revision av ledningssystemen, genom systematisk granskning utförd av en oberoende tredje part för att verifiera att systemet uppfyller kraven i en specifik standard, utförs årligen.

Ledningssystemet innebär ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i syfte att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I den övergripande anvisningen *Styrande principer för kvalitet* beskrivs hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas. Alla övergripande anvisningar finns samlade och nås via en sida på intranätet. Det framgår även om det finns krav på lokal rutin. Det finns även en särskild sida på intranätet för övergripande anvisningar och andra dokument som rör patientsäkerhet. Under året har patientsäkerhetssidorna reviderats och utgår nu från grundförutsättningarna i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vården bedrivs patientsäkert och att god kvalitet uppnås. SLSO genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll. Inom ramen för ledningssystemet för kvalitet genomförs interna revisioner inom ett antal riskområden och strategiska områden på ett tjugotal resultatenheter. Sammanfattande protokoll med resultat från internrevision återförs till SLSO:s ledning och verksamhetschefer i syfte att användas för att besluta om åtgärder och förbättringsarbeten såväl på övergripande nivå som på resultatenheten.

Varje resultatenhet beskriver sin patientsäkerhetsorganisation och sitt systematiska patientsäkerhetsarbete med resultat, analys, uppföljning och egenkontroll i en lokal patientsäkerhetsberättelse samt utarbetar en handlingsplan för kommande år.

Patientens digitala interaktion med hälso- och sjukvård

Alltid öppet är SLSO:s tjänst för säkra digitala vårdkontakter, vilken används av SLSO samt andra vårdgivare inom Region Stockholm och Region Gotland. Tjänsten består av applikationer för patienter och medarbetare samt *Mötesportalen* för externa deltagare och möjliggör digitala vårdmöten mellan patient, vård och exempelvis närstående eller andra aktörer. För patienter fungerar *Alltid öppet* som en samlad portal för vårderbjudanden och ett komplement till andra kommunikationskanaler. Under året har informationsfilmer om tjänstens funktioner tagits fram för visning i väntrum.

I SLSO:s färdplan för digitalisering ingår ett uppdrag att förbättra den digitala kommunikationen och interaktionen mellan invånare och hälso- och sjukvård. Området präglas i dag av ett splittrat digitalt landskap med många kanaler för både patienter och medarbetare. Arbetet har koppling till *Generationsskiftet vårdens IT* och till SLSO:s fokusområden inom omställningen till god och nära vård. Parallellt pågår ett regiongemensamt projekt under ledning av HSF där SLSO deltar aktivt för att bidra till en gemensam regional inriktning. Inom ramen för arbetet har workshops genomförts med representanter från olika verksamhetsområden för att identifiera nuläge, behov och prioriterade aktiviteter på strategisk och verksamhetsnivå. Projektet fortsätter under 2026.

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Samverkan för att förebygga vårdskador

SLSO samverkar med andra vårdgivare och kommunal verksamhet för att erbjuda en sammanhållen vårdkedja och stärka patientsäkerheten. Vid utskrivning från slutenvård används verktyget Lifecare SP för säker informationsöverföring. En samordnad individuell planering (SIP) erbjuds när det finns behov av insatser från både hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Exempel från verksamheterna:

- Över 70 deltagare från kommun och region deltog i april i en gemensam simulerings- och lärandeaktivitet på Jakobsbergs sjukhus med fokus på förbättrad kommunikation och ökad förståelse för varandras uppdrag.
- MOSAIC är en modell som ska förbättra samordningen kring personer som skrivs ut från geriatriken. Den bygger på evidens om vårdövergångar och integrerad vård samt på praktiknära erfarenheter från vård och omsorg. Arbetssätten omfattar Geriatriken, Primärvård, Hemsjukvård, Primärvårdsrehab och kommunal biståndshandläggning och har utvecklats i samarbete mellan verksamheter och äldrerepresentanter inom ett forskningsprojekt.
- Ett intensivt arbete har pågått kring vårdövergångar vid avtalsförändringar, där Psykiatrin har tagit emot patienter från privata vårdgivare i öppen- och heldygnsvård. Genom gemensamma möten har organisatoriska frågor och patientärenden hanterats för att säkerställa patientsäkra övergångar.
- Gemensamma utredningar vid misstänkt vårdskada har tydliggjort vikten av samarbete i vårdövergångar, till exempel mellan barn- och vuxenpsykiatri och mellan verksamhetsområden. Åtgärder har omfattat journalgenomgång, gemensam vårdplanering och stärkt samarbete kring patienten. Formaliserad samverkan mellan Psykiatri och Habilitering för vuxna med autism möjliggör regelbundna samverkansmöten på flera nivåer.
- ASIH Stockholm Södra deltar i samverkansmöten med kommun och sjukhus för att stärka samarbete och vårdövergångar. En ASIH-koordinator vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, delvis finansierad av verksamheten, bidrar till att patienter med palliativa behov får vård på rätt vårdnivå i rätt tid samt samordnar fördelning enligt vårdval.
- Inom Somatisk specialistvård sker samverkan med andra verksamheter; såsom Primärvård, kirurgmottagningar och ASIH. Arbetssätt kring vårdövergångar utvecklas genom digitala konsultationer, förbättrade remissrutiner och tydligare informationsöverföring. Rutiner anpassas till gemensamma vårdförlopp och nationella riktlinjer med fokus på enhetlighet, minskade informationsbrister och högre kvalitet i vårdövergångar.
- Hjälpmedel samverkar med olika vårdgivare, kommuner och leverantörer för att förebygga vårdskador, särskilt vid vårdövergångar. Säkerhetsmeddelanden och negativa händelser hanteras i samverkan med berörda aktörer.
- Sedan 2023 finns ett uppdrag för Primärvårdens vårdcentraler med geografiskt samordnande ansvar (GSA) att samordna samverkan mellan vård- och omsorgsgivare genom strukturerade nätverksmöten. Under 2025 har en organisation etablerats för geografisk samverkan med regionens akutsjukhus. Ett prioriterat område har varit att stärka specialistkonsultationer till Primärvården, där tillgängliga akutkonsultationer varit prioriterade.
- Närakuterna både driver och deltar i flertal samverkansforum med andra vårdgivare för att stärka patientsäkerheten i vårdövergångar.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är grundläggande för patientsäkerheten då korrekt vård kräver att rätt patientinformation är tillgänglig, konfidentiell och korrekt vid rätt tidpunkt. Bristande säkerhet kan leda till felaktiga medicinska beslut, utebliven vård eller läckage av känsliga uppgifter, vilket direkt riskerar patientens hälsa och trygghet.

SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete utgår från Region Stockholms övergripande ledningssystem för informationssäkerhet. Ledningssystemet baseras på ISO 27000-standarden där målbilden är att följa regionens policy för verksamhetsskydd samt riktlinje för informationssäkerhet, vilka fastslogs av regionfullmäktige under 2021.

I samband med anpassningarna inför kommande cybersäkerhetslag (NIS2) har regionen utarbetat en ny process för compliance (regelefterlevnad) som centraliserar delar av det systematiska informationssäkerhetsarbetet över samtliga förvaltningar och bolag. Den nya processen liknar nuvarande, men den kommer att stärka samarbetet mellan förvaltningar och bolag inom regionen så att man kan dra nytta av varandras arbete. Den nya processen kommer att tillämpas inom SLSO i början av 2026 för att stödja verksamhetsledningen i det kontinuerliga arbetet med styrning, egenkontroll och utvärdering av informationssäkerheten.

Användningsområden för Compliance-processen är primärt:

- strategisk styrning – Används för egenkontroll och för att identifiera förbättringsåtgärder av informationssäkerhet ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
- verksamhet – Används för att genomföra egenkontroll av den administrativa informationssäkerheten hos varje verksamhet.
- IT-system – Används för att genomföra egenkontroll av ett IT-systems informationssäkerhet samt identifiera och genomföra åtgärder för förbättring av IT-säkerheten.

Vidare har regionsrevisorerna genomfört en granskning av SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete i syfte att bedöma om förvaltningen uppfyller kommunallagens krav på intern kontroll avseende informationssäkerhet samt om SLSO:s arbete bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, interna mål och regelverk. Rapporten visar att SLSO har relativt väl fungerande rutiner men att det finns förbättringsområden. Ett IT-säkerhetsprojekt har startats och uppdraget är att upprätta och förbättra styrande dokument, processer med roller och ansvar samt att se över resurstilldelningen för att kunna förvalta de system som förvaltningen förfogar över.

Strålskydd

SLSO bedriver verksamhet med joniserande strålning på Centrum för psykiatriforskning i lokaler tillhörande Karolinska Universitetssjukhuset samt på Geriatrisk specialistvård Osteoporosmottagning på Sabbatsbergs sjukhus. Region Stockholm är tillståndshavare för verksamhet med joniserande strålning på SLSO och vid Karolinska Universitetssjukhuset och ytterst ansvarig för strålsäkerheten. Tillståndet (SSM2025-2547-3) är giltigt till 2030 och omfattar sedan 2025 all verksamhet med joniserande strålning inom Region Stockholm.

På Centrum för Psykiatriforskning har inga allvarliga avvikelser noterats. Hantering av avvikelser sker systematiskt med information till berörd personal. Årliga strålskyddsronder har genomförts i samtliga laboratorier. Ronderna visade mindre anmärkningar gällande riskbedömningar och behov av optimering av arbetssätt. Strålsäkerhetsutbildning erbjuds ca tio gånger per år för både laboratorie- och patientverksamhet. Utskottsmöten har hållits där dosrestriktioner för forskningsstudier och aktivitetsmätare har diskuterats. Exempel på åtgärder som genomförts:

- upphandling av omhändertagande av slutna strålkällor avslutad
- kalibrering av strålskyddsinstrument uppfyller myndighetskrav
- inköp av sekundärstandardaktivitetsmätare och tillhörande rutiner framtagna
- uppdatering av riktlinjer och undersökningar genomförda

Under 2026 kommer fokus att ligga på omhändertagande av avfall från slutna strålkällor, RaLF-utbildning för terapiverksamhet, utvärdering av korrektionsfaktor för fingerdos (litteraturstudie/mätningar) samt gemensam rutin för interna transporter.

På Sabbatsbergsjukhus Osteoporosmottagning har en bentäthetsmätare köpts in och driftsatts i samarbete med sjukhusfysiker på Röntgenfysik, Karolinska Universitetssjukhuset, som enligt avtal utgör strålningsfysikalisk ledningsfunktion och strålskyddsexpertfunktion för verksamheten.

Strålsäkerhetsbokslutet som genomförts av Karolinska Universitetssjukhus innefattar även SLSO.
Se: *Strålsäkerhetsbokslut - Verksamhet med joniserande strålning vid Karolinska Universitetssjukhuset*.

