

# Patientsäkerhetsberättelse

## Psykiatri

### 2025



Datum 260127

Ansvarig för innehållet Catharina Terelius, biträdande enhetschef

## Inledning

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

## Innehåll

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
1. Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Informationssäkerhet.....	5
Strålskydd.....	5
En god säkerhetskultur .....	5
<i>Beskrivning hur ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. ....</i>	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Patienten som medskapare .....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	14
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Stärka analys, lärande och utveckling.....	16
Avvikelse .....	16
Klagomål och synpunkter.....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	20
MÅL, strategier och utmaningar för kommande år.....	21
Bilaga 1. Organisation och ansvar.....	21
Bilaga 2 . Samverkan .....	24
Bilaga 3 Informationssäkerhet .....	26
Bilaga 4. Strålskydd .....	27
Bilaga 5 MÅL, strategier och utmaningar för kommande år .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>

## SAMMANFATTNING

År 2025 har präglats av ett fortsatt systematiskt och strukturerat patientsäkerhetsarbete inom verksamhetsområdet, med tydligt fokus på att identifiera risker, stärka arbetssätt och skapa förutsättningar för en trygg och säker vård för våra patienter. Arbetet har bedrivits i linje med patientsäkerhetslagen och den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, med särskild betoning på lärande, delaktighet och förbättring.

Under året har flera viktiga åtgärder genomförts. Ett genomgående utvecklingsområde har varit dokumentation, där återkommande avvikelser identifierades. Detta har lett till riktade utbildningsinsatser i journalföring samt införande av digital diktering som stöd för korrekt och patientsäker dokumentation. Vidare har arbetet med tydligare patientansvar, särskilt inom psykiatri och beroendemottagningen och på BUP, bidragit till ökad kontinuitet och trygghet för patienterna.

Patientsäkerhetskulturen har stärkts genom regelbunden avvikelshantering på arbetsplatsträffar, genomförda händelseanalyser samt ökad transparens och återkoppling till både medarbetare och patienter. Under året har två händelseanalyser genomförts, varav en resulterade i en Lex Maria-anmälan som IVO bedömde som korrekt hanterad. Detta visar på en organisation som tar ansvar, utreder och lär av inträffade händelser.

Patientens delaktighet har fortsatt varit en central del av arbetet. Införandet och vidareutvecklingen av digitala arbetssätt, såsom Alltid öppet, har ökat tillgängligheten och underlättat kontakten mellan patient och vårdgivare. Arbetet med vård-, habiliterings- och genomförandeplaner har fortsatt, även om resultaten varierar mellan verksamheter och fortsatt utgör ett viktigt förbättringsområde.

Samverkan, både internt och externt, har varit omfattande under året och är en avgörande faktor för patientsäker vård, särskilt för barn, unga och patienter med komplexa behov. Även beredskaps- och resiliensarbetet har stärkts genom kontinuitetsplanering, utbildningar i hot och våld samt utveckling av beredskapslager.

Sammanfattningsvis har 2025 varit ett år med tydliga framsteg men också identifierade utmaningar. Arbetet framåt kommer att fokusera på att ytterligare stärka dokumentation, kontinuitet, riskmedvetenhet och patientdelaktighet samt att omsätta lärdomar från avvikelser och analyser i hållbara förbättringar. Patientsäkerhetsarbetet är ett gemensamt ansvar och kommer även fortsättningsvis att vara en integrerad del av verksamhetens utveckling.

Som verksamhetschef gör jag bedömningen att de största patientsäkerhetsutmaningarna under året har rört dokumentation, kontinuitet i vårdkontakter samt följsamhet till gemensamma arbetssätt. Flera relevanta åtgärder har initierats under 2025, men det är först genom systematisk uppföljning under 2026 som effekten av dessa kan säkerställas. Patientsäkerhetsarbetet kommer därför fortsatt att vara ett prioriterat ledningsområde, med särskilt fokus på uppföljning, lärande och långsiktigt hållbara förbättringar.

Frida Jakobsson  
*Verksamhetschef*

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

## 1. 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.



### Övergripande mål och strategier

Nedan beskrivs övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Organisationen för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet i Tiohundra AB beskrivs i bilaga 1.

#### Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom verksamheter, mellan verksamheter, och med andra vårdgivare/omsorgsutförare är av stor vikt för att säkerställa god patientsäkerhet. Detta beskrivs i bilaga 2.

#### Informationssäkerhet

Beskrivning av bolagets arbete med informationssäkerhet beskrivs i bilaga 3.

#### Strålskydd

*Ej aktuellt för verksamheten.*

## En god säkerhetskultur

Vårt arbete för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker



En god säkerhetskultur kännetecknas bland annat av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador

- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- en organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser

### **Adekvat kunskap och kompetens**

Yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete vilket tillgodoses under året. I alla verksamheter ser man över så att det alltid finns rutinerad personal på plats.



Alla medarbetare har fått erbjudande om att gå på en föreläsning av Maria Bauer om hot och våld.

Vi har obligatoriska utbildningar som alla medarbetare ska genomföra, som medarbetarintroduktion där patientsäkerhet ingår, basala hygienrutiner, hjärt- och lungräddning och informationssäkerhetsutbildning.

I bolaget finns en årlig förbättringsledarutbildning för medarbetare och chef.

### **Psykiatri- och beroendemottagningen**

På psykiatri- och beroendemottagningen har två sjuksköterskor gått en fördjupad utbildning inom suicidprevention och den utbildningen erbjuds till alla sjuksköterskor som inte har en specialistutbildning i psykiatri.

Under året har det varit kompetenshöjande möten en gång per månad där föreläsningar har hållits av bland annat Försäkringskassan om läkarutlåtande, enheten för våld i nära relation har berättat om deras arbete, föreläsning om psykosocial arbetsmiljö.

En psykolog går specialistutbildning för psykologer.

### **BUP**

På BUP är det schemalagt med kompetenshöjning en timme varje vecka där medarbetare får information om olika förutbestämda teman.

Enhetschef har tillsammans med sjuksköterska på gått markörbaserad journalgranskning som är gjort för att passa BUP.

Psykolog går utbildning i PTSD-behandling till barn.

Två sjuksköterskor går olika specialistutbildningar för sjuksköterskor.

BUP arrangerade en heldagsutbildning med primärvården och den riktade sig till första linjens barnpsykiatri och specialistpsykiatri. Deltog gjorde primärvården, Unga vuxna, Ungdomsmottagningen, BVC, MVC, Samtalsmottagningen, Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen samt skolhälsovården.

### **Fokushuset**

Två drogterapeuter har gått MET utbildningen.

## Habiliteringen

Personalen har tillgång till habilitering och hälsas utbildningar i kompetenshöjande syfte samt att de får tillgång till alla nyheter som kommer.

## Ungdomsmottagningen, samtalsmottagningen och Unga vuxna

Unga vuxna har haft kunskapshöjning inom suicidriskbedömningar.

Unga vuxna och ungdomsmottagningen har gemensamma möten för att diskutera ärenden samt öka kunskapen om respektive område.

Ungdomsmottagningen har tillgång till metod och kunskapsbank för kompetenshöjning.

Barnmorskorna har medicinsk handledning via Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

En akutväska har införskaffats till ungdomsmottagningen och medarbetarna har utbildats i användningen, då det finns läkemedel som administreras på mottagningen som kräver tillgång till akuta läkemedel.

Samtalsmottagningen har gått utbildning via Karolinska Institutet gällande barn- och ungdomspsykiatriska bedömningar.

