



Patientsäkerhetsberättelse

Närsjukvård

2025



Datum: 2026-01-23
Ansvarig för innehållet:
Ulla Andersson, verksamhetsområdeschef
Ebrahim Alzaboot, specialistläkare

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

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Informationssäkerhet	6
Strålskydd.....	6
En god säkerhetskultur	6
Adekvats kunskap och kompetens.....	7
Patient som medskapare.....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu.....	11
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling.....	12
Avvikelser.....	13
Klagomål och synpunkter	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANIGNAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	14
Bilaga 1. Organisation och ansvar.....	15
Bilaga 2 . Samverkan	16
Bilaga 3 Informationssäkerhet.....	16
Bilaga 4. Strålskydd	17
Bilaga 5 MÅL, strategier och utmaningar för kommande år	18
Ordförklaring.....	20

SAMMANFATTNING

Under året har primärvården arbetat systematiskt för att stärka patientsäkerheten genom tydlig styrning, engagerad ledning och en fördjupad säkerhetskultur. Arbetet har präglats av strukturerad uppföljning, aktivt lärande och en alltmer etablerad rutin för att identifiera och hantera risker i verksamheten. Avvikelse diskuteras återkommande i samtliga team och kompletteras av M&M-konferenser och lärandeforum som bidragit till att stärka den gemensamma analysförmågan. Medarbetarenkäter visar även en positiv trend med höga HSE- och HME-index, vilket tyder på god organisatorisk stabilitet och förbättrade arbetsförhållanden.

Verksamheten har under året prioriterat flera centrala områden som direkt påverkar patientsäkerheten. Basala hygienrutiner (BHK) har följts upp genom återkommande mätningar och utbildningar. Antibiotikaförskrivningen har analyserats genom självdeklarationer, journalgranskningar och uppföljning av följsamhet till Kloka listan, vilket bidragit till minskad variation i förskrivningen och en ökad medvetenhet om resistensproblematik.

Läkemedelsgenomgångar för äldre har varit ett fortsatt prioriterat område, där strukturerade rutiner och regelbundna uppföljningar integrerats i målkorten. Informationsinsatser från apotekare har ytterligare stärkt kvaliteten i det läkemedelsrelaterade arbetet. Parallellt har kontinuiteten i patientmötet lyfts fram som ett betydande utvecklingsområde, både genom synpunkter från patienter och genom interna data. Insatser såsom styrd listning, förbättrad hantering av olistade patienter och anpassad bemanning har påbörjats.

Organisatoriska flöden har också utvecklats. Telefontillgängligheten har analyserats och åtgärdats genom bemanningsplanering och förberedelser för nytt telefonväxelsystem. Prioriteringsronder har etablerats för att säkerställa att kroniska patienter får rätt uppföljningsintervall. Digitala arbetsätt har utvecklats genom förbättrade bokningsmöjligheter och utökning av chattfunktioner.

Riskhanteringen har stärkts genom strukturerad rapportering i Händelsevis och genomförande av riskanalyser enligt bolagets riktlinjer. En viktig lärdom är att många risker uppstår när befintliga rutiner inte följs, vilket understryker behovet av kontinuerlig repetition och förstärkt introduktion. Avvikelse under året – 48 risker, 36 tillbud och 45 negativa händelser – har lett till reviderade rutiner och förbättrade processer, särskilt inom diktathantering, läkemedelsprocesser och prioriteringsflöden.

Egenkontroller visar goda resultat inom flera områden, men kvarstående utmaningar finns främst inom kontinuitet, återbesök för kroniska sjukdomar, läkemedelssäkerhet hos äldre och andelen primärvårdsärenden som söker Närakuten. Åtgärder har initierats genom rekrytering, tidbokjusteringar, processkartor för psykisk ohälsa och förbättrad uppföljning via Medrave och Vårdfaktura.