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

En god säkerhetskultur



En säker vård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla chefer och medarbetare. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad personcentrering.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

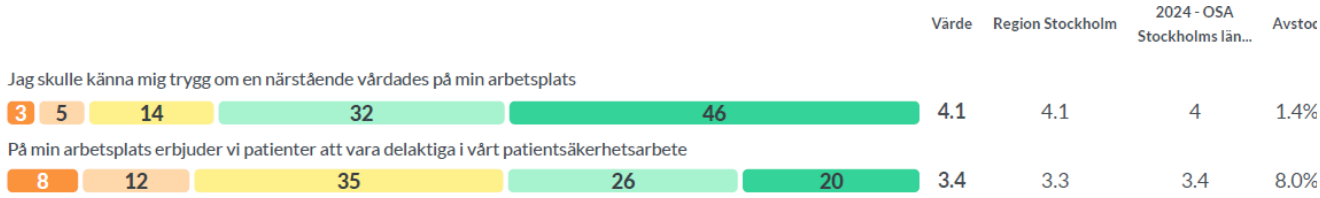
Säkerhetskultursmätningen görs årligen tillsammans med OSA-kartläggningen (medarbetarenkäten) i Region Stockholm. Enkäten innehåller frågor som avspeglar Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE). Att mäta patientsäkerhetskulturen ger en ögonblicksbild av hur patientsäkerheten upplevs på arbetsplatsen. HSE-frågorna besvaras av medarbetare som har direkt eller indirekt patientkontakt. Frågorna besvaras på en femgradig skala och svaren för de nio första frågorna omvandlas sedan till ett index på skalan 0–100.

Mål: Resultatenheterna ska följa upp resultatet från kartläggningen.

Resultat: SLSO:s HSE-index har ökat från 76 (2024) till 77,9. Kartläggningen visar förbättrat resultat för i princip samtliga frågor.



HSE-index samt svar på delfrågorna



HSE Övriga frågor. Utvalda kompletterande frågor.

Analys av resultat: Varje enhet erhåller resultat för OSA-kartläggning inklusive HSE-frågor för analys. Resultatet av mätningen ska användas som underlag för förbättringsarbete kring alla eller utvalda frågor och ska framgå i verksamhetens patientsäkerhetsberättelse samt i handlingsplan för patientsäkerhet. På intranätet finns material och tips på verktyg för att stärka säkerhetskulturen.

Åtgärd och uppföljning: SLSO följer det övergripande resultatet på HSE-enkäten.

Chefer och ledare har ett avgörande ansvar att skapa en god säkerhetskultur. Säkerhetskultur och arbete med HSE-resultatet är ett avsnitt på BAS-utbildning för nya chefer. Vid interna revisioner diskuteras enhetens resultat av HSE-enkäten samt utarbetade handlingsplaner med aktiviteter för stärkt säkerhetskultur.

Öppen kommunikation kring identifierade risker

SLSO strävar efter en patientsäkerhetskultur där alla medarbetare är observanta på och rapporterar risker och händelser samt ett öppet klimat där brister i systemet (i stället för individens misstag) står i fokus. Chefer och ledare ska uppmuntra till analys och reflektion. För att utveckla säkerhetsarbetet har många verksamheter mötesformer som stimulerar analyser och reflektion över resultaten, både de positiva och de negativa, där identifierade risker, inträffade vårdavvikelser och resultatet av vårdskadeutredningar kan diskuteras för att skapa en hög riskmedvetenhet hos alla medarbetare.

Exempel från verksamheterna:

- På Sabbatsbergsgeriatriken har säkerhetskulturen stärkts genom vidareutveckling av *Gröna Korset*, en daglig och visuell metod för att identifiera risker, följa åtgärder och förebygga skador. Arbets sättet involverar hela teamet och främjar lärande både av avvikelser och av det som fungerar väl. Metoden har även anpassats för nattarbete och för förstärkt utskrivning vid övergång till hemmet
- ASIH Stockholm Södra bedriver ett aktivt patientsäkerhetsarbete genom en patient- och medarbetarsäkerhetsgrupp, dagliga *Safety briefings* i alla team samt regelbundna risk- och händelseanalyser som återkopplas i verksamheten. Patientsäkerhet är en stående punkt i ledningsgruppen och chefer deltar i säkerhetsgruppen. Resultat från HSE-frågorna följs upp i ledning, samverkan och team och vid behov upprättas handlingsplaner som genomförs av chefer och medarbetare
- I Närakuternas systematiska patientsäkerhetsarbete finns ett upprättat årshjul för att i medarbetargruppen regelbundet lyfta och rapportera olika risker, tillbud och negativa händelser Årligen upprättas en lokal handlingsplan efter resultatet på OSA-kartläggningen för respektive närakut.
- På verksamhetsområde Psykiatrin och Habiliteringen arbetar enheternas patientsäkerhetsombud aktivt för att motivera medarbetare att våga prata om och göra avvikelser när risker upptäcks för att förebygga vårdskador.

Adekvat kunskap och kompetens



Alla som arbetar i hälso- och sjukvården behöver kompetens inom patientsäkerhet. Kompetens är kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Utöver yrkeskompetens inom områden som medicin, omvårdnad eller ledarskap, behöver de som arbetar inom hälso- och sjukvården även specifik kompetens om patientsäkerhet.

Kompetensförsörjning

En prioriterad aktivitet är fokus på att tydliggöra kompetensförsörjning som process i ledningsansvaret genom analys och uppföljning samt att beskriva och stärka SLSO:s arbetsgivarerbjudande. SLSO står fortsatt inför utmaningar med kompetensförsörjningen, särskilt när det gäller rekrytering och bibehållande av specialistutbildade sjuksköterskor och specialistläkare. Även behovet av andra yrkeskategorier är betydande, framför allt inom heldygnsvården och Primärvården. Under 2025 har verksamheterna inom SLSO fortsatt haft möjlighet att ansöka om medel för deltagande i projektet *Validering*, mot bakgrund av att undersköterska numera är en skyddad yrkestitel. Projektet avslutades under året och har utgjort ett positivt bidrag till den långsiktiga satsningen på undersköterskekompetens. Satsningen på specialistutbildning för sjuksköterskor och barnmorskor med bibehållen lön har fortsatt under 2025 i syfte att stärka den långsiktiga kompetensförsörjningen. Arbetet med att införa och vidareutveckla kompetensstegar har varit ett prioriterat område under året och en övergripande plan för förvaltningen har tagits fram med syfte att tydliggöra både det fortsatta arbetet framåt och hur uppföljnings ska ske. Trots att SLSO fortsatt har en lägre andel medarbetare placerade i kompetensstegar jämfört med övriga Region Stockholm har en ökning skett inom vissa yrkesgrupper.

Forskning, utbildning och kunskapsstyrning

I samverkan med Karolinska Institutet bedriver SLSO forskning och utbildning inom Primärvård, Geriatrik, Psykiatri, Somatisk specialistvård, Habilitering, Palliativ vård och folkhälsa samt inom kris- och katastrofpsykologi. Ett samarbete mellan vårdenheter och forsknings- och utvecklingsenheter (USV-enheter) sker kontinuerligt vilket möjliggör erfarenhetsutbyte och information om aktuella utbildningsinitiativ för medarbetare och arbetsgrupper. Kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete ingår som en viktig del av utvecklingsarbetet i vården. SLSO deltar aktivt i vårdens kunskapsstyrningssystem och flera medarbetare har uppdrag som experter till de nationell och regionala programområdena med syfte att skapa en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Varje år skrivs ett direktiv angående utbildningsuppdrag, fördelning och användning av Region Stockholms utbildningsmedel såväl inom Karolinska Institutets - Region Stockholms samarbetet som hälso- och sjukvårdsförvaltningens utbildningsmedel 2026. De genomförda aktiviteterna inom SLSO finns redovisade i ett utbildningsbokslut.

Utbildningar inom patientsäkerhet och förbättringsarbete

Chefläkare har även avstämningar gällande aktuella patientsäkerhetsfrågor i respektive ledningsgrupp. Riktade utbildningar inom något specifikt område (exempelvis patientssäkerhetsdialog eller säkerhetskultursutbildning i ledningsgrupp, på planeringsdag eller på APT) kan efterfrågas till chefläkare och/eller enhet Kvalitet och patientsäkerhet. I ledningssystemet för kvalitet och i det systematiska patientsäkerhetsarbetet ingår att arbeta med ständiga förbättringar. SLSO tillhandahåller utbildning som utgår från innovationsguidens modell för användardriven innovation/tjänstedesign.

Socialstyrelsens webbutbildning *Säker vård - nationell utbildning i patientsäkerhet* riktar sig till medarbetare och chefer i hälso- och sjukvården. Den är obligatorisk för chefer inom SLSO. Utbildningen kan göras individuellt eller i grupp samt innehåller övningar som lämpar sig för gruppdiskussion. Även

BAS-utbildningen är obligatorisk för chefer inom SLSO och har hållit vid fyra tillfällen under 2025. Avsnittet om patientsäkerhet omfattar exempelvis Socialstyrelsen handlingsplan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, säkerhetskultur, hantering av vårdavvikelser samt synpunkter och klagomål, vårdhygien, vårdrelaterade infektioner samt läkemedel.

En matris för utbildningar inom patientsäkerhet har utarbetats och finns tillgänglig på intranätet. Utbildningarna hålls av chefläkare och medarbetare på Enheten Kvalitet och patientsäkerhet. Information om utbildningar och anmälan skickas till verksamhetschefer för vidare förmedling inom respektive verksamhet. Under året har ca 200 medarbetare deltagit i flertalet patientsäkerhetsutbildningar; exempelvis:

- *Utbildning för lokal patientsäkerhetsorganisation* Utbildning för medarbetare som arbetar med att handlägga vårdavvikelser, besvara synpunkts- och klagomålsärende samt genomföra vårdskadeutredningar. Utbildningarna innehåller tips och information om proaktivt patientsäkerhetsarbete samt vikten av en god säkerhetskultur för att vården ska bli säker.
- *Utbildning i att utreda avvikande händelse i vården* Denna utbildning fokuserar på utredning av misstänkta vårdskador, samt lex Maria-anmälningar. Målgruppen är de medarbetare i verksamheterna som utreder vårdskador.
- *Nätverksträffar* Ett forum som möjliggör lärande och reflektion för medarbetare som arbetar med patientsäkerhetsfrågor.

Världshälsoorganisationen, WHO, har utsett den 17:e september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. Årets tema var *Säker vård för varje nyfödd och varje barn*. Dagen uppmärksammades med en nyhet och intervjuer på intranätet. Barnmorskemottagningarna berättade om sitt uppdrag att ge god vård till den gravida och det ofödda barnet och därigenom göra barnets start i livet så trygg och säker som möjligt. Det är ett arbete som påbörjas långt före födseln och som involverar många olika delar. Från BUP berättade delaktighetssamordnare och barnrättsombud om det strukturerade arbetet som utförs för att fånga upp synpunkter från barnen och vårdnadshavarna via patientforum, samtal och enkäter.

Utbildning i psykologiskt krisstöd, bemötande och krishantering

Regionalt kunskapscentrum kris- och katastrofpsykologi (RKK) är en verksamhet med ett regionalt uppdrag att utveckla hälso- och sjukvårdens förmåga att möta drabbade människors psykologiska behov såväl vid stora olyckor och katastrofer som i vardagssjukvårdens krissituationer. RKK bedriver ingen direkt patientnära vård utan är ett kunskapscentrum med uppdraget att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens i psykologiskt krisstöd, bemötande och krishantering, vilket indirekt förbättrar patientsäkerheten. Under året har RKK exempelvis genomfört övningar och utbildat vårdpersonal och krisstödjare inom såväl akutsjukhusen som inom SLSO:s egna verksamheter; Primärvård, Barn- och ungdomspsykiatri och Vuxenpsykiatri.