En större andel av patienterna som har en vårdkontakt på Unga vuxna behöver bedömas av läkare och sätts in på läkemedel. Nu finns en specialistläkare i psykiatri på heltid för att täcka det behovet.

På APT går man igenom avvikelser för att skapa en bredare förståelse för det inträffade.

Utredningar och händelseanalyser går igenom på berörd arbetsplats så att det ska bli en organisatorisk förståelse och inte enbart hos de som är involverade. På ledningsgruppen har utredningar kort gått igenom för att få en ännu bredare kunskap om de åtgärder som genomförts, för att undvika att det sker igen.

## Patienten som medskapare

Arbetet med att stärka patientens delaktighet och medskapande är en central del i utvecklingen av vården, men uttrycks på olika sätt och med varierande fokus.

Samtliga verksamheter tar vara på patienters synpunkter och klagomål och använder dessa som grund för förbättringsarbete. Återkoppling till patienter och anhöriga är en gemensam målsättning, vilket bidrar till transparens och lärande. Vid händelseanalyser erbjuds patienter och närstående möjlighet att delta, vilket ytterligare förstärker delaktigheten.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

I samband med utredningar och händelseanalyser så tillfrågas patienter och anhöriga att vara en del av utredningen. I samband med årets utredningar har anhöriga vid en utredning tackat nej till att vara med.

Genom införandet av Alltid öppet i verksamhetsområdet så ökar vi tillgängligheten och förenklar kontakten mellan patient och vårdgivare. Plattformen möjliggör för båda parter att initiera chattar, och som patient kan du när som helst på dygnet boka tider eller begära receptförnyelse. Även om våra verksamheter bemannas under ordinarie kontorstid, ger detta patienten friheten att skicka ärenden precis när det passar.



Inom verksamhetsområdet har ett övergripande mål varit att alla ska ha en plan för sin vård och behandling.

Målet är fortsatt:

- Habiliteringsplan över 80%
- Vårdplan över 80%
- Individuell plan över 80%
- Genomförandeplan 100%

### **Psykiatri- och beroendemottagningen**

Mottagningen fått ett statistikverktyg som ska hjälpa till att få fram statistik, vilket inte har funnits tidigare.

2024 hade 53,9% av alla patienter en individuell plan som var skriven under de senaste 12 månaderna. 2025 var siffran 43,8%.

Inom Mini-Maria, som är en del av psykiatri- och beroendemottagningen och som inte finns med i statistiken, har 90% av patienterna en individuell plan.

### **BUP**

Arbetar med att öka antalet och kvalitet på de individuella planerna som skrivs. Ökat antalet krisplaner, och förbättra kvaliteten på planerna.

### **Habiliteringen**

Arbetat med habiliteringsprocessen där alla patienter får en habiliteringsplan. 85% av alla patienter har en habiliteringsplan.

### **Ungdomsmottagningen, samtalsmottagningen och Unga vuxna**

Ungdomsmottagningen och samtalsmottagningen mäts inte gällande vårdplaner. Däremot så gör de en planering för varje patient de möter. Unga vuxna mäts och hade ett bra resultat.

Basalhygienkontroll gjordes på ungdomsmottagningen och barnmorskorna. Resultatet var godkänt.

Minskningen av andelen patienter med aktuell individuell plan är ett utvecklingsområde som behöver prioriteras. Individuella planer är centrala för både patientdelaktighet och patientsäkerhet. Under kommande år kommer riktade uppföljningar och stödinsatser att genomföras för att säkerställa att målsättningen nås i samtliga verksamheter.

### **Klagomål och synpunkter**

Klagomål från patienter kan skickas via 1177, skickas till synpunktshandläggaren, eller kontakt med personal som förmedlar att patient och eller anhöriga, närstående har klagomål. Vid klagomål via 1177 så besvaras de i systemet 1177 och hanteras av chef tillsammans med berörd personal.

När verksamhets-, enhets- eller biträdande enhetschef får kännedom om klagomålet eller synpunkten så tas kontakt med hänsyn till sekretess.

Patienten, och anhöriga om patienten så önskar, kan erbjudas att komma och träffa chefer, ibland tillsammans med medicinskt ledningsansvarig, för att gå igenom klagomålet med patienten och se hur vi tillsammans kan hjälpa patienten vidare.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

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

### **Egenkontroller:**

Sala logganalys – systematisk automatiserad logganalys. På varje enhet väljs ett antal slumpmässigt utvalda användare och ut och deras journalöppningar från föregående månad körs utifrån olika kriterier och därigenom kan eventuella överträdelser uppmärksammas.

### **Kvalitetsregister:**

Bipsy – Bipolär och psykosregistret  
Svenska Beroenderegistret

Fokushuset har smileyenkäter vid start av kontakt och avslut av kontakten för att utvärdera att deras behandlingar har effekt.

Markörbaserad journalgranskning: Personal på BUP har utbildats och det finns utbildad personal på psykiatri och beroendemottagningen.

Psykoterapiteamet gör olika skattningar inför en terapi, under terapin och efter för att kunna utvärdera effekten av behandlingen hos patienten.

Ungdomsmottagningen mäts centralt i regionen då de tillhör regionen och vid de mätningarna är patientnöjdheten hög.

## **Verksamhetsområdet**

### **Identifiering**

Många avvikelser gällande dokumentation, och vid händelseanalyser har det framkommit brister i dokumentationen.

### **Analys**

I Vårdgivarguiden anges att journalanteckning ska vara skriven i så nära anslutning till besöket som möjligt, att journalanteckning ska vara skriven på ett lättförståeligt sätt, men att den ändå kan innehålla fackuttryck.

### **Åtgärd**

Obligatorisk utbildning i journalföring för personal på psykiatri- och beroendemottagningen, BUP, Fokushusets behandlare, Unga vuxna, Ungdomsmottagningen, Samtalsmottagningen, Habiliteringen.

Digital diktering med Talik, där talar användare in sin anteckning, och Tandem som skriver journalanteckning av det som sägs i rummet. Användare läser sedan igenom det som Tandem skrivit innan det förs in i journalen.

## **Analys**

Följer avvikelser gällande dokumentation för att se om det blir en minskning.

## **Psykatri och beroende**

### **Identifiering**

Patienter har inte haft patientansvarig läkare och sjuksköterska, vilket har gjort att patienterna i vissa fall har träffat många olika läkare och sjuksköterskor.

### **Analys**

Att träffa olika läkare och sjuksköterskor skapar inte trygghet och det finns stor risk att viktig information missas och vården inte hålls ihop. Vi tar emot olika yrkeskategorier som är under utbildning vilket gör att alla patienter inte kommer att få träffa samma läkare.

### **Åtgärd**

Alla patienter ska ha en patientansvarig läkare och patientansvarig sjuksköterska.

### **Uppföljning av åtgärd**

Uppföljning har skett på psykiatri och beroendemottagningen och 67,9 % av patienterna har haft samma vårdkontakt vid minst två besök. 65,4 % har haft samma vårdkontakt vid minst tre besök.

### **Identifiering**

Avvikelser gällande att patienter träffar många olika personer innan de kommer till behandlingsteam, patienter som kommer på närplanerad tid blir kvar i mottagningsteamet utan en patientansvarig sjuksköterska och läkare.

### **Analys**

Mottagningen ska flytta och byta lokaler. Strukturen från att remiss kommer till att träffa läkare och sjuksköterska i behandlingsteam behöver ses över.

### **Åtgärd**

Arbetsgrupp har arbetat fram förslag som sedan samordnare tillsammans med enhetschef och biträdande enhetschef arbetar vidare med.