Sammanfattningsvis har året präglats av starkt säkerhetskultur, fördjupad kompetens, utvecklade arbetsätt och tydlig styrning mot förbättrad kvalitet. Samtidigt följs identifierade utvecklingsområden systematiskt upp för att säkerställa fortsatt progression kommande år.

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.

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.

Mål	Strategi
Vi ökar den digitala och fysiska tillgängligheten för våra patienter	Säkerställer hög telefontillgänglighet som är vår första kanal in för patienter. Prioriterar besöken utifrån medicinskt behov och möjlighet till digital kontakt.
Vi utvecklar moderna kommunikationskanaler utifrån våra patienters behov	Ökar möjlighet för patienter att använda AÖ både vid kommunikation och bokning. Digitalt när det är möjligt och fysiskt när vi måste.
Vi använder lämpliga metoder för att uppnå hög kvalitet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet	Anpassar vår verksamhet utifrån patienters behov. Säkerställer medicinsk kvalitet genom att regelbundet följa kvalitetsparametrar.
Vi arbetar förebyggande och hälsofrämjande	MI samtal om den egna förmågan till förändrade/förbättrade levnadsätt utifrån sin unika situation.
Vi har stolta chefer och medarbetare som är engagerade, delaktiga och som utvecklas	Vi utvecklar ett närvarande och hållbart ledarskap, stärker delaktighet och inflytande samt skapar strukturer för kontinuerligt lärande.

Organisation och ansvar

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

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.



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

Säkerhetskulturen bygger på attityder, förväntningar, förhållningssätt och värderingar vilka styr beteenden och beslut i det dagliga arbetet. Alla chefer och medarbetare i förvaltningen ska sträva efter hög patientsäkerhet, föregå med gott exempel och medverka till god, säker kultur.

Medarbetare uppmanas aktivt att göra avvikelser när något inträffar eller när man identifierar en risk för att något skall inträffa.

Inom primärvården diskuteras kvalitetsengagemang, patientsäkerhet, identifierade risker och rapporterade avvikelser regelbundet på arbetsplatsträffar, läkar- och sjuksköterskemöten, i primärvårdens ledningsgrupp samt inom nätverket för medicinska rådgivare. Faktorer som påverkar patientsäkerhetskulturen diskuteras samt metoder och verktyg för att öka kunskapen om dessa och visa vilka utvecklingsmöjligheter som finns för patientsäkerhet.

M&M-konferenser (Morbidity and Mortality = sjuklighet och dödlighet) för läkare är ett verktyg som används för att följa upp och skapa dialog. Vid M&M ges möjlighet att diskutera, reflektera, lära och dela med sig av sina beprövade erfarenheter av fall som gått bra eller där det uppstått problem.

Vi har också gemensamma möten för läkare och sjuksköterskor där det ges möjlighet till ett gemensamt lärande och där det också skapas förutsättningar för en god arbetsmiljö. Alla utbildningsläkare (AT, BT, ST och vik UL) har schemalagd handledning 1 h/vecka för att säkerställa att de får en god utbildning och att vården som ges är patientsäker.

Resultatet av den årliga enkäten redovisas på APT och utifrån resultatet görs handlingsplaner inom de områden där det finns ett förbättringsbehov. Enligt 2025 års medarbetarenkät var HSE-index 82,6 medan HME-index var 84,7 vilket är en ökning av HSE-index. Resultaten är bättre än genomsnittet i Stockholm

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Nedan beskrivs hur yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.



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

Sjuksköterskor erbjuds specialistutbildning till distriktssköterska, astma/KOL eller diabetessjuksköterska. Under året har 3 sjuksköterskor läst specialistutbildning på halvtid parallellt med vanligt arbete i primärvården. 2 av sjuksköterskorna blev klara under året. 3 barnsjuksköterskor har gått Obesitas utbildning 7,5 hp

Utöver specialistutbildningar har medarbetare gått instruktörsutbildning för HLR, step up för sjuksköterskor, vaccinationsutbildning för sjuksköterskor, försäkringsmedicin för läkare samt smittskyddsutbildning för läkare och sjuksköterska. MI utbildning för läkare på BUMM. Medarbetare på BVC går obligatoriska utbildningar som BVC-enheten anordnar och barnmorskor går på de utbildningar som MHV-enheten anordnar.