Exempel från verksamheterna:

- På Jakobsbergsgeriatriken finns yrkesöverskridande kvalitetsgrupper, vilka arbetar med vårdavvikelser eller patientsäkerhetsfrågor. Den vanligaste vårdavvikelsen är obevittnade fallolyckor. Aktivt arbete görs för att förebygga dessa med hjälp av riskbedömningar där åtgärder sätts in utifrån resultatet.
- Närakuterna arbetar fortlöpande med utmaningen att säkerställa en lika hög yrkeskompetens under hela öppettiden. Verksamheten har varje termin närakutsgemensamma utbildningstillfällen för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Medicinska sekreterare tillgodoses fortbildning via ett internt nätverk.
- ASIH Stockholm Södra har utbildat chefer och verksamhetsutvecklare i patientsäkerhet och projektledning inom komplexa system. Flera chefer och medarbetare har gått utbildning inom

risk- och händelseanalys. Patient- och medarbetarsäkerhetsgruppen samt samtliga chefer har gått Socialstyrelsens utbildning inom patientsäkerhet.

- Inom Somatisk specialistvård säkerställs medarbetarnas patientsäkerhetskompetens genom fortbildning, internutbildning och riktade kurser utifrån identifierade risker. Medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) och enhetschefer deltar löpande i patientsäkerhetsutbildningar, under året med särskilt fokus på *Säker vård* och SLSO:s egna utbildningar. Samarbete mellan MLA-grupp och chefläkare har stärkt avvikelsehanteringen. Ny och uppdaterad kunskap sprids systematiskt till medarbetare för att säkerställa en gemensam och aktuell kompetensnivå.
- Inom Hjälpmedel säkerställs kompetens inom patientsäkerhet genom obligatoriska utbildningar och riktad fortbildning. Under året har särskilt fokus legat på medicintekniska produkter, informationssäkerhet och regelverk.
- Akademiskt primärvårdscentrum (APC) har fortsatt sitt arbete med att tillhandahålla adekvat fortbildning till Primärvårdens medarbetare. Arbetet sker i samverkan med Regionalt programområde Primärvård samt läkemedelskommittéer. Centrala föreläsningar samt uppsökande verksamhet med informationsläkare/-apotekare är viktiga inslag. Centrala kompetensmedel har använts till externa utbildningsinsatser under året. Primärvårdens MLA-nätverk som leds av chefläkare har en central roll i arbete med att identifiera patientsäkerhetsrisker och undvikbara vårdskador.

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Patienten som medskapare



En grundläggande förutsättning för en säker vård, är patientens och de närståendes delaktighet. När patienter vet varför och på vilket sätt olika moment genomförs ökar sannolikheten för att vårdförloppet blir korrekt och att avvikelser uppmärksammas och åtgärdas. Patienten behöver få kvalitativ och anpassad information om sin vård och behandling. Delaktigheten utgår från patientens önskemål. En patient som ej önskar eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska ändå få anpassad vård.

Patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet

En ökad delaktighet för patienter och närstående är viktigt för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet och är nödvändigt för en fortsatt utveckling av vården. Vårdskadeutredningar har identifierat bristande involvering av närstående som en viktig faktor i händelseutvecklingen. På intranätet har sidan *Patienten som medskapare* skapats, där flera verktyg och stöd för hur personcentrerad vård och patientdelaktighet kan främjas finns tillgängligt.

Som en aktivitet i handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 har arbete pågått med ett förstärkt fokus på vikten av medverkan av patienter och närstående i vården. I början av året publicerades *Vuxna som närstående – övergripande anvisning för SLSO* och arbete har pågått med implementering. I anvisningen tydliggörs att närstående är en viktig resurs i vården, både för den enskilda patienten och för medarbetarna och att samråd ska ske med närstående om det inte är olämpligt. Arbete har även gjorts för att ta fram indikatorer för att kunna följa graden av personcentrering. Dock är det nationella arbetet med att ta fram dessa ännu inte klart, varför SLSO har valt att avvakta tills de nationella indikatorerna är klara. Detta för att kunna följa och göra nationella jämförelser.

Egenmonitorering

SLSO driver ett program för egenmonitorering. Ett av syftena med arbetet är att skapa förutsättningar för ökad delaktighet i vården för patienter och eventuella närstående. I de pilotprojekt som bedrivits inom ramen för programmet har patienter tagit ansvar för att registrera värden om sin hälsa och på olika sätt kommunicera kring dem med berörd vårdpersonal.

Tillvaratagande av synpunkter och klagomål från patient och närstående

Lärande och förbättringsåtgärder utifrån klagomål och synpunkter är en viktig del i verksamhetens förbättringsarbete. Patienter och närstående uppmanas att i första hand återkoppla direkt till verksamheten via 1177 e-tjänst, brev eller telefonsamtal. Varje verksamhet ansvarar för att utreda det som rapporterats och besvara anmälningarna. Klagomål och synpunkter kan även skickas till Patientnämnden (PaN) eller till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Under året har både sidorna för Synpunkter och klagomål på intranätet samt den övergripande anvisningen Synpunkter och klagomål reviderats och processerna förtydligats och kompletterats.

Patientenkäter

Patientenkäter av olika slag genomförs regelbundet i verksamheterna för att få mått på patienters upplevelse av information, trygghet och delaktighet. Dessa bidrar med information till lokala förbättringsarbeten utifrån de resultat som erhålls.

Samverkansråd och pensionärsråd

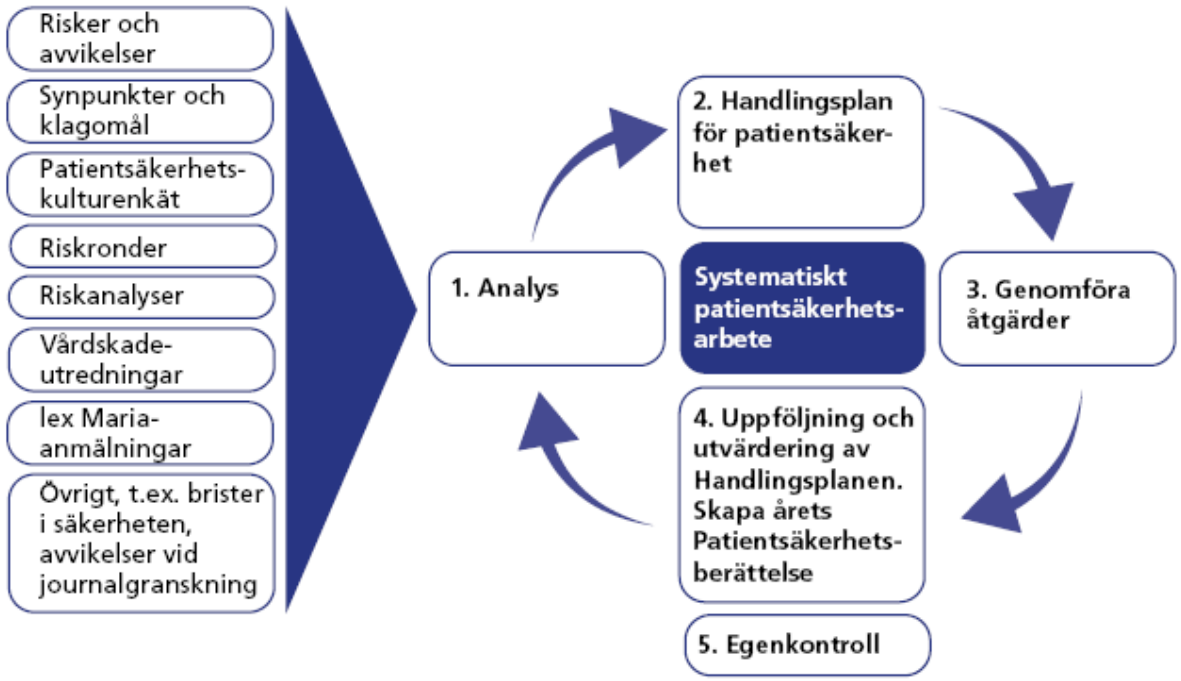
Sedan flera år hålls regelbundna möten med SLSO Samverkansråd och SLSO Pensionärsråd för samverkan med patient- och pensionärsorganisationer i frågor som rör SLSO:s verksamheter. Vid dessa möten utbyts information av olika slag. Information om aktuella förändringar diskuteras och råden bidrar med värdefulla synpunkter.

Exempel från verksamheterna:

- Den nystartade Osteoporosskolan på Sabbatsbergsgeriatriken är mycket uppskattad och en stor vinst för den enskilde patienten då vårdformen främjar individens delaktighet i sin vård och egenvård. Kognitiva mottagningen vid Jakobsbergsgeriatriken erbjuder individuellt samtalsstöd till patienter och närstående. Patienter med lindrig kognitiv störning erbjuds kurs för ökad förståelse och vardagsfungerande, och närstående erbjuds föreläsning om kognitiv sjukdom och stöd i närståenderollen.
- Inom ASIH erbjuds närståendesamtal vid inskrivning, ofta med digitalt deltagande. Tidig involvering ökar närståendes kunskap och underlättar rapportering av försämringar och avvikelser.
- Patienter och närstående är en integrerad del av Psykiatrins verksamhet och utvecklingsarbete. Varje verksamhet har minst en delaktighetssamordnare (DELSAM) med egen erfarenhet som patient eller närstående, vilka bidrar till vårdutveckling, kvalitet och patientsäkerhet. Arbetet utgår från anvisningen *Patienten som medskapare i personcentrerad vård* och stöds av samlad information på intranätet. Flera verksamheter använder även patientguider och mentorer med egen erfarenhet för att stärka delaktigheten. Patient- och närståenderåd (PoN) finns vid samtliga verksamheter samt på strategisk nivå, där dialog förs mellan föreningsrepresentanter och verksamhetsledning. Därutöver erbjuds patientforum inom heldygnsvården för att systematiskt ta tillvara patienters synpunkter. Under 2025 genomfördes 1 434 patientforum på 61 avdelningar med totalt 4 782 deltagare samt 145 närståendeforum med 306 deltagare.
- Inom Somatisk specialistvård integreras patientens perspektiv genom direkt dialog vid synpunkter och klagomål, men också genom direkt involvering i utvecklingsarbete. Verksamheten har en väl utvecklad samverkan med patientorganisationerna. Exempel är deltagande i *Diabetesdialogen* och medverkan av patientrepresentanter i utveckling av digital rådgivning. Patienternas delaktighet har bidragit till förtydligade rutiner, bättre flöden och ökat patientperspektiv, samtidigt som effekter på tillgängligheten följs upp och balanseras. Alla enheterna arbetar för ökad patientdelaktighet och transparens i vårdutvecklingen.
- Inom Primärvården och Närakuterna har standardiserade arbetssätt för patientdelaktighet fortsatt att implementeras, bland annat genom *Trygga råd* (safety-netting) kring vårdförlopp och när patienter ska kontakta vården på nytt.
- Inom Primärvården används den nationella patientenkäten för central och lokal uppföljning. Trots ibland låg svarsfrekvens används resultaten och patientkommentarer som underlag för förbättringsarbete
- För att stärka patientens delaktighet erbjuder alla Närakuter *Egenregistrering* vid ankomst. Registreringen som sker via *Alltid öppet* stärker patientens delaktighet genom att denne själv kan beskriva sina besvär inför besöket. Samverkan pågår med annan akutmottagning för att utveckla tjänsten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Patientsäkerhet handlar om att förhindra att patienter drabbas av undvikbara skador i samband med vård och behandling. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete samt ett ständigt lärande och förbättringsarbete. En säkrare vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete där arbete med att identifiera risker är en förutsättning. Till stöd för arbetet finns den övergripande anvisningen *Systematiskt patientsäkerhetsarbete* samt *Årsplanering för patientsäkerhetsarbete* på intranätet.