### **Uppföljning av åtgärd**

När den nya strukturen är formad kommer den kontinuerligt att utvärderas för att kunna utvecklas.

## **Habiliteringen**

### **Identifiering**

Patienter som tillhör habiliteringen har inte tillgång till Habilitering och hälsa i Region Stockholm.

### **Analys**

Detta innebär att vården för patienter inom habiliteringen inte är likvärdig i regionen.

### **Åtgärd**

Enhetschef för habiliteringen har kontakt med Habilitering och hälsa.

### **Uppföljning av åtgärd**

Kontinuerlig uppföljning kring samverkan.

## **Identifiering**

Patienter och anhöriga har skickat mejl till den personal som de har kontakt med.

## **Analys**

Det är en stor patientsäkerhetsrisk om personal är sjuk eller har semester, då patienten eller anhöriga inte får kontakt med habiliteringen.

## **Åtgärd**

Alltid öppet är infört och patienter hänvisas att skicka meddelande där och då finns det alltid någon som tar del av meddelandet och kan åtgärda det.

## **Uppföljning av åtgärd**

Följs upp kontinuerligt för att alla som skickar mejl hänvisas dit.

## **Unga vuxna och Psykiatri- och beroendemottagningen**

### **Identifiering**

Remisser skickades mellan mottagningarna, och det fanns olika uppfattningar om vilken vårdnivå patienten tillhörde.

### **Analys**

Patienter ska inte skickas mellan mottagningarna utan att vi tar kontakt med varandra, för att undvika att patienten skickas mellan.

Svårt för andra vårdgivare att veta vilken mottagning en patient ska tillhöra.

### **Åtgärd**

Samverkansmöten mellan Psykiatri- och beroendemottagningen och Unga vuxna.

Från 1 januari 2026 kommer i stort sett alla remisser gällande patienter mellan 16 år och året de fyller 25 år gå via Unga vuxna för en bedömning om patienten tillhör deras vårdnivå.

## **Samtalsmottagningen och BUP**

### **Identifiering**

Alla samtal går till En väg in; en triagering av patienter för att göra en mer korrekt bedömning av vilken mottagning patienten ska tillhöra.

### **Analys**

Det blir inte bra för patienter som har en pågående kontakt att ringa till triageringen, då de som besvarar samtalen inte är insatta i enskilt patientärende. Patienter med pågående kontakt med respektive mottagning ska inte behöva ringa En väg in för att hänvisas vidare.

## Åtgärd

Enhetschef på BUP och enhetschef för Samtalsmottagningen ser över telefonin så att patienter med pågående vårdkontakt på BUP eller Samtalsmottagningen kommer rätt.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Vi rapporterar avvikelser (risker, tillbud och negativa händelser) i Region Stockholm datasystem HändelseVis och det möjliggör att vi kan skicka avvikelser mellan verksamheter för att identifiera brister i övergångar. Bolaget har ett arbetssätt för handläggning av allvarlig vårdskada för att säkerställa att dessa identifieras och hanteras för god patientsäkerhet.

**Steg 1** Avvikelse rapport av allvarlig vårdskada och/eller missförhållande ska dokumenteras av medarbetare i HändelseVis.

**Steg 2** Samrådsmöte 1 (gällande utredning först eller direkt en fördjupad utredning).

**Steg 3** Utredning av allvarlig vårdskada och/eller missförhållande ska initieras och genomförs av enhetschef.

**Steg 4** Efter utredningen sker ett samrådsmöte nr 2. (ställningstagande om händelsen hanteras som en avvikelse, om fördjupad utredning ska göras eller om anmälan enligt Lex Maria eller Lex Sarah görs.

**Steg 5** Fördjupad utredning kan nu initieras om beslut fattas vid samrådsmötet.

Vid steg 4 eller efter steg 5 sker ett möte för genomgång av utredningen alt. Fördjupad utredning och vilka åtgärdsförslag som ska genomföras i handlingsplan samt ställningstagande till anmälan Lex Maria eller Lex Sarah.

Avvikelse är en stående punkt på alla arbetsplatsträffar. Där går man igenom avvikelser för att skapa ett lärande och därigenom öka kunskapen om vårdskador. På alla enheter pratas det om att identifiera risker och skriva avvikelser för att vi ska lära av riskerna och undvika att patienter drabbas av vårdskador.

Under året har det skett fler avvikelser gällande dokumentation och det har varit en utbildningsinsats under 2025 kring hur vi dokumenterar, vad vi ska dokumentera och vilka skyldigheter vi har.

Allvarligare avvikelser tas upp med enhetschef, medicinskt ledningsansvarig (där sådan finns) och verksamhetschef för att besluta om utredning och när utredningen är färdig så görs en bedömning om det är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och en Lex Maria ska göras. Alla utredningar återges till patient och eller närstående samt personalgruppen. Återgivningen är viktig för att ha ett lärande perspektiv i organisationen kring det som sker.

## Har vården varit säker?

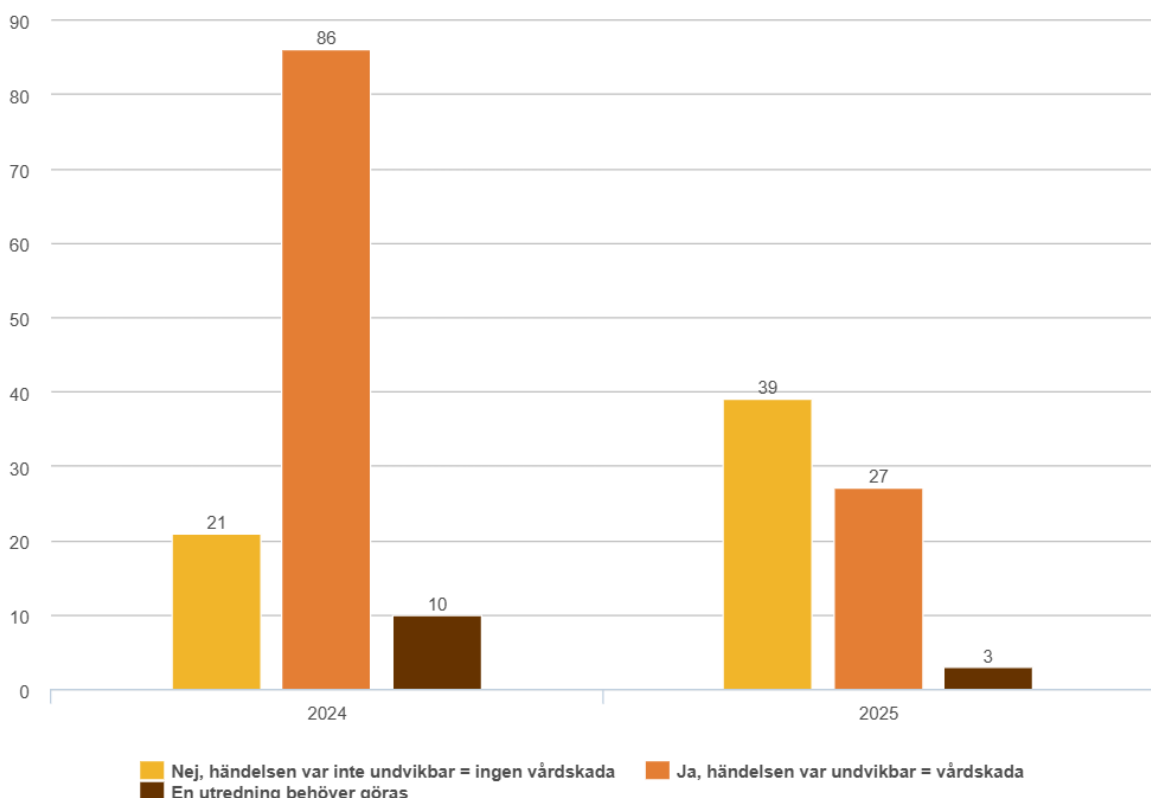
I avvikelshanteringssystemet Händelsevis ska handläggaren ange om den rapporterade vårdavvikelsen är en vårdskada eller ej. Vårdskador är skador som uppstår när vi inte följt rutiner och riktlinjer, när vi glömt eller missat något som vi borde ha sett eller gjort. Vårdskador ska vara möjliga att undvika. Skador i vården uppstår när vi trots att vi försökt förebygga eller följt behandlingsprogram ändå får en skada. Till exempel ett fall ur sängen trots fallförebyggande åtgärder som grindar eller larmmattor. Detta är då inte en vårdskada utan en skada i vården. Det finns en risk att begreppen blandas samman och vi behöver ständigt påminna om skillnaden.