Strama Stockholm har hållit i programmet för en fortbildning och vid det tillfället genomfördes också diskussion och reflektion över antibiotikaförskrivningen på respektive vårdcentral

Samtliga vårdcentraler har under året genomfört den årliga självdeklarationen avseende antibiotikaanvändning. Arbetet kompletteras av Region Stockholms läkemedelskommittés rekommendationslista, Kloka Listan, som årligen sammanställs för att stödja evidensbaserade och jämlika läkemedelsval inom regionen. Kloka Listan utgör därmed ett centralt kunskapsunderlag för primärvårdens förskrivare.

Nedan beskrivs hur säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.

Säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.

Utifrån avtalet med KSON bemannas enheterna med sjuksköterskor och läkare under hela öppethållandetiden. Eftersom arbetet sker under vardagar finns möjlighet till konsultation med erfarna kollegor, både internt och externt. Sjuksköterskor och distriktssköterskor svarar i telefon som första linjens triagering för att hänvisa patienter till rätt vårdnivå eller ge egenvårdsråd. Bemanningen säkerställs med hjälp av tidboken i Take Care och kontroll av daglig drift av verksamheten. Prioritering görs vid planerad och oplanerad frånvaro.

Nedan beskrivs även hur vi arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Beskrivningen över hur vi arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Allt förbättringsarbete görs är systematiskt och strukturerat. Våra förbättringsteam är tvärprofessionella och har representanter från de berörda yrkeskategorierna och enheterna. Patient- och anhörigmedverkan är alltid en viktig del i vårt förbättringsarbete

Vi använder oss av en vedertagen metod för förbättringsarbete och arbetar enligt stegen i förbättringstrappan. Förbättringsarbetet börjar alltid med en initial kartläggning av nuläget för vår verksamhet, enligt metoden 5P. Därefter fastställs tema, övergripande mål och delmål. När det är gjort börjar arbetet med att ta fram förbättringsidéer som sedan testas med hjälp av PDSA-cykler. Det tas fram mått för att vi ska kunna mäta och utvärdera om de förändringar som görs faktiskt är förbättringar. När förbättringsidéerna snurrats tillräckligt många varv i PDSA-cyklerna och konstaterats leda till våra uppsatta mål är det dags för implementering av förbättringsidéerna på en bredare front.

Patienten som medskapare

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



Struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet

Patienter och närstående medverkar alltid i våra förbättrings- och utvecklingsarbeten. Verksamheten använder sig av ett flertal av verktygen i *Verktygslåda för patientsamverkan* för att säkerställa att patientperspektivet tas till vara i allt förbättrings- och utvecklingsarbete som görs. Vi använder oss bland annat av patienter och närstående i förbättringsteamerna, patient- eller fokusgruppsintervjuer, patientberättelser, kär- och galen och patientenkäter.

Primärvården och Närakuten har haft patienter eller närstående i förbättringsarbete gällande hur vi skall minska patienter på primärvårdsnivå som söker på Närakuten.

Exempel på hur patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten

Patienter och närstående har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål via 1177, mejl, telefon eller direkt vid mötet. De kan också erbjudas att medverka i händelseanalyser, utredningar och riskanalyser genom till exempel intervju och kan då ge förslag på förbättringar. På vårdcentralerna finns det förbättringslådor där patienter och närstående kan lämna förbättringsförslag.

Resultatet från den nationella patientenkäten analyseras och diskuteras i primärvårdens ledningsgrupp och tillsammans med all personal i samband med en arbetsplatsträff. Utifrån resultatet tas

förbättringsområden fram som respektive vårdcentral sedan arbetar vidare med. Vid förra årets patientenkät (som analyserats i år) fick vårdcentralerna i Tiohundra en dimensionspoäng på 82% för helhetsintryck, vilket är en försämring på 0,1% jämfört med föregående år. Motsvarande resultat för riket var 79,5% och för Stockholm 80,3%. Det område där samtliga av våra vårdcentraler hade lägst resultat handlade om kontinuitet och koordinering och det är därmed ett av våra identifierade förbättringsområden.