Exempel på verktyg

Underlag och data för uppföljning och utvärdering genom egenkontroll kommer från olika mätningar och källor. I verksamhetsplanen finns de mål och indikatorer som SLSO har särskilt fokus på.

Journalgranskningar

Kvalitetssäkring genom journalgranskning är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren har en skyldighet att regelbundet granska att medarbetarnas dokumentation i patientjournalen håller god kvalitet genom slumpmässiga kontroller. Vårdgivaren kan även initiera riktad journalgranskning vid specifika tillfällen exempelvis vid utredning av vårdavvikelser eller i samband med introduktion av nya medarbetare. I den övergripande anvisningen *Kvalitetssäkring och egenkontroll genom journalgranskning* beskrivs hur arbetet med journalgranskningen ska gå till och att varje verksamhet ska upprätta lokala rutiner för granskningarna samt presentera resultat av journalgranskningar i de lokala patientsäkerhetsberättelserna.

Vårdavvikelser

Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras och följs upp via avvikelsesystemet HändelseVis i syfte att förebygga identifierade risker. Nytt avvikelsesystem är upphandlat och kommer att införas under 2026. Ett stort förberedande arbete pågår inom de olika processerna både regionalt och inom SLSO.

Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna resultatenhetens resultat, samt

kontrollera att arbetet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i SLSO:s ledningssystem. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna resultatenheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen ska göras regelbundet med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra resultatenhetens kvalitet. Egenkontroller av kvalitetsdata följs regelbundet i verksamheten på enhets- och verksamhetsnivå. Verksamhetschefen är ansvarig för egenkontrollens utförande samt återföring till medarbetare på enheten. Egenkontroll sker även övergripande genom till exempel internkontrollplan och internrevisioner.

Egenkontrollen kan innefatta:

- material från SLSO:s utdatarapporter som finns tillgängliga på intranätet
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- rapporter från verksamheternas årliga läkemedelskvalitetsgranskning
- resultat av patientenkäter
- granskning av patientjournaler
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- analys av synpunkter och klagomål från patienter och närstående
- stickprovskontroller av följsamhet till lokala rutiner

Patientenkäter, synpunkter och klagomål

Patienternas synpunkter utgör en viktig källa för kontinuerlig förbättring av vården. Genom att delta i olika undersökningar får de en möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och svara på frågor om sin vårdupplevelse. Patienternas uppfattning undersöks via nationella patientenkäten (NPE). Patienter och närstående kan även lämna feedback via 1177, Patientnämnden (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De inkomna synpunkterna används aktivt för att förbättra vården och ger även möjlighet att jämföra sig med andra vårdgivare. Dessa synpunkter utgör en grund för styrning och ledning inom verksamheten.

Kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)

I den årliga kartläggningen av organisatorisk och social arbetsmiljö ingår frågor om Hållbart Medarbetarengagemang (HME) samt frågor rörande patientsäkerhetskulturen; Hållbart säkerhetsengagemang (HSE).

Kvalitetsregister

Rapportering till nationella kvalitetsregister pågår i vårdverksamheten utifrån relevans för vårduppdraget. Inrapportering sker oftast enligt en automatiserad tjänst från journalsystemet. Förbättringsarbeten i verksamheten använder data ifrån nationella kvalitetsregister men även från SLSO:s framtagna utdatarapporter. Utdata finns framtaget utifrån TakeCare-data för olika relevanta vårdprocesser inom de olika verksamhetsområdena. Medarbetare deltar på olika nivåer i utvecklingsarbete med stöd av olika kvalitetsregister och erfarenheter återförs till verksamheten och implementeras.

Vårdrelaterade infektioner

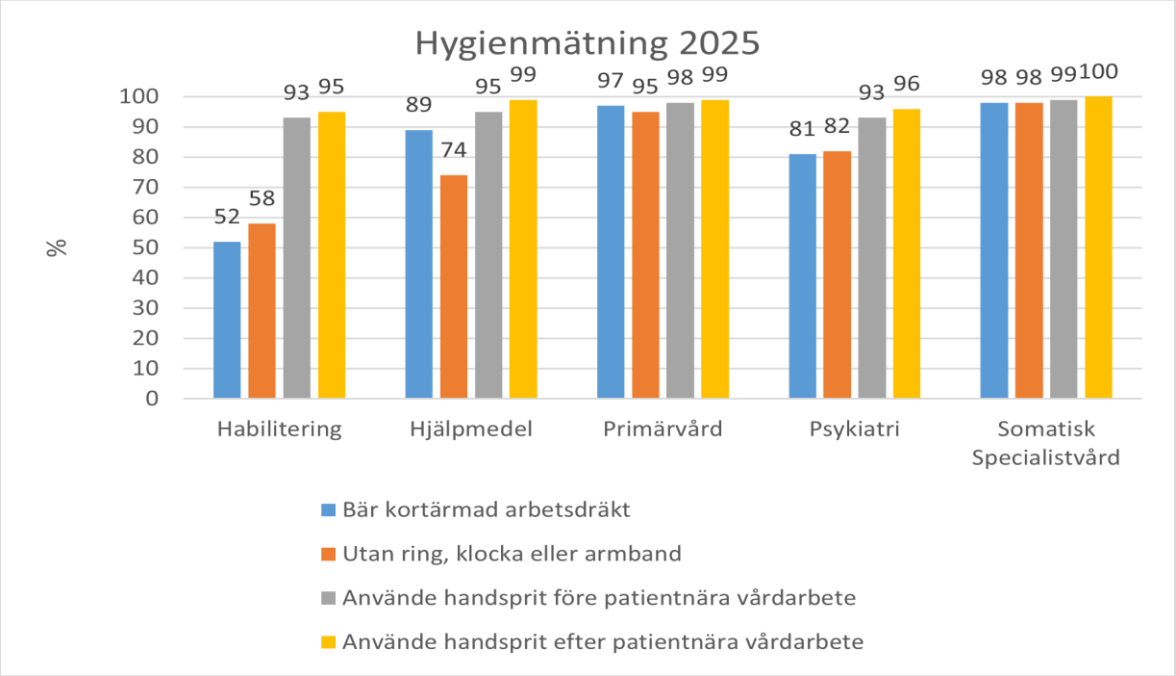
SLSO:s verksamheter utgår från Region Stockholms handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) inom hälso- och sjukvården. VRI följs genom rapporter via det nationella IT-stödet *Infektionsverktyget*, som ASIH, slutenvårdsgeriatriken och heldygnspsykiatrin är anslutna till. I verktyget fångas antibiotikaordinationer som görs i journalsystemet. Genom detta finns tillgång till en stor mängd data att inhämta kunskap från. Förekomst av VRI redovisas genom delrapporter som tas fram två gånger per år. Sedan införandet av nya mätmetoden 2022 har VRI-siffrorna för ASIH och geriatrik successivt sjunkit. VRI-siffror för psykiatri är stationära på en låg nivå.

Verksamhet	Andel patienter med VRI, januari-juni 2025	Andel patienter med VRI, juli-december 2025
ASIH	2,6 procent	4,1 procent
Geriatrik	5,6 procent	5,5 procent
Psykiatri	0,4 procent	0,4 procent

Ett övergripande arbete görs inom ramen för det avtalsbaserade samarbetet med Vårdhygien Stockholm, som under 2025 har innefattat undervisning, rådgivning och stöd för kvalitetssäkring av den vårdhygieniska standarden. Flera verksamhetsbesök har gjorts för att optimera ett patientsäkert flöde och anpassning av lokaler. Råd och rekommendationer har getts till verksamheterna om bland annat rengöring, desinfektion och slutstädning, anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB), luftvägsinfektioner och calicivirus. Geriatrikens läkare har fått riktade utbildningsinsatser om VRI och validering av data från *Infektionsverktyget*. Slutligen har underlag för vårdhygienisk egenkontroll (VEK) tagits fram för att användas i SLSO:s verksamheter inom både öppen- och slutenvård. Egenkontrollen rekommenderas genomföras på resultatenhetsnivå en gång per år och resultatet hanteras inom ramen för det lokala systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Basala hygienrutiner och klädregler

Den viktigaste åtgärden för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning inom vården är en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK). SLSO genomför varje höst en egen webbaserad självskattning av följsamhet till BHK. Enkäten besvaras av medarbetare i vårdnära arbete. Syftet med självskattningen är främst att uppmuntra medarbetare till reflektion över sitt eget beteende och verksamhetens arbetssätt. Redan under 2020 sågs ett tydligt förbättringsarbete kring BHK för hela SLSO till följd av covid-19-pandemin och den då uppnådda nivån avseende följsamhet till BHK har sedan dess bibehållits. Årets hygienmätning visar att BHK följs på i stort sett oförändrad nivå inom Habilitering, Hjälpmedel, Primärvård, Psykiatri samt Somatisk specialistvård jämfört med föregående år.



Ett övergripande arbete görs inom ramen för det avtalsbaserade samarbetet med *Vårdhygien Stockholm*. Råd och rekommendationer har givits till verksamheterna kring vårdhygieniskt arbetssätt och flöden. I samband med verksamhetsbesök har dessutom råd och rekommendationer givits om basala hygienrutiner och arbetssätt för att förhindra smittspridning, till exempel desinfektion av arbetsytor och medicintekniska produkter samt lagerhållning av sterila och icke sterila produkter. Utbildningsinsatser har gjorts angående följsamhet till BHK. Slutligen har ett vårdhygieniskt quiz tagits fram och distribuerats till samtliga verksamhetschefer. Quizet är publicerat på intranätet och kan göras både enskilt och i grupp.

Sedan 2023 gör alla verksamheter som tillägg en egen mätning, med utgångspunkt från ett självskattningsformulär som *Vårdhygien Stockholm* utarbetat. Mätningen görs vid lämplig tidpunkt under året, dock ej samtidigt som SLSO:s Hygienenkät. Formuläret kan kompletteras med verksamhetsspecifika frågor. Resultaten analyseras på verksamhetsnivå och redovisas i de lokala patientsäkerhetsberättelserna.

PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Bedömning av vårdskador

Alla medarbetare uppmanas att rapportera vårdavvikelser i avvikelsesystemet HändelseVis. Ansvarig chef (eller annan utsedd funktion) bedömer rapporterade vårdavvikelser och klassificerar händelsen. I avvikelsesystemet finns möjlighet för handläggaren att göra en vårdskadebedömning. 944 vårdavvikelser (27 procent av de vårdavvikelser som klassificerats som negativ händelse) har bedömts som vårdskada. Cirka hälften av de negativa händelserna saknar vårdskadebedömning, vilket ofta beror på att det är ofta svårt att bedöma om händelsen var undvikbar eller inte. Det behövs också en god kunskap om patientsäkerhet och en god säkerhetskultur hos chefer som handlägger vårdavvikelser. Patienters och närståendes synpunkter och klagomål samt patientärenden är andra fångstverktyg där allvarliga händelser kan identifieras och leda till att utredningar görs.