I patientsäkerhetslagen definieras patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”.

Vårdskada = skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Skada i vården = skada på patient trots att vi följt riktlinjer, vårdprogram, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vi har rutiner för hantering av allvarlig vårdskada som ger stöd och struktur i arbetet. När en avvikelse skrivs så gör chef en bedömning av händelsen, bedöms risk för vårdskada påbörjar man en utredning. Vid samrådsmöten avgörs om en händelseanalys ska genomföras som i sin tur kan initiera en Lex Maria anmälan.



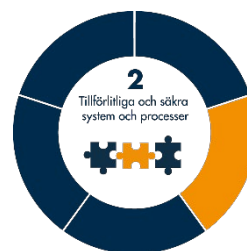
I samband med avvikelshantering så har bedömning gjorts att det var en händelse som var undvikbar, en vårdskada. Vårdgivaren ska utreda och anmäla till IVO då det är en allvarlig vårdskada eller om det är risk för en allvarlig vårdskada.

Under året har två händelseanalyser genomförts inom vårt verksamhetsområde. Den första utredningen bedömdes vara en Lex Maria och IVO bedömde att vårdgivaren hade fullgjort sin skyldighet att utreda och kommit fram till relevanta slutsatser och lämnade den utan åtgärd. Den andra utredningen bedömdes inte vara en Lex Maria men den har inte återgivits till berörd mottagning.

Vårdbolagets Lex Maria-anmälningar finns att läsa på vårdbolagets hemsida [tiohundra.se](http://tiohundra.se).

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



## Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

### Rutiner och riktlinjer

Alla dokument gällande rutiner, riktlinjer och arbetssätt skulle flyttas. I samband med detta gjordes en genomgång och uppdatering av alla dokument, så att de är överensstämmande med gällande evidens.

### Arbetsprocesser

#### Psykiatri och beroendemottagningen – Mini-Maria

På Mini-Maria, som är en samverkansmottagning mellan Tiohundra och Norrtälje kommun, har arbete påbörjats med att gå igenom alla rutiner. Alla patienter som kommer får gå igenom en kartläggningsprocess för att identifiera det som patienten och dennes familj kan behöva hjälp och stöd med. Där ingår att alla ska erbjudas att träffa läkare för att få en bedömning utifrån det psykiatriska och beroendemedicinska perspektivet.

Det skapar en process med högre patientsäkerhet och likvärdiga bedömningar med ungdomen med familj i centrum.

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



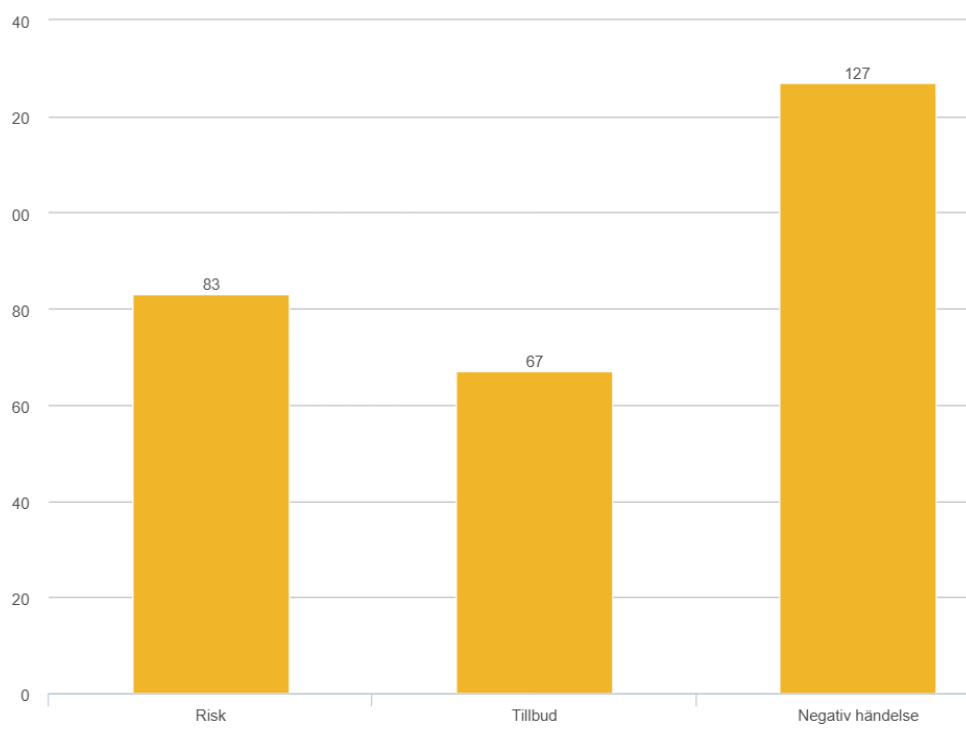
Utifrån att bolaget arbetar med att identifiera risker och prata om risker så har man mätt antalet riskavvikelser inom vården. Arbetsgivaren mäter också antalet risker gällande arbetsmiljörisker.

För att få medarbetare att skriva avvikelser behöver vi ha en grund med att chefer hanterar avvikelser inom rimlig tid. Därför har man mätt antalet förfallna avvikelser.

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

Inom verksamhetsområdet har flera riskområden identifierats som särskilt relevanta för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Dessa rör bland annat kontinuitet i vårdkontakter, dokumentation, informationsöverföring mellan vårdgivare samt bemanningssituationer som kan påverka tillgänglighet och arbetsbelastning. Bristande kontinuitet och otydliga ansvarsförhållanden innebär en ökad risk för patientsäkerheten, exempelvis vid övergångar mellan vårdnivåer eller vid hög personalomsättning.

Riskidentifiering sker fortlöpande genom avvikelshantering, riskavvikelser, arbetsmiljörapportering samt dialog i verksamheterna. För att främja en god rapporteringskultur följs handläggningstider för avvikelser upp, då snabb och tydlig återkoppling från chef är en viktig förutsättning för medarbetares benägenhet att rapportera risker. Identifierade risker analyseras utifrån sannolikhet och konsekvens, och ligger till grund för prioritering av åtgärder på såväl verksamhets- som ledningsnivå.



De vanligaste riskerna är besök där journalanteckning saknas, patient har varit på besök och inte blivit uppsatt på väntelista.

Avvikelser gällande risker hanteras på samma sätt som om det hade skett något och en patient hade drabbats.