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.

Nedan beskrivs de egenkontroller som genomförts under året för ökad patientsäkerhet.

Verksamhet/ enhet	Område och omfattning	Mål	Resultat och analys	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Källa
Primärvård	BHK	Basala hygienrutiner och klädregler ska följas till 100%	År 2025 var följsamheten 89% på helåret för hela VO.	Alla enheter följer upp resultaten vid APT för att medvetandegöra vikten av följsamhet till BHR	Några enheter saknade påminnelse om mätningen på hösten och resultatet blev osäkert.	PPM- trycksår.
Primärvård	Prioritering: Andel patienter med kroniska sjukdomar som har fått ett återbesök inom 18 m	Mål >85%	78,7% vilket är en försämring mot föregående år med 3%. Orsaken kan bero på stora ny patientflöden och omprioriteringar av tider.	Patienter har kallats utifrån väntelistor och diagnos. Prioriteringar har utförts utifrån behov och kapacitet.	Stor andel nya patienter har påverkat förutsättningen att ta emot de från väntelista eftersom prioriteringar har varit nödvändiga.	Medrave
Primärvård	Kontinuitet: Index för patienter med kroniska sjukdomar som träffat samma sjuksköterska senaste 18m	Mål >0,35	0,22 vilket är en försämring jmf med förra året. Orsaken kan bero på stora ny patientflöden och omprioriteringar av tider.	Prioriteringar har utförts utifrån behov och kapacitet.	Med den stora andelen nya patienter har sjuksköterskor behövt prioritera telefon som är vår första ingång till kontakt.	Medrave
Primärvård	Index för patienter med kroniska sjukdomar som träffat samma läkare senaste 18m	Mål >0,5	0,39 vilket är det samma som föregående år. De små enheterna har bättre resultat än de större.	Listning på namngiven läkare, rekrytering av specialister,	Rekrytering pågår oavbrutet. Listad på namngiven läkare pågår och fördelning av patienter utan fast läkarkontakt har utförts på vissa enheter.	Medrave
Primärvård	Psykisk hälsa: Besök/patient hos psykosociala teamet	Mål <3,39 Regionens värde	3,09 vilket är lägre än Region Stockholm	Påbörjat arbete med ”stegvis vård”	Analys är utförd om patientunderlag, diagnoser och behandlingar. Nu pågår analys av kompetens inom teamet.	Medrave
Primärvård	Andel (%)patienter som med evidensbaserad diagnos vid SSRI behandling	>60%	42,3% vilket är 0,92% sämre än förra året.	Prioriteringar har utförts utifrån behov och kapacitet. Svårigheter att följa upp patienter med långtidsbehandling när många nya med mer akuta besvär har hanterats.	Fortsätta att arbete med att följa denna grupp av patienter.	Medrave
Primärvård	Täckningsgrad:	<0,14	0,16-0,24	Analys av antalet patienter som söker över kvoten,	Fortsatt hög andel patienter som söker Närakuten. Enkät lämnad	LUD/GUPS

	Minska andelen patienter som söker närakuten på primärvårdsnivå			harmonisering av tidböcker för akuta besök utifrån behovet. En ve öppnar drop in för lättakuta besvär	till patienter för analys, arbetsgrupp utformad för att se över flödet.	
Primärvård	Äldre: Olämpliga läkemedel till äldre	<8,5%	9,48% vilket är ca 1% från målvärdet	Läkemedelsgenomgångar för patienter inskrivna i hemsjukvården och de som är över 75 år och har 5 eller fler läkemedel.	Årlig utbildning/information/reflektion via apotekare gällande förskrivning. Följa KVÅ kod för LMG	Medrave

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/Sarah.