Utredningar

Om den rapporterade händelsen indikerar att en patient drabbats av en vårdskada ska händelsen utredas för att klargöra om händelsen var undvikbar och därmed per definition en vårdskada. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar igen. Efter utredningen genomför vårdgivaren lämpliga åtgärder, följer upp dem och sprider kunskapen för att hindra att liknande händelser inträffar igen. Även om utredningen visar att patienten inte drabbats av en vårdskada kan resultatet och erfarenheterna ändå användas i verksamheten inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. *Utredning och analys av avvikande händelser och misstänkta vårdskador samt anmälan enligt lex Maria – övergripande anvisning för SLSO*, och tillhörande rapportmallar har under året reviderats och bearbetats. I anvisningen beskrivs processen kring hur misstänka vårdskador ska utredas, vilka dokument som ska användas och hur en eventuell anmälan enligt lex Maria ska göras. Verksamhetschefen ansvarar för att vårdskadeutredningar genomförs.

Lex Maria

Vårdskadeutredningen bedöms av chefläkare för ställningstagande till om händelsen medförde, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och beslutar i så fall om anmälan enligt lex Maria. Patienter och/eller närstående ska alltid erbjudas att delta vid utredningar. Patienter och/eller närstående bidrar ofta med synpunkter och frågeställningar, vilket skapar ett bredare perspektiv på analysen. Återkoppling till patient/närstående ska ges efter avslutad utredning med information om vilka åtgärder som vidtagits. Efter avslutad vårdskadeutredning och anmälan enligt lex Maria följer verksamheterna upp om genomförda åtgärder fått avsedd effekt.

Som en aktivitet i handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 har insatser gjorts för att öka standardiserad uppföljning av lex Maria-ärenden per verksamhetsområde samt återkoppling kring allvarliga vårdskador. Alla lex Maria-ärenden kategoriseras nu utifrån nyckelord vilket innebär förbättrad möjlighet till statistik. Återkoppling gällande inträffade vårdskador har skett till verksamhetsområdena via ledningsgrupper, nätverksträffar och vid olika utbildningstillfällen.

Under 2025 bedömde chefläkare 279 vårdskadeutredningar för ställningstagande till anmälan enligt lex Maria. Av dessa vårdskadeutredningar anmäldes 135 enligt lex Maria. I utredningarna noteras brister i samverkan, oklarheter i ansvarsfördelning och brister i närståendekontakt som återkommande problem. Arbete pågår för att öka kännedom och följsamhet till den övergripande anvisningen *Vuxna som närstående* samt att öka antalet gemensamma utredningar där flera av SLSO:s verksamheter är inblandade för att stärka samverkan. Utifrån analys av inträffade vårdskador har en specifik satsning pågått under 2025 med tre välbesökta digitala workshops kring *Ordination och Läkemedelshantering inklusive delegering*.

Anmälda lex Maria-ärenden			
Verksamhetsområde	**2023**	**2024**	**2025**
Akademiskt specialistcentrum	1	0	X
Geriatrik/ASIH	2	0	1
Habilitering och hälsa	0	0	X
Hjälpmedel*	X	X	0
Närakuter	5	8	4
Primärvård	27	29	31
Psykiatri	86	87	X
Psykiatri och Habilitering*	X	X	99
Somatisk specialistvård*	X	X	0
SLSO totalt	**121**	**124**	**135**

* = I slutet av 2024 gjordes en organisationsförändring, vilket gör att siffrorna över åren inte är helt jämförbara.
X = Inga resultat, då verksamheten ingår i ett större verksamhetsområde.

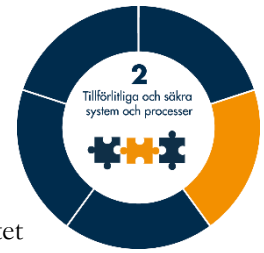
Anmälan av brister i säkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 6 § ska anmälan till IVO göras om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Exempel på brister i säkerheten är patient som utövar våld mot medpatient eller patient som avviker. Till anmälan bifogas en utredning där vidtagna åtgärder framgår. Verksamhetschefen är anmälningsansvarig. År 2025 gjordes 9 anmälningar om brister i säkerheten.

Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 § ska vårdgivaren anmäla till IVO då det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Dessa ärenden är ofta komplexa och utreds gemensamt med alla inblandade aktörer. Chefläkare är anmälningsansvarig enligt SLSO:s delegationsordning. Under året har en nyskapad sida på intranätet samlat information och instruktioner som stöd i processen. År 2025 gjordes 10 anmälningar.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Produktions- och kapacitetsstyrning

Produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) är en strategisk process för att matcha vårdens resurser (personal, utrustning, lokaler) med patienternas behov, vilket säkerställer god kvalitet och tillgänglighet genom att balansera kapacitet och efterfrågan. Det SLSO-övergripande arbetet kring PKS har under 2025 innefattat en övergripande kartläggning av PKS-arbetet inom SLSO; en högnivåinventering av vad begreppen produktion och kapacitet innebär för olika verksamhetsområden och framtagande av förslag för nästa steg i arbetet. Lokalt inom respektive verksamhetsområde har mer detaljerade aktiviteter kopplade till PKS bedrivits då verksamheterna kommit olika långt i sin implementering.

Gemensamma processer

På intranätet finns ämnessidor för övergripande vårdprocesser, läkemedel och patientsäkerhet med övergripande anvisningar, informationstext, checklistor, olika verktyg samt relevanta kontaktpersoner. Informationen kompletteras med månadsbrevet *Svepet* till chefer.

Trygga råd

Som en aktivitet i handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 har insatser pågått för att stödja användningen av arbetssättet med *Trygga Råd* (safety-netting) för att öka patientdelaktighet och minska risken för vårdskador föranledda av diagnostiska förseningar. Webbutbildningen på Lärtorget har använts, framför allt av medarbetare på Närakuterna. Material för att stödja användning av *Trygga råd* har lagts upp på intranätet där en ny ämnessida *Verktyg och metoder - patientsäkerhet* har skapats. Specifika termer som *Förväntat förlopp* och *Kontakta vården om* finns i många journalmallar vilket underlättar dokumentationen och möjliggör information som patienten kan ta del av via 1177 Journalen.

Generisk modell för omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar

SLSO arbetar för att utveckla en generisk modell för omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar inom SLSO:s vårdcentraler. Modellen ska utgå ifrån rådande kunskapsstöd och utgöra en beskrivning av en generisk process som stöttar ett effektivt individualiserat omhändertagande. Modellen ska också inkludera patientens perspektiv och ge möjlighet till ökad delaktighet i sin vård. En generisk modell för omhändertagande för patienter med kroniska sjukdomar förväntas kunna bidra till ökad kvalitet genom förbättrad arbetsmiljö, optimerad användning av resurser – bättre möjligheter att prioritera rätt aktivitet för rätt patient med bibehållen vårdkvalitet, samt ökad tillgänglighet och delaktighet för patienter – bidra till att stärka patienten som medskapare i sin egen vård.

Suicidpreventivt arbete

Psykiatrin har gemensamma anvisningar för suicidprevention och åtgärder vid suicid i vården, i linje med Region Stockholms strategi. Medarbetare får stöd genom kunskapsstöd, utbildningar och en processkarta som följs upp med mätetal. Stöd erbjuds även till närstående efter suicid. Inom Habiliteringen får nya medarbetare årlig utbildning om suicidnära patienter och screening för psykisk ohälsa, utifrån lokala rutiner. Syftet är att öka kunskap om risk- och skyddsfaktorer samt att identifiera och hänvisa patienter till rätt vård. Habiliteringen arbetar också hälsofrämjande för att stärka skyddsfaktorer och förebygga psykisk ohälsa.

Process för cancerrehabilitering

Inom Centrum för cancerrehabilitering har en större gemensam process implementerats för att säkerställa att rehabiliteringsinsatser är relevanta, patientsäkra och grundar sig på evidens och/eller beprövad erfarenhet. Processen utgår ifrån åtta olika områden för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet: patienternas behov, evidens och/eller beprövad erfarenhet, patientsäkerhetsrisker, behov av klinisk kompetens, resursåtgång, arbetsmiljörisker, etiska ställningstaganden och patient- och närståendedelaktighet.

Säker läkemedelshantering

Säker läkemedelshantering – ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition, förvaring samt kassation av läkemedel – är en förutsättning för att patienter ska få rätt läkemedel i rätt dos och vid rätt tid. För att stärka efterlevnaden av gällande regelverk har sjukhusapoteksfunktionen, som ingår i Enheten Kvalitet och Patientsäkerhet inom SLSO, reviderat den övergripande anvisningen för ordination och hantering av läkemedel. Som en del av handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 genomfördes tre webbinarier inom området *säker ordination och läkemedelshantering*, ledda av chefläkare, farmaceuter, medicinskt sakkunnig läkare samt medarbetare från digitala tjänster. Webbinarierna visade sig vara ett effektivt sätt att nå verksamheterna och riktade sig till chefer, läkemedelsansvariga sjuksköterskor och MLA. Totalt deltog cirka 250 medarbetare och engagemanget var stort med många frågor och reflektioner.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Målet med läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Metoden innebär en strukturerad kartläggning och uppföljning av patientens samtliga läkemedel där man omprövar indikation, dosering och behandlingsresultat i förhållande till patientens individuella förutsättningar. Syftet är att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel läggs maskinellt i dospåsar, där varje påse motsvarar en patients dos vid ett tillfälle. Syftet är att öka patientsäkerheten och underlätta arbetet för vårdpersonalen. Dosdispensering används både inom öppenvård och slutenvård. Slutenvårdsdos används främst inom ASIH och geriatriken, samt på ett fåtal enheter inom psykiatrin. Under 2025 infördes slutenvårdsdos på två ytterligare psykiatriska enheter inom SLSO. Ordinationer av slutenvårdsdos görs och skickas i TakeCare. Ordinationer av öppenvårdsdos görs i TakeCare och förskrivningar i Pascal. Kunskap om ordination och förskrivning i systemen TakeCare och Pascal är ett högprioriterat område. Dokumentet *Läkemedel öppenvårdsdos - anvisning för SLSO* togs fram under 2025 och gäller för hela SLSO.

Antibiotikaförskrivning

Antibiotikaresistens är ett allvarligt hot mot folkhälsan och drivs delvis av felaktig antibiotikaanvändning. För att bromsa resistensutvecklingen finns ett nationellt patientsäkerhetsmål om högst 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare. I Region Stockholm har antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare minskat långsiktigt sedan 1993, med en tillfällig kraftig nedgång under covid-19-pandemin följd av återgång till tidigare nivåer. Mellan 2024 och 2025 minskade antalet uthämtade antibiotikarecept i Region Stockholm från 271 till 259 per 1 000 invånare, vilket motsvarar en nedgång med 4,7 procent. Utvecklingen ligger i linje med den nationella trenden, där förskrivningen under samma period sjönk från

271 till 256 recept per 1 000 invånare. Inom SLSO följs antibiotikaanvändningen genom ett särskilt kvalitetsmått som avser antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 listade patienter vid vårdcentraler, vilket inte helt kan jämföras med siffrorna ovan. Under 2025 ökade antalet något till 110 recept per 1 000 listade patienter, vilket motsvarar en ökning med 1,9 procentenheter jämfört med 2024. Orsaken till ökningen kommer att undersökas under 2026.

Medicinsk teknik

SLSO har bedrivit ett omfattande arbete inom det medicintekniska området och målet har varit att vidareutveckla förmågan att leverera trygg och effektiv vård inom hela organisationen. Arbetet har utgått från nuläget och identifiering av områden med störst förbättringspotential för att säkerställa uppfyllnad av gällande regelverk samt ökad kvalitet och patientsäkerhet. En central del har varit att förbättra rutiner genom hela den medicintekniska produktens livscykel. Genom att arbeta systematisk med anskaffnings-, driftsättnings- och avvecklingsprocesser möjliggörs att rätt produkt används på rätt plats.