Inför förändringar så görs risk- och konsekvensanalyser och det genomförs utifrån fyra perspektiv: patient- och brukarsäkerhet, arbetsmiljö, miljö och informationssäkerhet. Under året har en mer

omfattande risk- och konsekvensanalys gjorts utifrån att psykiatri- och beroendemottagningen och Fokushuset ska flytta till gemensamma lokaler.

Flera verksamheter har M&M-konferenser (mortality and morbidity) för team, sjuksköterskor eller läkare för att diskutera, reflektera, lära och dela med sig av sina beprövade erfarenheter av fall som gått bra eller där det uppstått problem. När patientfall tas upp som berör psykiatri bjuds personal in för att bistå med kunskap och kompetens samt att andra bjuds in för att lyssna och delta i diskussionen.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Vi agerar när vi identifierar områden där förbättring behövs, till exempel genom fokuserade förbättringsarbeten som är gemensamma för hela verksamhetsområdet. Vi arbetar också mycket med att säkerställa att det sker ett lärande i hela verksamheten när något inträffat.

Förbättringsarbetet grundar sig på flera olika informationskällor, såsom avvikelser, händelseanalyser, Lex Maria-ärenden, journalgranskningar samt uppföljning av nationella och regionala kvalitetsindikatorer där sådana finns. Informationen analyseras på både lokal och övergripande nivå för att identifiera mönster, återkommande risker och behov av förändrade arbetssätt.

Resultaten från dessa analyser används för att utveckla och justera rutiner, arbetssätt och kompetensinsatser i verksamheten. Fokus ligger på att gå från enskilda händelser till organisatoriskt lärande, där förbättringar implementeras och följs upp över tid.

Det pågår ett återkommande arbete med att ständigt informera och uppmuntra till att fler identifierade risker och händelser ska rapporteras genom avvikelser. Detta görs i samband med APT och löpande i verksamheten.

Ungdomsmottagningen har gått utbildning och blivit Funkisdiplomerade enligt projektet som Ung funk drivit för att öka kunskapen om funktionsnedsättningar på ungdomsmottagningar. Detta medförde att man observerade att lokalerna inte var anpassade för besökare som behöver hjälpmedel för att förflytta sig. Nu kommer lokalerna att renoveras för att öka tillgängligheten för de patienterna som har en funktionsnedsättning.

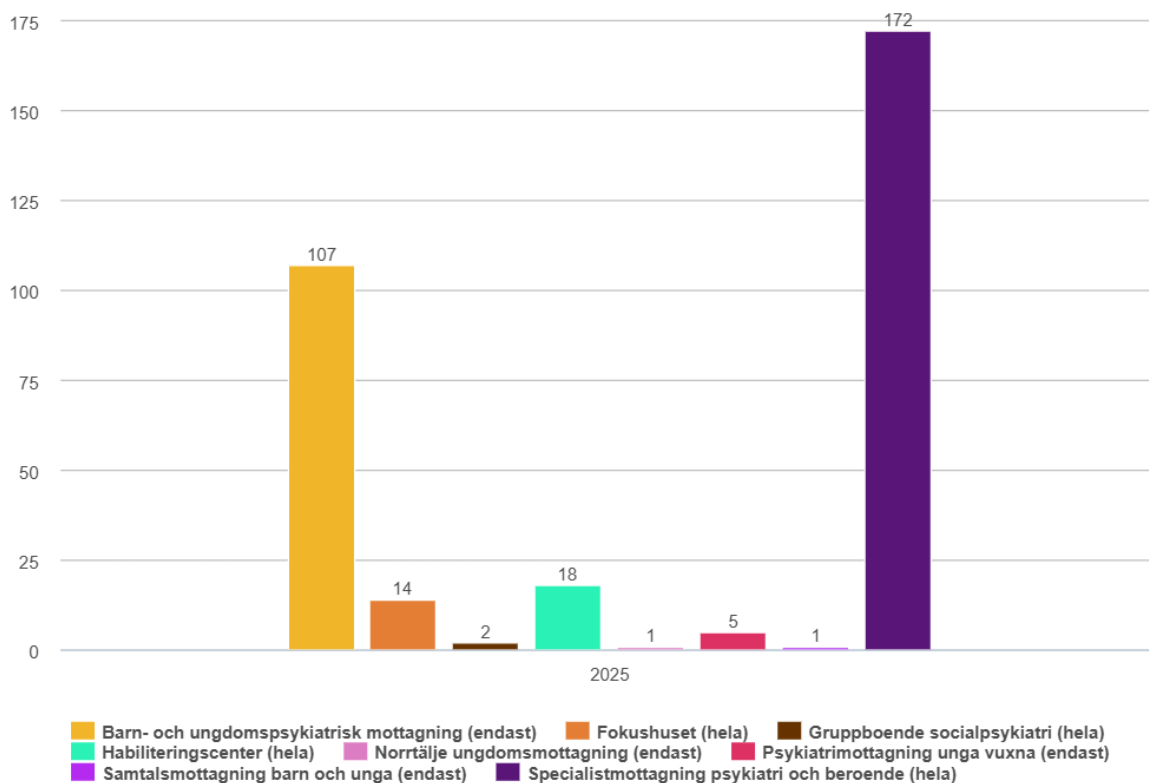
## Avvikelser

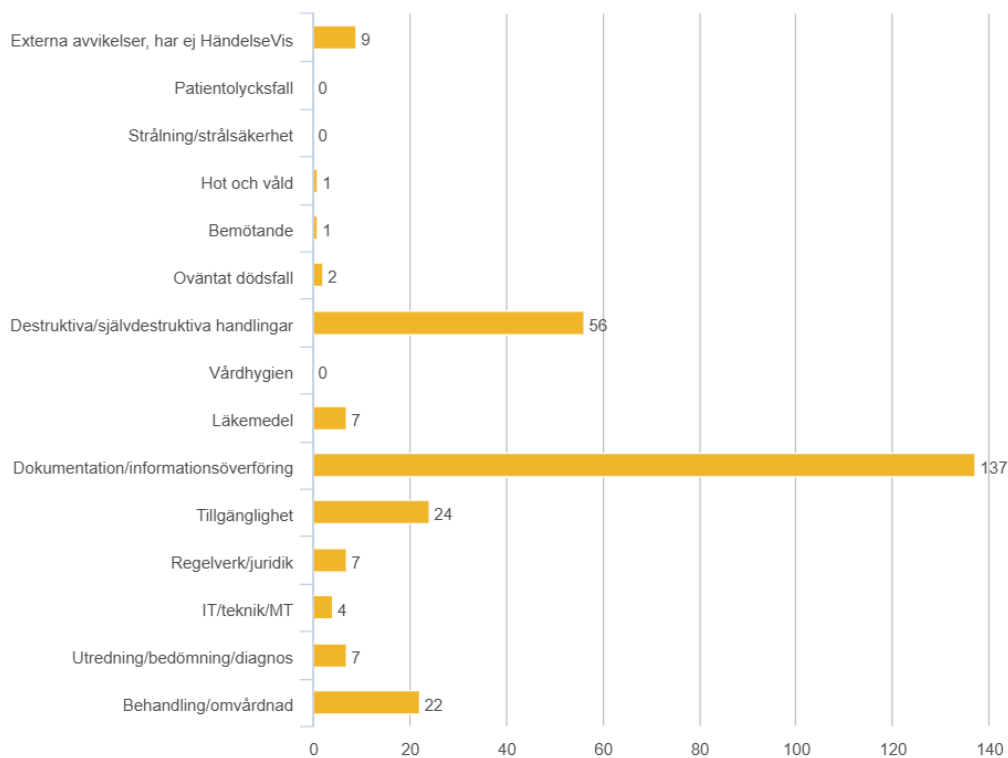
Verksamhetsområdet har i olika forum tagit upp om rutiner kring patienter som har skyddad identitet för att säkerställa en trygg vårdmiljö för de patienter som kommer till våra mottagningar. Arbetet styrs av fastställda rutiner som omfattar allt från första kontakt och dokumentation i journalsystem till fysiska besök på mottagningar. Detta har medfört att medarbetare är observanta på inkommande

remisser, kontakt tas med remittent om det avviker från rutinen, och information som kan röja stad tas inte med vid journalföring.