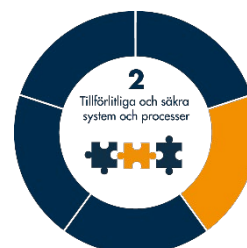
Nedan beskrivs hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp. Det framgår hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Utredning/Fördjupad utredning	Lex Maria	Åtgärd
Suicid försök	Nej	Info vid läkar-och sjuksköterskemöten: Uppmärksamma patienter som söker flera gånger under kort tid.
Missförstånd om vårdåtgärd/behandling	Ja	Information till medarbetare, utformning av informationsmeddelande till patient vid planerad undersökning.
Suicid	Nej	Lathund för sjuksköterska i telefon vid samtal om psykisk ohälsa samt

		rutin gällande bokning av ”orienterande besök” till sjuksköterska.
Försenad mammografi		Utredning ej utförd ännu.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Nedan beskriv de arbetsprocesser och system som är relevanta inom vår verksamhet.

Identifierade relevanta områden	hur vi arbetar för att förbättra dem
Basala hygienrutiner	Mäta och analysera resultat, informera nyanställda och genomföra utbildning om BHR.
Antibiotikaförskrivning	Följsamhet till Kloka listan mäts och följs. Självdeklaration på 3 delar gällande förskrivning utförs årligen på samtliga vårdcentraler.
Läkemedelsgenomgångar för äldre	Informera om att utföra LMG samt följa detta månadsvis i målkorten.

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.



Nedan beskrivs identifierade områden som är relevanta inom vår verksamhet.

Identifierade relevanta områden	hur vi arbetar för att förbättra dem
Telefontillgänglighet	Säkerställa bemanning, mäta tillgänglighet, byte av telefonväxelsystem.
Prioritering av bokningar till läkare	Säkra det akuta flödet, se över kroniker som måste komma, utforma digitala processer för patienter som är stabila i sin sjukdom.
Medicinsk fotsjukvård	Utbildar egen personal, succesiv övergång till vård i egen regi.
Alltid öppet	Öka möjligheten för patienter att själv boka, omboka och avboka tid. Utöka chattfunktionen på samtliga enheter.

Cosmic Birth	Nytt journalsystem införs hos BMM, medverkan av hela arbetsgruppen.
---------------------	---

Riskhantering

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

Nedan beskrivs hur vi hanterar risker för vårdskador.

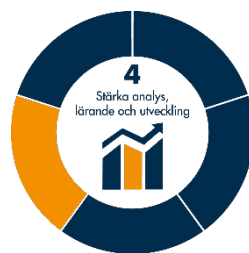
Arbetsätt för att Identifiera risker	Lärdomar
Risker rapporteras i avvikelsesystemet HändelseVis	Många risker handlar om att medarbetare ej har följt rutiner av olika orsaker. Påminnelse om befintliga rutiner är lika viktigt som information om nya. Detta behöver ske regelbundet på APT.
Bolagsövergripande riktlinje för riskanalys	Medarbetaren som har den bästa kompetensen om den dagliga processen identifierar risker i sin vardag. Arbetsgruppen är med och utför riskanalys.

Nedan beskrivs identifierade riskområden som är relevanta inom vår verksamhet och hur vi arbetar med att undvika dem.

Risker (riskområden)	Åtgärder för att förhindra risken
Lång väntetid för icke akuta besvär	Prioritering av besök utifrån besvär genom ronder
Missförstånd om behandling efter besök	Använda Tandem för snabb diktering och rek patienten att läsa sin journal
Telefonkontakt	Bemanna utifrån patientflöden.

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.



Nedan beskrivs i vilken mån förbättras system och arbetsätt utifrån tillgänglig information samt identifierade områden som är relevanta inom vår verksamhet.