För att öka kunskap och medvetenhet om den medicintekniska produkten där den används har arbetet påbörjats med att utse ansvariga personer på enhetsnivå i hela organisationen. Detta säkerställer att medarbetare som arbetar med produkten har rätt kompetens för säker och korrekt användning. Information kring lagstiftning och behov av lokala rutiner har varit en annan viktig del av arbetet. Genom att tydliggöra ansvar och skapa en gemensam förståelse har verksamheten fått bättre förutsättningar att utveckla rutiner som stärker kvaliteten och ökar patientsäkerheten vid användning av medicintekniska produkter.

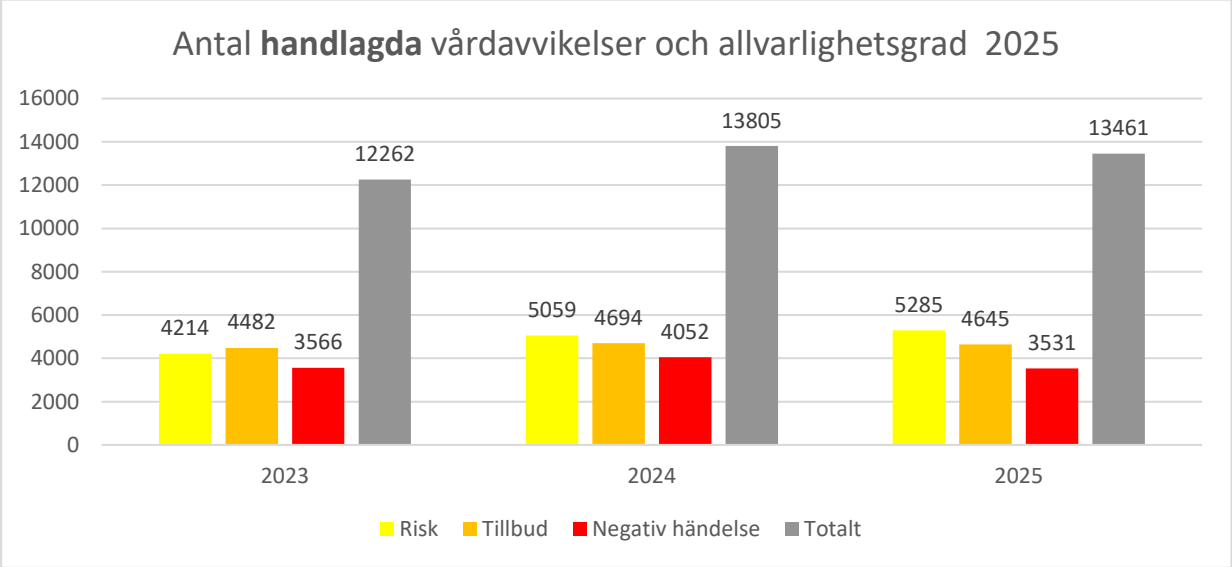
Verksamhetsområde Hjälpmedel har fortsatt att utveckla arbetet med vårdavvikelser kopplade till medicintekniska produkter med förbättrad dokumentation och uppföljning. Handläggningstider i HändelseVis har minskat, vilket stärker lärande och återkoppling.

Säker vård här och nu



Riskhantering

Riskinventering, riskanalys och riskhantering är grunden för ett effektivt patientsäkerhetsarbete. Risker kan identifieras vid riskronder, riskanalyser och i det dagliga arbetet. Enheterna genomför riskanalyser och tar fram handlingsplaner baserade på exempelvis avvikelserapporter, klagomål och synpunkter. Inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet engageras medarbetare i arbetet med risker. Totalt har 15 703 vårdavvikelser rapporterats och 13 461 vårdavvikelser har handlagts i avvikelsesystemet *HändelseVis* under året. Vårdavvikelserna bedöms utifrån allvarlighetsgrad; 39 procent av vårdavvikelserna har handlagts som en *risk* och övriga vårdavvikelser har bedömts som *tillbud* eller *negativ händelse*.



Risk- och avvikelserapporter diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar, i ledningsgrupper, i patientsäkerhetsgrupper och på professionsmöten. Åtgärdsförslag tas fram i syfte att minimera alternativt eliminera risker, tillbud och negativa händelser. I *HändelseVis* finns möjligheter att ta ut statistik för djupare analyser av större mängder data. Varje verksamhet redovisar resultat, åtgärder, uppföljning samt vilka förbättringar de gjort eller planerar att utföra kommande år i sin lokala patientsäkerhetsberättelse. Vid patientsäkerhetsutbildningar samt BAS-utbildning för chefer erhåller deltagarna information om olika metoder kring riskförebyggande patientsäkerhetsarbete.

Utmönstring av lågvärdevård och arbete med Kloka Kliniska Val

Under 2025 har Region Stockholm intensifierat arbetet med att fasa ut lågvärdevård och införa kloka kliniska val som ett projekt, vilket också var en aktivitet i handlingsplanen för patientsäkerhet 2025. Arbetet grundar sig bland annat på riktlinjer och rekommendationer från Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet. Lågvärdeinsatser innebär tester, undersökningar och behandlingar som utifrån aktuell forskning visar låg eller ingen nytta för patienten. Inom alla verksamhetsområden har ett arbete genomförts för att identifiera lågvärdeinsatser och planera för hur dessa ska utmönstras. Genom att fasa ut dessa insatser frigörs resurser till vård som verkligen gör skillnad för patienternas hälsa. Ett bra exempel är det arbete som gjorts med att minska onödig antibiotikaförskrivning. Här har vården också lyckats att få patienterna delaktiga, vilket är en nyckel till framgång. På ett övergripande plan finns det flera nyttoaspekter i detta arbete. På samma sätt som det krävs implementeringsarbete för att införa något nytt, krävs det aktiva och genomtänkta insatser för att fasa ut något. För att stötta verksamheter med

utmönstring av lågvärdeinsatser har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) tagit fram ett metodstöd för utmönstringsprocessens olika faser.

Säker materialförsörjning

SLSO har under året arbetat för att säkerställa att nå målet med lagerhållning motsvarande två veckors normalförbrukning av medicintekniska förbrukningsvaror i enlighet med uppdrag i budget. SLSO har valt att lösa detta genom att samtliga verksamheter ska ha lokalt lager för två veckors normalförbrukning. Arbetet startade med att se över sortimentet och bestämma standardsortiment inom varje verksamhetsområde. Fördelen med ett gemensamt sortiment är flera; förenklad lagerhållning av rätt produkter, minskade felbeställningar, effektiviserat arbetet för beställarna, underlättar lån av produkter mellan verksamheterna vid bristsituationer. I och med lagerhållningen för två veckors normalförbrukning blir verksamheterna mindre känsliga för temporära störningar i leveranserna.

Säker läkemedelsförsörjning

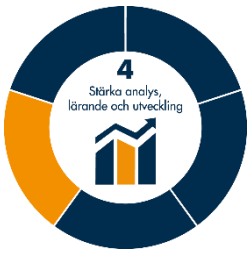
Enligt lag och föreskrifter ansvarar vårdgivaren för att organisera och säkra tillgången till läkemedel och ska för detta ändamål ha en sjukhusapoteksfunktion. En stor utmaning i läkemedelsförsörjningen är restnoteringar, det vill säga när läkemedelsföretag inte kan leverera läkemedel så att tillgång möter efterfrågan. Sjukhusapoteksfunktionen stödjer verksamheterna genom generella licenser, vilket möjliggör internationell anskaffning av läkemedel. Under 2025 beviljades 26 generella övergripande licenser av Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket genomförde under året en planerad inspektion av läkemedelsförsörjningen inom SLSO i enlighet med gällande föreskrifter. Inga kritiska eller större avvikelser identifierades. En mindre avvikelse rörande kännedom om interna transporter av läkemedel noterades. Sjukhusapoteksfunktionen följde upp hanteringen på berörda närsjukhus och säkerställde korrekt läkemedelshantering från godsmottagning till mottagande enhet. Vidtagna åtgärder bedömdes som godtagbara av Läkemedelsverket.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

En extern, årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering syftar till att stödja det systematiska förbättringsarbetet och är obligatoriskt för alla enheter. En åtgärdsplan togs fram i samråd med den externa kvalitetsgranskaren i slutet av 2024 för att öka följsamheten. Under 2025 har 278 av cirka 400 läkemedelsenheter inom SLSO granskats vilket är en ökning med 60 procent jämfört med 2024. Granskningarna identifierade flera förbättringsområden inom läkemedelshantering, främst gällande dokumentation av ordination och administrering, delegering av läkemedelshantering samt övervakning och dokumentation av temperaturer i läkemedelsrum och kylskåp.

Stärka analys, lärande och utveckling

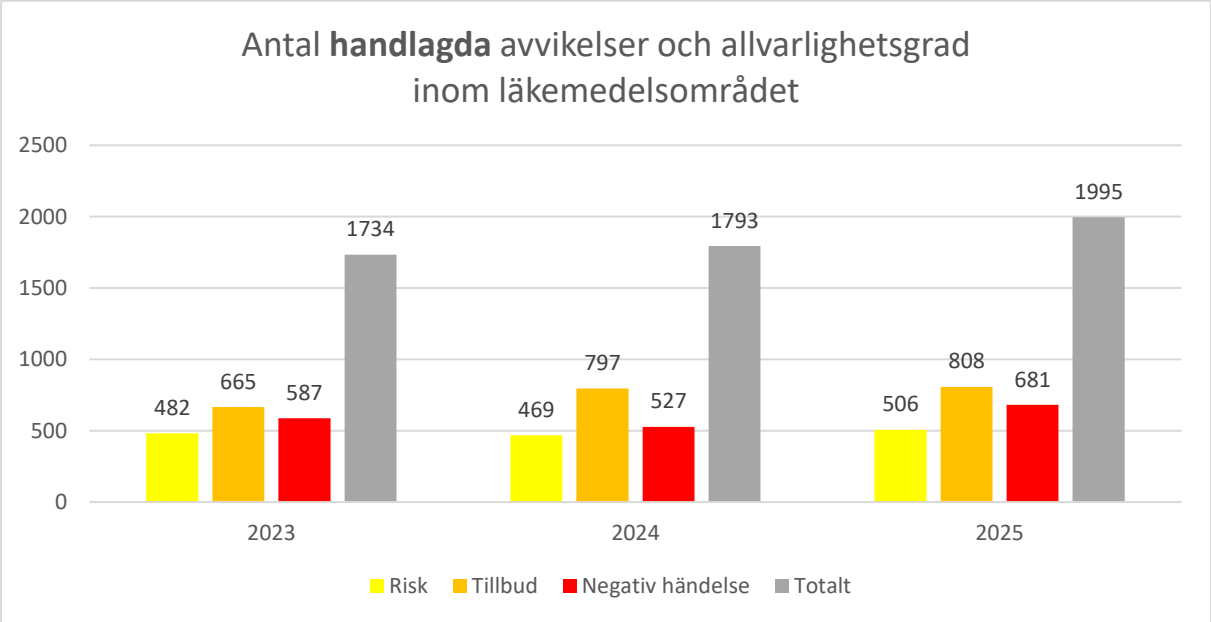


Vårdavvikelser

Grunden i patientsäkerhetsarbetet är att medarbetare uppmärksammar och rapporterar risker och avvikelser från ordinarie händelseförlopp. Målet är att, efter analys av händelsen, ha identifierat åtgärder som kan minska risker och förebygga vårdskador. Beslut om föreslagen åtgärd och uppföljning fattas av ansvarig chef. De händelser som resulterat i vårdskadeutredningar lämnas till chefläkare för bedömning om händelsen ska anmälas enligt lex Maria. Under 2025 rapporterades 15 703 vårdavvikelser, vilket är en ökning med drygt sju procent jämfört med 2024. Totalt har 13 461 vårdavvikelser (86 procent) handlagts och klassificerades. De flesta vårdavvikelserna har klassificerats inom områdena *Dokumentation/informationsöverföring, Behandling/omvårdnad* samt *Läkemedel*, vilket är liknande fördelning som förra året. Vid analysen av händelserna anges främst *Procedurer/rutiner/riktlinjer* som orsak till vårdavvikelsen vilket både kan innebära att procedurer/rutiner/riktlinjer saknas, är bristfälliga eller ej kända för de involverade medarbetarna. Flera orsaker per vårdavvikelse kan väljas.