Verksamheten arbetar systematiskt för att främja en hög benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har, eller hade kunnat, medföra en vårdskada. Avvikelsehantering är en integrerad del av det dagliga arbetet och lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar, i ledningsforum och i samband med introduktion av nya medarbetare. Ett särskilt fokus har lagts på chefers ansvar för att hantera och återkoppla avvikelser inom rimlig tid, då detta är en viktig förutsättning för en fungerande rapporteringskultur.

Samlade analyser av avvikelser genomförs återkommande för att identifiera mönster och återkommande riskområden. Under året har analyser bland annat visat på risker kopplade till dokumentation, informationsöverföring och hantering av särskilt sårbara patientgrupper. Dessa analyser har lett till riktade förbättringsåtgärder, såsom förtydligade rutiner, utbildningsinsatser och ökad uppmärksamhet på riskmoment i vårdprocessen. Lärdomar från avvikelser och analyser sprids i verksamheten genom arbetsplatsträffar, verksamhetsmöten och i samband med revidering av rutiner.





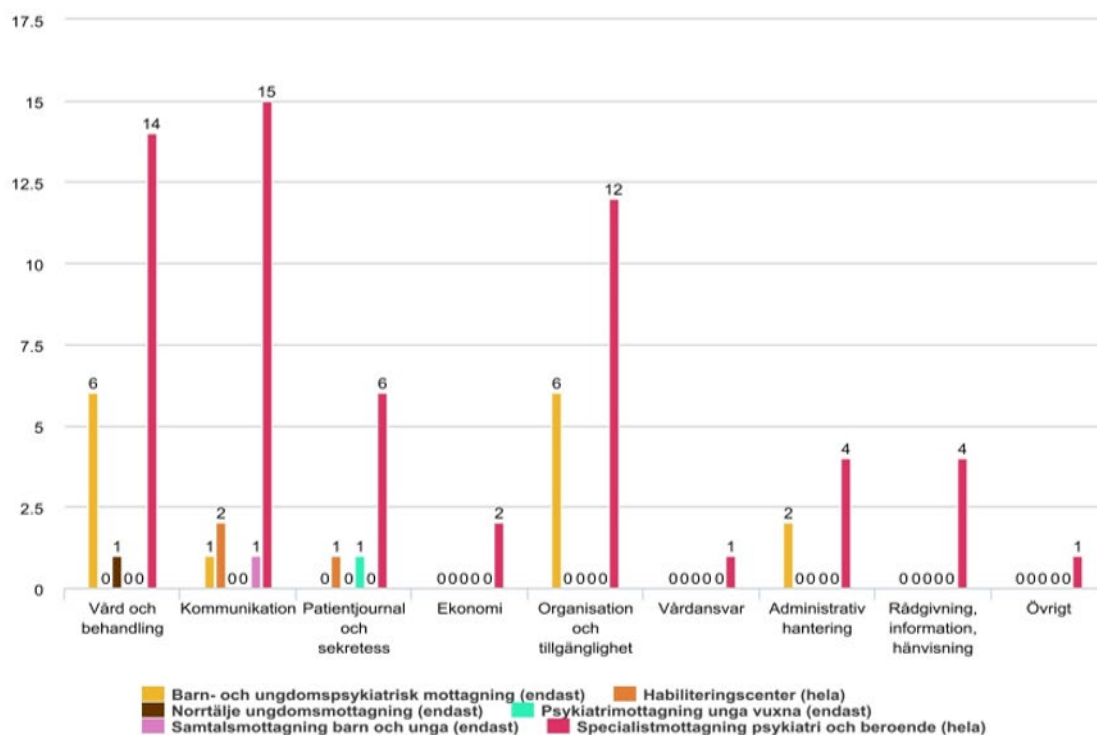
Utbildning i journalföring hölls i december och effekten av utbildningen har inte uppmätts ännu.

Efter ett suicidförsök så ska en avvikelse skrivas för att patienten ska följas upp avseende suicidpreventions riktlinje med kontakt med mottagningen i 15 månader efter suicidförsöket. I vårt verksamhetsområde har vi 56 avvikelser och där behöver vi bli bättre på att identifiera de som gjort ett suicidförsök. Ett suicidförsök definieras av intentionen med försöket oavsett tillvägagångssätt. Skillnaden mellan faktisk förekomst av suicidnära patienter och rapporterade avvikelser innebär en patientsäkerhetsrisk då patienten räknas som suicidnära ett år efter försöket och att tidigare suicidförsök ökar risken för ett nytt suicidförsök. Ett förbättringsarbete behöver därför genomföras för att säkerställa en enhetlig tillämpning av rutiner och en korrekt rapportering, i syfte att möjliggöra rätt uppföljning och förebyggande insatser.

På både BUP och Psykiatri- och beroendemottagningen arbetar avvikelseteam med avvikelser och när andra kompetenser behövs så kallas de till teamet. De mottagningarna har flest avvikelser och är de största mottagningarna.

## Klagomål och synpunkter

## Synpunkter och klagomål, Psykiatri, 2025 helår



Sammanlagt har det inkommit 84 synpunkter och klagomål. Av dessa har 9 varit synpunkter, 74 klagomål och ett beröm. De flesta synpunkterna berör Psykiatri- och beroendemottagningen. De största områdena är kommunikation, vård och behandling samt organisation och tillgänglighet. Synpunkterna besvaras i händelsevis och sedan skickar verksamhetschef svaret till patienten.

Klagomål och synpunkter som inkommer till verksamheten, inklusive ärenden via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), sammanställs och analyseras fortlöpande. Analysen syftar till att identifiera återkommande teman, bakomliggande orsaker samt eventuella brister i verksamhetens arbetssätt eller bemötande. Resultaten av analyserna används som underlag för förbättringsåtgärder på både lokal och övergripande nivå.

Samlade analyser under året har visat att klagomålen i huvudsak rör tillgänglighet, kontinuitet och kommunikation. Utifrån dessa resultat har åtgärder vidtagits, såsom förtydligad information till patienter, justering av arbetssätt samt förstärkt fokus på bemötande och återkoppling. Lärdomar från klagomål och synpunkter återförs till verksamheterna genom ledningsgrupp, arbetsplatsträffar och i samband med kvalitets- och förbättringsarbete, i syfte att förebygga liknande händelser och stärka patientens upplevelse av vården.