Identifierade relevanta områden	Hur vi arbetar för att förbättra dem
Antibiotikaföreskrivning	Journalgranskning, självdeklaration, följsamhet till Kloka listan.
Kontinuitet	Lista på namngiven läkare, fördela olistade patienter, rutiner.
Äldre och läkemedel	Utföra läkemedelsgenomgångar, information 2 gånger/år av informationsapotekare.

Avvikelser

Nedan beskrivs hur vi arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada samt en samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits.

Avvikelser (Typ)	Antal	Åtgärder
Risk	48	Riskerna har handlat om diktat som är fel utifrån patient eller prioritering. Åtgärderna är information till berörda samt påbörja införandet av Tandem.
Tillbud	36	Behov av att påminna om befintliga rutiner och informera nyanställda om var rutiner finns.
Negativ händelse	45	Samtliga har lett till reviderade rutiner baserat på inträffade händelser.

Klagomål och synpunkter

Nedan beskrivs hur klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och 1177, sammanställs och analyseras samt samlade analyser av klagomål och synpunkter och några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits.

Typ av klagomål och synpunkter	Antal	Hur vi arbetar för att förbättra dem
1177	188	Ökning av klagomålen jmf med föregående år. Vi har ändrat inflödet på receptförnyelse från 1177 till AÖ. Detta har medfört många synpunkter. Informationen förbättras utifrån de synpunkter som kommer in.
PaN	42	De klagomål som inkommit under året rör främst områdena vård och behandling samt kommunikation , vilket överensstämmer med tidigare års trender. Varje ärende analyseras utifrån bakomliggande orsaker och eventuella brister i rutiner, bemötande eller informationsöverföring. Resultaten diskuteras i ledningsgrupp och arbetsplatsträffar för att säkerställa lärande och åtgärdsplanering.

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.



Nedan beskrivs hur detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling och en beskrivning av identifierade områden som är relevanta inom vår verksamhet.

Identifierade relevanta områden	hur vi arbetar för att förbättra dem
Psykisk hälsa	Identifiera patienters behov, se över kompetensen inom teamet och sedan öka kompetensen utifrån behovet.
Prioriteringar	Se över befintligt akutflöde, arbeta med ronder för att prioritera rätt, omvärldsspana hur andra gör.
Äldre	Säker läkemedelsbehandling genom läkemedelsgenomgångar.
Journalssystem	Nytt journalssystem för BMM införs.

MÅL, strategier och utmaningar för kommande år

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård, beskrivs i bilaga 5

BILAGA 1. Organisation och ansvar

Roll	Ansvar
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON)	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.
Styrelsen för Tiohundra AB	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.
Verkställande direktör	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
Chefläkare	ansvarar för samordning på övergripande nivå och stöd i uppföljning av brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (omsorg) MAS	ansvarar för samordning på övergripande nivå och stöd i uppföljning av brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker.
Verksamhetschef	har ansvar för att all personal inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt arbetar med att förbättra kvalitet och säkerhet för våra kunder.
Enhetschef/klinikchef	har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i den dagliga verksamheten, dvs. att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten kontinuerligt.
Medarbetare	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 är av stor vikt för att säkerställa god patientsäkerhet)

Samverkansgrupp/part	Funktion
Hemsjukvård/primärvård	Läkarinsatser från primärvården,
BVC/primärvård	Läkarinsatser 10% från primärvården
BVC	Samverkar med Öppna Förskolan, BUMM, BUP/BMM
Psykiatri/primärvård	Nytt flöde sk Bronsteam gällande brukare boende på socialpsykiatriska boenden.
BMM/primärvård	Läkarinsatser 10% från primärvården
BUMM	Samverkan med BUP och BVC
Primärvård	Norrtälje sjukhus, KS lab, BVC, BMM, Psykiatri, BUMM

Bilaga 3 Informationssäkerhet (Beskrivning av bolagets arbete med informationssäkerhet)

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. Cyberbrottsligheten 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 brottslighet.

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 dataskyddsombudet 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 upprepade telefonistörningar (driftproblem hos telefonileverantören 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)

Ej aktuellt för verksamheten.