Granskning av läkemedelsavvikelser

De flesta läkemedelsavvikelser rör fel i läkemedelshanteringen. Risker och avvikelser rapporteras i *HändelseVis* och följs upp för att identifiera möjliga förbättringsområden. Det totala antalet rapporterade risker och avvikelser för läkemedelsområdet visar en svagt ökande trend. Det kan finnas rapporter för 2025 som ännu inte har handlagts och där bedömning fortfarande pågår.



ASIH: Antalet avvikelser inom ASIH är lågt i förhållande till det totala antalet patienter. Under 2025 har de vanligaste avvikelserna inom ASIH gällt iordningställande och administrering. Flest avvikelser gäller fel läkemedel, fel styrka, fel dosering samt utebliven eller felaktigt dokumenterad administrering. Problem med dosrullar har förekommit, ofta med felaktigt innehåll eller beställningar till fel patient.

Medicinska plåster och pumpar utgör en särskild kategori av återkommande avvikelser. Plåsterfel handlar främst om kvarvarande gamla plåster och glömda byten, medan pumpar ofta har felaktig hantering och rapportering av bolusdoser.

Geriatriken: Under året har det återkommit flera typer av fel vid läkemedelsadministrering. Vanligast är fel läkemedel, fel styrka, dubbel dos eller missad dos. Exempelvis förekommer felaktig administrering av insuliner och opioider flera gånger, vilket tyder på att högriskläkemedel ofta är involverade. Andra återkommande problem är försenad administration och fel beredningsform

Många avvikelser sker i samband med patientens hemgång. Vanligt förekommande är missat utfärdande av recept, ouppdaterade förskrivningar i Pascal och saknade beställningar av dosdispenserade läkemedel.

Psykiatri: Under året har ett stort antal läkemedelsrelaterade avvikelser rapporterats inom psykiatrisk verksamhet. Avvikelser kopplade till läkemedelsadministrering utgör nästan hälften av samtliga läkemedelsavvikelser och är därmed den största avvikelsekategorin. Återkommande fel avser fel patient, fel läkemedel, fel dos eller styrka, utebliven eller dubbel dos samt bristande eller felaktig signering.

Depotinjektioner utgör ett särskilt riskområde, med frekventa avvikelser kopplade till missad eller felaktig administrering samt bristande planering. Under 2025 har dessutom en långvarig brist på depotinjektionen Zypadhera medfört betydande utmaningar för både patienter och personal. Även avvikelser i samband med övergångar i vårdkedjan är vanliga och omfattar bland annat uteblivna uppdateringar i Pascal, bristande receptförnyelser samt svårigheter vid inskrivning, utskrivning och permission. Narkotikahantering utgör ytterligare ett återkommande förbättringsområde, där avvikelser främst rör narkotikasvinn samt brister i dokumentation och förvaring.

Primärvård: Två viktiga kategorier av avvikelser berör framför allt hemsjukvårdspatienter: avvikelser vid iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel, framför allt när tredje part är inkopplad (hemtjänst eller vårdgivare som anlitas på kvällar och helger), samt avvikelser på grund av att förskrivningar i Pascal inte överensstämmer med ordinationer i Läkemedelsjournalen i TakeCare.

Målet för 2026 är fortsatta månatliga genomlysningar av avvikelser inom läkemedelsområdet samt rapportering till verksamhet och chefläkare då risker identifierats. Vid återkommande avvikelser hos en och samma enhet ska sjukhusapoteksfunktionen även ta kontakt med enhetschef för att uppmärksamma säkerhetsrisken samt se om det behövs ytterligare stöd från Enheten Kvalitet och Patientsäkerhet.

Läkemedelsbiverkningar

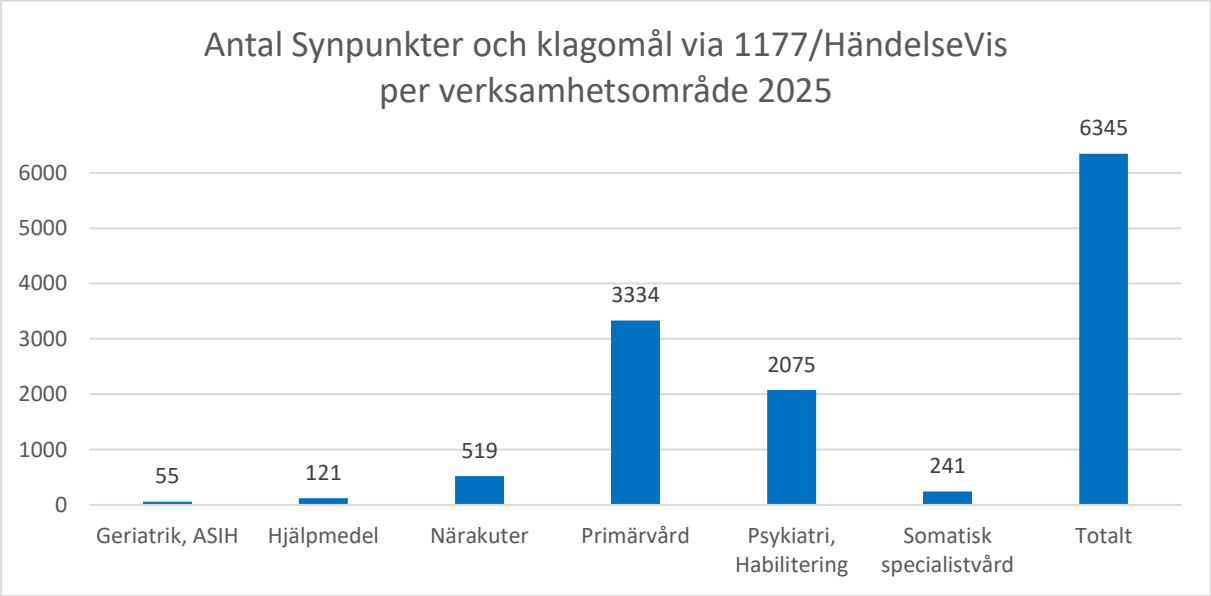
För att öka rapporteringsgraden av läkemedelsbiverkningar till Läkemedelsverket finns utbildningsmaterial och en övergripande anvisning tillgänglig på intranätet. Fokus inom biverkningsrapportering för läkemedel är allvarliga läkemedelsbiverkningar, samtliga oförutsedda biverkningar, samt biverkningar som verkar öka i frekvens. Redan misstanken om en läkemedelsbiverkning ska rapporteras, den behöver inte vara utredd eller bekräftad.

Nationella läkemedelslistan (NLL)

Under 2025 har fokus legat på informationsspridning till verksamheterna om åtkomst via TakeCare till information i NLL om patientens förskrivna och uthämtade läkemedel. I samarbete med Verksamhetsstöd Digital Hälsa utarbetades en dialogmodul, *Åtkomst och spärrar i NLL*, som kan visas på APT och fungera som underlag för framtagande av lokala rutiner.

Synpunkter och klagomål

Verksamheterna använder patienternas synpunkter och klagomål i förbättringsarbete och systematiskt kvalitetsarbete samt diskuterar patientsäkerhetsfrågor utifrån patienternas klagomål på lämpliga forum. Klagomålen sammanställs i verksamheternas årliga lokala patientsäkerhetsberättelser. Under året har arbete gjorts för att förtydliga den övergripande anvisningen *Synpunkter och klagomål* samt tillhörande ämnessida på intranätet. Patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål på vården genom inloggning med bank-ID på 1177.se. Även anonyma klagomål kan framföras. Från 1177 skickas ärendet till avvikelsesystemet *HändelseVis* och ärendet handläggs vanligen av ansvarig chef på den enhet som klagomålet berör. Klagomål över vård och behandling registreras av verksamheten i *HändelseVis* som en vårdavvikelse. Vid misstänkt vårdskada hanteras klagomålet enligt den övergripande anvisningen *Utredning och analys av avvikande händelser och misstänkta vårdskador samt anmälan enligt lex Maria.* Det totala antalet inkomna synpunkter och klagomål via 1177/HändelseVis fortsätter att öka, vilket skulle kunna tyda på att den digitala processen nu är mer etablerad. Under året har totalt 6 345 ärenden inkommit via e-tjänsten på 1177.



Patientnämnden (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående inkommer från PaN och IVO. Ärendena skickas till Enheten Kvalitet och patientsäkerhet inom centralt verksamhetsstöd, som är SLSO:s väg in och ut för klagomål via myndigheter. Ärendena fördelas till berörd verksamhet för att utredas och besvaras. Därefter skickas svaret till berörd myndighet som återför svaret till patienten eller närstående. Alla ärenden från PaN kategoriseras och kan innehålla upp till tre olika delproblem. De största områdena är *Vård och behandling* samt *Kommunikation*.

Klagomål från PaN			
Verksamhetsområde	**2023**	**2024**	**2025**
Akademiskt specialistcentrum	3	10	X
Geriatrik, ASIH	10	8	10
Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna	45	12	X
Hjälpmedel	X	X	17
Närakuter	130	114	111
Primärvård	418	391	418
Psykiatri	364	347	X
Psykiatri & Habilitering*	X	X	337
Somatisk specialistvård*	X	X	12
Totalt	**970**	**882**	**905**

* = I slutet av 2024 gjordes en organisationsförändring, vilket gör att siffrorna över åren inte är helt jämförbara.
X = Inga resultat, då verksamheten ingår i ett större verksamhetsområde.

IVO utreder klagomål där en allvarlig vårdskada kan ha inträffat och klagomål som gäller tvångsvård samt händelser som inverkat negativt på en patients självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning. Av de 189 ärenden som inkommit via IVO under året har IVO valt att själva hålla i utredningen av 150 ärenden och 39 ärenden har överlämnats för utredning inom SLSO.

Klagomål från IVO			
Verksamhetsområde	**2023**	**2024**	**2025**
Akademiskt specialistcentrum	0	2	X
Geriatrik, ASIH	5	6	8
Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna	1	1	X
Hjälpmedel	X	X	0
Närakuter	12	27	17
Primärvård	64	79	55
Psykiatri	112	108	X
Psykiatri & Habilitering*	X	X	105
Somatisk specialistvård*	X	X	3
Övriga	X	X	1
Totalt	**194**	**223**	**189**

* = I slutet av 2024 gjordes en organisationsförändring, vilket gör att siffrorna över åren inte är helt jämförbara.
X = Inga resultat, då verksamheten ingår i ett större verksamhetsområde.