Klagomål från patientnämnden:

Antal ärenden och klagomål per enhet, vårdinrättning och problemområde 2025								
Enhet/Vårdinrättning	Ärenden, totalt *	Administrativ hantering	Dokumentation och sekretess	Kommunikation	Tillgänglighet	Vård och behandling	Vårdansvar och organisation	Klagomål, totalt
<b>TioHundra AB</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>55</b>
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning	2			2		2	2	6
BUP/Kärnan	1					1	1	2
Fokushuset	1			1		1	1	3
Neuropsykiatriska teamet	1			1		1		2
Okänd verksamhet	2			1		2		3
Psykiatri- och beroendemottagning	12	1	3	6	1	14	4	29
Samtalsmottagning barn och unga	2			4		1		5
Unga vuxna mottagn	1					1	1	2
Vuxenpsykiatri	1			1		1	1	3
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>55</b>

Alla klagomål från patientnämnden kommer inte till verksamheten, beroende på att patienten inte svarar på kontaktförsök från patientnämnden. En del patienter vill inte ha svar utan vill enbart skicka in sin synpunkt. Sammantaget har 15 klagomål besvarats av verksamhetschef tillsammans med berörd enhetschef. Chefläkare har också tagit del av synpunkten och fått ta del av det skrivna svaret för att komma med synpunkter.

Det vanligaste är synpunkter på besök på mottagningen och att patienten inte upplevt att besöket varit bra, felaktigheter i journal, ej fått en neuropsykiatriskutredning eller att det varit bristande återkoppling från mottagningen.

Arbete med att definiera svårighetsgraden av en funktionsnedsättning och som gör att patienten ska ställas i kö för en neuropsykiatriskutredning pågår inom psykiatri och beroendemottagningen. Bedöms patienten inte ha tillräcklig grad av funktionsnedsättning så ska det framgå tydligt i journalen vad det baseras på så patienten kan förstå motiveringen.

Synpunkter som berör bemötande så tar enhetschef upp det med berörd medarbetare.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



## **Beredskapslager för läkemedel**

För att kunna möta behovet av läkemedel vid särskilda händelser så ska de mottagningar som tillhandahåller läkemedel ha ett beredskapslager för två veckors förbrukning. Det gäller Psykiatri- och beroendemottagningen, Unga vuxna och Ungdomsmottagningen.

## **Beredskapslager**

Genom gång av förbrukningsartiklar pågår för att kunna öka lagerhållningen av de förbrukningsartiklar som behövs för att kunna bedriva en god vård även vid mindre leveransstörningar.

## **Kontinuitetshantering**

Alla enheter har gjort åtgärdskort för att kunna bedriva vård även vid exempelvis elavbrott, telefonstörningar eller när medarbetare inte kommer till arbetet till följd av oväder.

## **PKL – psykologisk och psykosocial katastrofledningsgrupp**

PKL ansvarar för att organisera, leda och samordna hälso- och sjukvårdens psykosociala och psykiatriska omhändertagande för drabbade samt närstående till drabbade som inkommer till sjukvården vid en allvarlig händelse.

PKL-organisationen har sedan starten varit en del av Region Stockholms katastrofmedicinska beredskapsorganisation med det gemensamma uppdraget att minimera konsekvenserna för de somatiska och psykiska följdverkningar som kan uppstå vid inträffad särskild händelse.

## **Utbildningar i VR**

Medarbetare har fortsatt att utbildas i hot och våld med hjälp av VR-teknik. Virtual Reality – ”virtuell verklighet”. Inledningsvis fick medarbetarna information om tidiga tecken på hot och våld. Sedan fick de som ville pröva, med hjälp av VR glasögon, att lösa en hotfull situation. Efter så samtalade grupperna om upplevelserna och pratade om hur det kunde bli på de egna arbetsplatserna.

## **Hot och våld**

De som möter hot och våld på sina arbetsplatser går även en utbildning i självskydd.

# **MÅL, strategier och utmaningar för kommande år**

## **Mål och strategier 2030**

Under kommande år kommer fokus ligga på att konsolidera och följa upp redan initierade patientsäkerhetsåtgärder. Prioriterade områden är dokumentation, kontinuitet i vårdkontakter, rapportering av avvikelser samt stärkt patientdelaktighet. Arbetet kommer att präglas av systematisk uppföljning, analys och lärande på samtliga nivåer i organisationen.

## **Målbild 2030**

- Vi bidrar till ökad livskvalitet och hälsa
- Vi utvecklar vården och omsorgen tillsammans med invånarna
- Vi är tillgängliga, både fysiskt och digitalt
  
- Våra medarbetare är goda ambassadörer för Tiohundra
- Våra medarbetare och chefer har rätt kompetens för uppdraget
- Vi ger våra medarbetare och chefer möjlighet att kontinuerligt utvecklas

- Vi har god tillväxt, är konkurrenskraftiga och kostnadseffektiva
- Vi är en attraktiv samverkanspartner
- Vi går före: vi vågar, vi skapar nytt och vi agerar!

#### Våra sex fokusområden

- Förebyggande arbete och tidiga insatser
- Integrerad och digifysisk vård och omsorg
- Trygg vård och omsorg i hemmet
- Attraktiv arbetsgivare för framtidens medarbetare
- Innovation, ny teknik och digitalisering
- Rätt kompetens, i rätt tid, på rätt plats

## BILAGA 1. Organisation och ansvar

Roll	Ansvar
<b>Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON)</b>	Vårdbolaget Tiohundra får sina uppdrag från KSON som har det övergripande ansvaret för sjukvård och omsorg i Norrtälje kommun. De beställer, tecknar avtal och finansierar uppdragen.
<b>Styrelsen för Tiohundra AB</b>	består av ledamöter där hälften är utsedda av landstingsfullmäktige och hälften av kommunalfullmäktige. De har ansvar för att tillsammans med vår bolagsledning driva verksamheten så att våra kunder får en vård och omsorg av god kvalitet och med hög säkerhet.
<b>Verkställande direktör</b>	har det övergripande ansvaret och leder Tiohundra AB:s bolagsledning. Verkställande direktör ansvarar för att bolagets arbete sker enligt ägarnas krav och gällande avtal samt enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
<b>Chefläkare</b>	ansvarar för samordning på övergripande nivå och stöd i uppföljning av brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker
<b>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (omsorg) MAS</b>	ansvarar för samordning på övergripande nivå och stöd i uppföljning av brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker.
<b>Verksamhetschef</b>	har ansvar för att all personal inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt arbetar med att förbättra kvalitet och säkerhet för våra kunder.
<b>Enhetschef/klinikchef</b>	har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i den dagliga verksamheten, dvs. att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten kontinuerligt.
<b>Medarbetare</b>	har alla ett ansvar, att aktivt medverka i det gemensamma arbetet med att öka patientsäkerheten. Ansvaret består bl.a. av att rapportera risker, fel och brister som upptäcks, delta i pågående förbättringsarbeten samt vara väl insatt i vårdbolagets mål, värderingar och resultat.

## **Bilaga 2 . Samverkan**

Samverkan inom verksamheter, mellan verksamheter, och med andra vårdgivare/omsorgsutförare.

Under året har verksamhetsområdet gått ihop med primärvården och bildar nu ”Närsjukvård och psykiatri”. Det medför ännu närmre samverkan mellan samtliga enheter och primärvården.

Samverkan mellan primärvård och psykiatri- och beroendemottagning regleras av en gemensamt kommunövergripande överenskommelse. Dessutom finns telefonkonsultationstider för läkare på primärvården inom Tiohundra. Primärvården skickar en remiss och en telefontid bokas för diskussion.

Samverkan mellan psykiatri- och beroendemottagningen och sjukhusets vårdavdelningar, IVA/akuten återfinns via kontinuerliga konsultationstider på vardagar, sammanlagt sju tider per vecka. Samverkan sker även genom teamträffar i enskilda patientärenden samt med gemensamma föreläsningar om olika medicinska och psykiatriska tillstånd.