Bilaga 5 MÅL, strategier och utmaningar för kommande år

Mål	Strategier	Planerade åtgärder	Aktiviteter	Egenkontroll
Prioritering: Patient med kronisk sjukdom som träffat läkare eller sjuksköterska inom 18m Mål:>85%	Patienter med kroniska sjukdomar följs upp regelbundet. Intervall och profession avgörs av patientens aktuella hälsotillstånd.	Ronder för prioritering samt bokning av patienter utifrån personcentrerad vård.	Utreda vilka som skall komma på läkarbesök och vilka som kan få hjälp på annat sätt.	Mätningar i Medrave
Kontinuitet: Läkare:>0,5 Sjuksköterska: >0,35	Ökad kännedom om patienter ger trygghet och underlättar arbetet.	Patienter med kroniska sjukdomar följs av samma vårdgivare.	Lista patienten på namngiven läkare.	Mätningar i Medrave ListOn
Psykisk hälsa antal besök/patient: Mål: <3,4	Primärvården skall behandla upp till medelsvår psykisk ohälsa.	Stegvis vård med olika behandlingsalternativ utifrån diagnos.	Processkarta för depression, ångest och stress/utmattningssyndrom utformas	Mätningar i Medrave
Evidensbaserad diagnos vid SSRI behandling: Mål: >60%	Identifiera patienter med SSRI behandling.	Receptförnyelse-rutin för SSRI preparat behöver revideras	Utforma och införa rutin/flöde	Mätningar i Medrave

Olämpliga läkemedel till äldre Mål:<8,5%	Utforma lokal strategi för att komma ihåg att utföra LMG	Säkra att läkemedelsgenomgång utförs på patienter över 75år	Mäta registrerade KVÅ koder för läkemedelsgenomgång	Medrave/Vårdfaktura
Självskattning BHK Mål:90%	Säkerställa adekvat hygienkultur på enheten	Mäta 2 gånger /år Analys av resultatet vid APT	Webb utbildning för all personal	Kvalitesenheten

Ordförklaringar

I patientsäkerhetsberättelsen förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Ord/förkortning/begrepp	Här redovisas ord och förkortningar som används i rapporten.
KSON	Kommunalförbundet sjukvård och omsorg Norrtälje
Takecare	Journalssystem
M&M konferenser	Morbidity and Mortality konferens är regelbundna, ofta månatliga, möten inom sjukvården där personal analyserar fall med oväntade komplikationer eller dödsfall. Syftet är att lära av misstag, förbättra patientsäkerheten och stärka kvaliteten genom öppen diskussion, snarare än att utkräva individuell skuld, ofta med fokus på att identifiera systemfel.
HSE och HME	Enkät till medarbetare: HSE: Hållbart säkerhetsengagemang och HME: hållbart medarbetarengagemang
MI samtal	Motiverande samtal (MI) är en evidensbaserad, personcentrerad samtalsmetod utformad för att stärka en individs inre motivation och engagemang för beteendeförändring.
AÖ	Alltid öppet, en webbtjänst för vården för digitala möten och tjänster
KS lab	Karolinska sjukhusets laboratorium
BUP	Barn Ungdoms Psykiatri
BUMM	Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
BVC	Barnvårdscentral
LUD/GUPS	LUD: Leverantörsuppföljningsdatabas GUPS: Gemensamma uppföljningsplattformen
Medrave	Datasystem som visualiserar och sammanställer journaldata till strukturerad information
ListOn	Liston är en e-tjänst (ofta benämnd ListOn) som används inom primärvården för att registrera och hantera patientlistor vid val av vårdcentral, husläkare eller BVC
BHK	Basala hygienrutiner och klädregler
AT	Allmäntjänstgörande läkare
BT	Bastjänstgörande läkare

ST	Specialisttjänstgörande läkare
Vik UL	Vikarierande underläkare
APT	Arbetsplatsträff
SSRI	Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är de vanligaste receptbelagda läkemedlen mot depression och ångestsyndrom.