Patientvägledare

Patientvägledarfunktion är en neutral stödresurs inom Enheten Kvalitet och patientsäkerhet för patienter och närstående som har frågor om vården, som behöver stöd i att hitta rätt instans inom eller utanför organisationen eller vill framföra synpunkter och klagomål. Patientvägledaren nås via telefon, brev eller genom e-tjänsten på 1177. Förutom att vara ett direkt stöd för patienter och närstående fungerar också som ett internt stöd vid klagomålshantering i verksamheterna. I takt med att alla SLSO:s verksamheter är kopplade till e-tjänsten på 1177 har efterfrågan på funktionen minskat.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Oförutsedda och oväntade händelser

SLSO ska genom sitt systematiska arbete med krisberedskap ha en förmåga att förebygga, motstå och hantera krissituationer så att verksamheten kan upprätthållas. Vid en särskild händelse utgör närsjukvården en viktig resurs för omhändertagande av drabbade både i den akuta fasen och i det långsiktiga perspektivet.

En aktivitet i handlingsplanen för 2025 var att alla resultatenheter skulle ta fram en lokal kris- och katastrofmedicinsk plan kopplat till SLSO:s pågående beredskapsarbete. En stickprovsundersökning under föregående år visade att alla tillfrågade enheter hade en kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. Däremot skiljer sig målgrupp och detaljeringsnivå mellan planerna. För SLSO, som har vitt skilda verksamheter med olika typer av uppdrag, är det nödvändigt att planerna skiljer sig åt, men det bör också finnas en gemensam grund och förståelse för organisation och ledning i kris och vid särskilda händelser, samt gemensam användning av de olika begreppen. Dessutom behöver den enskilda medarbetaren få praktisk hjälp i planerna gällande vilka åtgärder som behöver utföras och i vilken ordning beroende på händelse. För det ändamålet kan man ha nytta av åtgärdskort, vilket några verksamheter börjat att arbeta med.

Enheten Säkerhet och beredskap har drivit ett pilotprojekt med syfte att stärka förmågan i de utvalda verksamheterna att hantera förändrade förutsättningar vid exempelvis händelser som medför ökad belastning, ändrade prioriteringar och omfördelning av resurser, vilket inkluderar till exempel situationer som större olyckor. I projektet ingår att öka förståelsen för verksamheternas olika behov av beredskap, men också att hitta den gemensamma grund som alla behöver samt olika typer av mallar och åtgärdskort för hjälp med struktur vid framtagande av lokala dokument att använda som utgångspunkt för sin egen lokala beredskap. Projektet kommer att mynna ut i en första version av *krispärm* samt en förenklad version av SLSO:s övergripande anvisning *Kris- och katastrofmedicinsk plan* i powerpointformat. Syftet med arbetet är att både skapa konkreta, generiska checklistor och öka förståelsen för att verksamheten i en kris befinner sig i ett sammanhang där vikten av samordnad kommunikation, samverkan och samarbete är avgörande.

Läkemedelsberedskap

Efter etableringen av de initiala beredskapslagren för läkemedel 2023 inleddes 2024 ett arbete med att vidareutveckla och stärka en mer strategiskt inriktad läkemedelsberedskap. Under 2025 upprättades läkemedelsberedskap i flertalet verksamheter och införandet påbörjades i återstående verksamheter. Fokus för 2026 är att slutföra uppbyggnaden av SLSO:s läkemedelsberedskap och verka för att den fungerar enligt plan.

Riskronder

Som en aktivitet i handlingsplanen för 2025 har insatser gjorts för att öka användningen av riskronder för ett proaktivt patientsäkerhetsarbete. Instruktioner för hur riskronder kan utformas och användas har lagts upp på intranätet på den nya ämnessidan *Verktyg och metoder - patientsäkerhet*. Användning av riskrond som metod har uppmuntrats via utbildningar och på SLSO:s ledningsgruppsmöte för att möjliggöra kommunikationen från verksamhetsområdeschefer till verksamheterna. På interna revisioner tas ofta exempel från riskronder upp och diskuteras. Exempelvis har enheterna på Akademiskt specialistcentrum under året kommit i gång med riskronder inom patientsäkerhet. Nya rutiner har tagits fram inom ett stort antal områden såsom exempelvis långvarig kortisonbehandling, läkemedelshantering, telefonrådgivning och rehabiliteringsmetodik.

Förberedelser och utbildningar

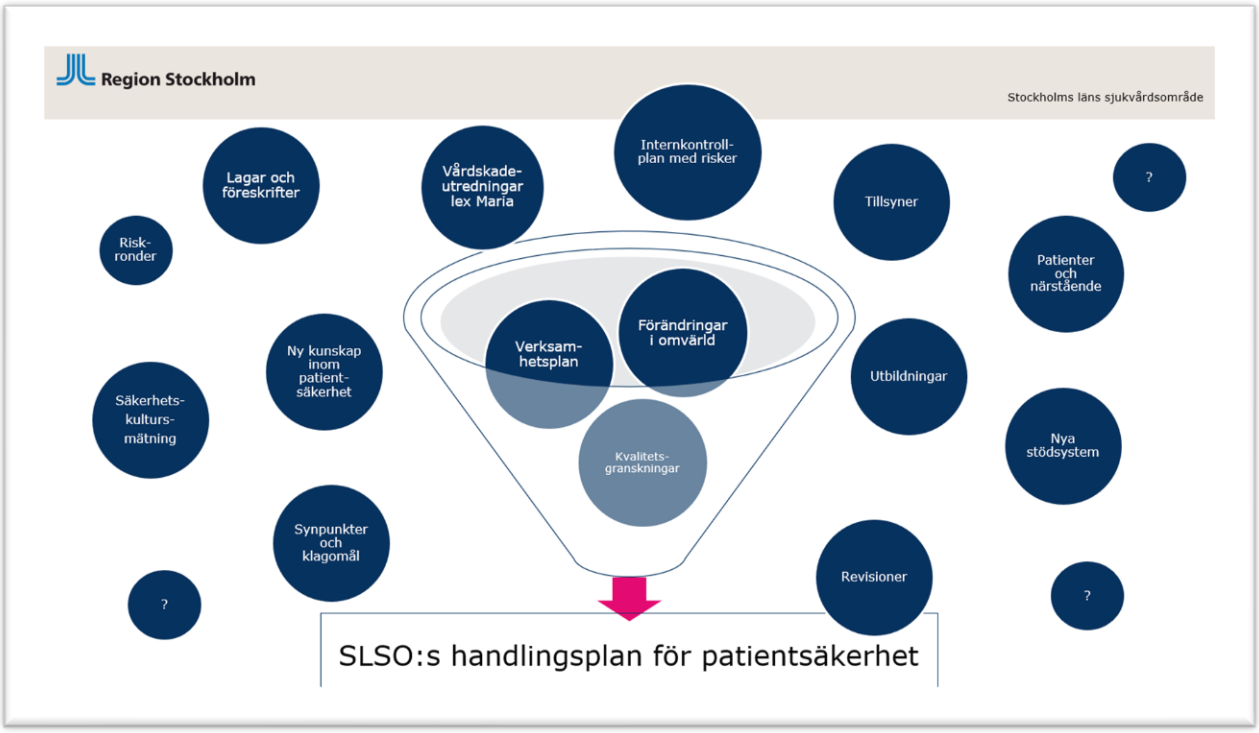
SLSO har ett antal obligatoriska utbildningar inom olika områden vilka ska göras vid nyanställning och upprepas med regelbundenhet. Chefer ska årligen följa upp att medarbetare genomgått relevanta utbildningar.

Hjärt- och lungräddning (HLR)

Under 2025 har totalt 60 medarbetare inom SLSO genomgått utbildning till S-HLR instruktörer. Karolinska Universitetssjukhuset har bjudit in till planeringsdagar för instruktörerna. Planeringsdagarna innehöll föreläsningar, statistikgenomgångar, fallbeskrivningar samt övrig information rörande HLR.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Som en del i det strategiska patientsäkerhetsarbetet och patientsäkerhetsberättelsen utarbetar SLSO en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet varje år. Handlingsplanen är ett resultat av olika områden och frågor som prioriterats vilka illustreras i bilden nedan och mynnar ut i olika aktiviteter samt är beslutad av SLSO:s ledningsgrupp.



Handlingsplanen kan även behöva justeras eller kompletteras under året om nya insikter eller behov uppkommer. Handlingsplanen för 2026 är ambitiös och innehåller totalt 20 aktiviteter, fördelade inom de grundläggande förutsättningarna och de prioriterade fokusområdena, vilka tillsammans ska bidra till en säkrare vård för SLSO:s patienter. Den SLSO-övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet kan även användas som avstamp inför och som inspiration till de lokala handlingsplanerna. Verksamheterna väljer de grundläggande förutsättningar och/eller fokusområden där de planerar aktiviteter under kommande år och noterar dessa i sin lokala handlingsplan för patientsäkerhet. Som stöd finns sidan *Informationsmaterial: Att upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhet* på intranätet.

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

SLSO:s Handlingsplan för patientsäkerhet 2026

Grundläggande förutsättningar

Engagerad ledning och tydlig styrning

- Stimulera fortsatt engagemang kring patientsäkerhetsfrågor i olika ledningssammanhang.
- Undersöka möjligheten att använda patientsäkerhetsmodulen i Stödet.

En god säkerhetskultur

- Utveckla och tydliggöra stöd till chefer för att stärka säkerhetskulturen.
- Underlätta ett aktivt arbete med HSE-resultatet och handlingsplan med åtgärder.

Adekvat kunskap och kompetens

- Beakta de nationella kunskapsmålen för patientsäkerhet vid information och utbildningar.

Patienten som medskapare

- När nationella indikatorer för personcentrerad vård presenteras, integrera dessa i vårt eget arbete för att skapa möjligheter till både lokal och nationell jämförelse.
- Undersöka möjligheten att skapa ett SLSO-övergripande patient- och närståenderåd.
- Utarbeta en övergripande anvisning för hela SLSO gällande *Patienten som medskapare* samt öka kännedom och följsamhet till den övergripande anvisningen *Vuxna som närstående*.

Prioriterade fokusområden

Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador

- Sprida kunskap och slutsatser efter utredningar av inträffade negativa händelser via ledningsgrupper, nätverksträffar och utbildningstillfällen, för att skapa ett lärande.
- Utveckla möjligheter för sammanställning och uppföljning av åtgärder efter vårdskador och eventuella lex Maria-anmälningar.

Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer

- Förbättra arbetet med uppföljning efter kvalitetsgranskningar läkemedel.
- Förbereda för och införa ett nytt avvikelsesystem.

Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

- Utarbeta handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- Fortsätta arbetet med *Kloka Kliniska val* och utfasning av lågvärdeinsatser.

Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling

- Vidareutveckla processen för hantering av och åtgärder vid avvikelser som framkommit vid interna och externa revisioner.
- Förstärka systematisk uppföljning efter tillsyner.

Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap

- Slutföra uppbyggnaden av läkemedelsberedskapen och verka för att den fungerar enligt plan.
- Öka användningen av riskanalyser vid ändrade arbetssätt.
- Vidareutveckla arbetet med riskronder.
- Revidera SLSO:s krisberedskapsplan utifrån regionens nya riktlinjer samt utarbeta APT-material utifrån den nya planen.