Samverkan mellan vuxenhabiliteringen och psykiatri och beroende utgörs av ett gemensamt samverkansteam mellan psykiatri och habilitering (SPH).

Läkare tillsammans med sjuksköterska eller skötare från psykiatri och beroende kommer till de socialpsykiatriska boendena och genomför ronder kontinuerligt.

Samverkan mellan BUP och habiliteringen är i uppbyggnadsfas där planen är att skapa ett team liknande det som finns på vuxensidan idag.

Samverkan mellan första linjens barnpsykiatri och BUP sker idag med ”En väg in” samt deltagande i varandras team.

Alla mottagningar samverkar kontinuerligt med aktörer utanför Tiohundra – socialtjänsten, skola, elevhälsa, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen med flera, där samtycke finns, och arbetar för att skapa trygg informationsöverföring mellan olika enheter och för att det inte ska belasta barnet/ungdomen eller dennes familj.

”En väg in” är en gemensam ingång för kommunens barn och deras vårdnadshavare, för en första kontakt och bedömning. Funktionen bemannas av både första linjens barnpsykiatri (samtalsmottagningen) och barn- och ungdomspsykiatrin. Regelbundna möten hålls mellan Kärnan, som är en del av barn- och ungdomspsykiatrin men riktar sig mot små barn, barnmorskemottagningen och BVC samt psykiatri- och beroendemottagningen för att tidigare kunna identifiera psykiatriskt lidande.

Mini-Maria är en samverkansmottagning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, för unga med beroendesjukdom. Då socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte har samma dokumentationssystem eller tillgång till varandras system så är samverkan än viktigare.

För våra ungdomar och unga vuxna finns en nära samverkan mellan ungdomsmottagningen och unga vuxna-mottagningen, där patienter kan röra sig sömlöst mellan mottagningarna utifrån behov och personalens bedömning. Ungdomsmottagningen samverkar även regionalt och nationellt.

Psykiatri- och beroendemottagningen samverkar med frivården när det gäller de patienter som har kontakt med frivården.

Under året har representanter från olika enheter deltagit i möten om SIP (samordnad individuell plan) som kommunens SIP-samordnare har hållit i. Ett sätt att öka kunskapen om vilka patienter, brukare och kunder som ska ha SIP och att i kommunen skapa en samsyn kring SIP.

Vid behov har möten mellan psykiatri- och beroendemottagningen och Fokushuset skett för att diskutera och planera kring enskilda patienter.

Samverkan har skett med enheten för våld i nära relation inom socialtjänsten genom att vårt verksamhetsområde tillsammans med dem arrangerade en förmiddag där föreläsningar hölls för medarbetare inom socialtjänsten och vårt verksamhetsområdet.

## **Bilaga 3 Informationssäkerhet** (Beskrivning av bolagets arbete med informationssäkerhet)

### **Informationssäkerhet 2025** **Omvärlden**

Året som varit har fortsatt skuggats av krig och konflikter världen över. Omvärldsbevakningen inom informations- och cybersäkerhet 2025 präglas av ökade cyberhot, motståndskraft och skärpta EU-regler som NIS2/cybersäkerhetslagen, CER-direktivet och CRA (Cyber Resilience Act). Svenska satsningar sker på civilt försvar och ökad samordning, med fokus på proaktiva strategier, AI-säkerhet och incidenthantering för att stärka samhällets motståndskraft. Cyberbrottligheten ökar, med globala kostnader uppskattade till 10,5 biljoner dollar för 2025 (jämf. 3 biljoner dollar år 2015), vilket understryker behovet av kvalificerad personal för att arbeta förebyggande mot denna brottlighet. Hälso- och sjukvården (både globalt och i Sverige) är fortsatt extra känslig för cyberattacker på grund av värdefullt patientdata, komplexa IT-system (med gammal och ny utrustning), beroende av tillgänglighet för livräddande funktioner och dess känslighet för störningar. Antalet attacker ökar, vilket leder till risker för försenade operationer, omdirigerade ambulanser och störningar i vården. Organisationer inom hälsovård behöver fortsatt ha en hög beredskap och vara förberedda för att utsättas för olika attacker i form av nätfiske och ransomware-försök, DDoS-attacker (överbelastningsattacker), felkonfigureringar i molntjänster, attacker mot webbaserade tjänster som ansökningsformulär, samt intrångsförsök genom smarta prylar som kopplas upp till nätet (IoT).

### **Tiohundra**

Den systematiska uppföljningen av Tiohundras informationssäkerhetsarbete består av flera delar. Verktyget Cybersäkerhetskollen, kombinerat med riktade revisioner (interna och externa) och internkontroller utgör den systematiska uppföljningen. Årlig sammanfattning på mer detaljerad nivå beskrivs i *Årsrapport informationssäkerhet 2025 Tiohundra* och även i *Årsrapport från dataskyddsbudet 2025*. I och med att Cybersäkerhetslagen börjar gälla 15 januari 2026 har fokus under 2025 legat på att anpassa processer för att bättre kunna efterleva lagen.

### **Risker, utvärderingar och förbättringsarbete**

Tiohundra dras fortfarande med en it-teknisk ”skuld” i form av gammal infrastruktur vilket påverkat informationssäkerheten och orsakat incidenter med påverkan på patientsäkerheten. Dessa risker identifierades för några år sedan och förflytningsarbete påbörjades och pågår fortfarande. I och med förflyttningen till att Serviceförvaltningen förvaltar infrastruktur och nät har en modernare infrastruktur och behovet av kompetenser för framtidens utveckling till viss del säkrats. Den lokala förvaltningen av respektive systemobjekt är under utveckling och behöver fortsätta utvecklas för att risker i form av att bland annat ställda leverantörskrav inte efterlevs eller brister i behörighetsrevisioner och loggkontroller uppstår. För att få en mer komplett bild över var Tiohundras risker finns inom datornätverk och informationssystem och vilka skyddsåtgärder som ger mest effekt har extern part utfört granskningar/revisioner vid två tillfällen under 2025 med olika fokus. Utifrån dessa granskningar har ett antal nätverks- och systemrisker och brister identifierats. Utifrån granskningsrapporterna har åtgärdsplaner tagits fram och skyddet förbättrats. De allra största riskerna som identifierats har åtgärdats även om mycket arbete kvarstår. En stor del i arbetet är att få till systematiserade rutiner så att de brister som uppdagades inte uppstår igen.

### **Incidenter**

De digitala system som Tiohundra råder över har inte utsatts för några större yttre hot. Ett antal åtgärder har gjorts för att minska inflödet av nätfiskemejl och även införandet av stöd för användarna att uppmärksamma nätfiskemejl. Under 2025 har fem incidenter med stor verksamhetspåverkan uppstått. Incidenterna har rört avbrott i nätverk, bortfall av intranät och dokumentcenter samt upprepede telefonistörningar (driftproblem hos

telefonleverantören Telia). Tre incidenter har bedömts som anmälningspliktiga NIS-incidenter och rapporterats till tillsynsmyndighet via MSB:s rapporteringsportal. Utökad utredning i form av händelseanalyser har genomförts på de incidenter som uppstått där Norrtälje sjukhus har gått upp i stabsläge.

### **Journalföring**

Behörighetskontroll, loggkontroll och granskning av att dokumentation i patientjournaler sker enligt uppsatta rutiner. Under året har en satsning gjorts på kompetensutveckling och framtagande av APT material i hur journalinformation gällande patienter med skyddad folkbokföring ska hanteras.

### **Bilaga 4. Strålskydd** (En kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet)

*Berör inte verksamheten.*