

Patientsäkerhetsberättelse för Område hälso- och sjukvård, Socialförvaltningen Stockholm Stad År 2025



Datum: 2026-02-13
Handläggare;
Kaddy Dampha- Kvalitetsansvarig HSL

Ansvarig för innehållet:
Åsa Hellström - Verksamhetschef enligt HSL

Diarienummer: SOF 2026/64

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Utveckling av egenkontroll 2025–2026.....	13
Genomförda egenkontrollsaktiviteter under år 2025.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	17
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen utgör en central del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och syftar till att identifiera risker, analysera inträffade händelser samt vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. Rapporten utgör även ett viktigt underlag för verksamhetsutveckling genom analys av mönster, trender och återkommande riskområden inom patientsäkerhetsarbetet.

Den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten LSS/SoL-hälsan är organisatoriskt placerad inom socialförvaltningens avdelning för socialt stöd och bedrivs inom område hälso- och sjukvård. Verksamheten startades år 2015 och uppdraget har successivt utvecklats i takt med målgruppens behov och stadens tillväxt. LSS/SoL-hälsan består av tre enheter: nord, syd och innerstaden.

Verksamheten ansvarar för att tillhandahålla basal hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till personer som har insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt personer som bor i bostäder med särskild service inom socialpsykiatri enligt socialtjänstlagen (SoL). Hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs av legitimerad personal såsom sjuksköterskor, distriktsköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt av undersköterskor inom ramen för delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Målgruppen består huvudsakligen av personer med intellektuell funktionsnedsättning, ofta i kombination med ytterligare medicinska eller psykiatriska tillstånd. Inom socialpsykiatri är psykossjukdomar, såsom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, vanligt förekommande. Många individer har omfattande och sammansatta behov av stöd, behandling och omvårdnad, vilket ställer höga krav på samverkan mellan olika professioner och verksamheter.

Verksamheten omfattar cirka 230 boendeenheter och cirka 130 dagliga verksamheter. Antalet verksamheter fortsätter att öka i takt med stadens befolkningstillväxt och etablering av nya boenden. LSS/SoL-hälsan har vårdgivaransvar för cirka 4 000 invånare i Stockholms stad som, genom beslut enligt LSS eller SoL, beviljats bostad med särskild service och/eller daglig verksamhet. Verksamheten har fortlöpande vårdkontakt med strax över 2 000 inskrivna patienter. Uppdraget omfattar vuxna individer och gäller under årets samtliga dagar, dygnet runt. För att säkerställa tillgänglighet till hälso- och sjukvård under jourtid har verksamheten tecknat avtal med extern utförare. Familjeläkarna AB ansvarar för närvarande för hälso- och sjukvårdsinsatser under kvällar, nätter, helger och röda dagar.



SAMMANFATTNING

Under 2025 har LSS/SoL-hälsan fortsatt utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom område hälso- och sjukvård. Året har präglats av organisationsförändringar, utökat hälso- och sjukvårdsansvar samt fortsatt arbete för att stärka samverkan, informationsöverföring och uppföljning av vårdinsatser.

Verksamhetens avvikelssystem har förbättrat möjligheterna till att följa upp och analysera händelser och risker. Arbetet med egenkontroll planeras fördjupas men har under året omfattat loggkontroller, läkemedelsgranskningar, inventering av medicintekniska produkter samt uppföljning av informationssäkerhet. Inga allvarliga vårdskador eller Lex Maria-ärenden har inrapporterats.

Samverkan med regionens vårdgivare, omsorgsverksamheter och stadsdelar har fortsatt utvecklats i syfte att minska risker vid vårdövergångar och stärka kontinuiteten i vården. Resultat från enkät inom socialpsykiatrins boenden visar en hög grad av nöjdhet och upplevd delaktighet.

Under året har förutsättningar skapats för ett kliniskt träningscentrum (KTC), hälsofrämjande insatser på gruppnivå och en ny webbutbildning inför delegering har upphandlats och implementerats. Dessa insatser förväntas stärka kompetensen och säkerheten i det patientnära arbetet.

Kommande år prioriteras fortsatt utveckling av analys och lärande, säkrare informationsöverföring vid vårdövergångar, stärkt patientdelaktighet samt beredskap att möta målgruppernas växande och mer komplexa vårdbehov.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Område hälso- och sjukvård leds av verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som även innehar uppdraget som områdeschef. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och lokala styrdokument samt att kraven på god och säker vård upprätthålls. I uppdraget ingår att säkerställa ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, tydlig ansvarsfördelning samt ändamålsenlig uppföljning av verksamheten.



LSS/SoL-hälsan är en del av område hälso- och sjukvård och består av tre enheter: nord, syd och innerstaden. Varje enhet leds av en enhetschef med ansvar för det operativa genomförandet av hälso- och sjukvårdsuppdraget inom sitt ansvarsområde. Enhetscheferna ansvarar för personal, arbetsmiljö, ekonomi och verksamhetsuppföljning samt för att säkerställa följsamhet till gällande rutiner, riktlinjer och patientsäkerhetskrav.

Enhetscheferna har ett särskilt ansvar för att omsätta övergripande beslut och styrning till praktiskt genomförande i det dagliga arbetet. Det innebär att säkerställa att legitimerad personal och övriga medarbetare har tydliga uppdrag, rätt kompetens och kännedom om aktuella rutiner. Genom regelbunden uppföljning, dialog och arbetsplatsträffar skapas förutsättningar för delaktighet och en gemensam förståelse för verksamhetens mål.

Ledningsstrukturen innebär att ansvar, mandat och rapporteringsvägar definieras mellan verksamhetschef, enhetschefer och respektive team. Strukturen syftar till att skapa en samordnad, rättssäker och likvärdig hälso- och sjukvård över hela staden, där gemensamma arbetssätt och systematisk uppföljning skapar förutsättningar för att patienter får vård av likvärdig kvalitet oavsett geografisk tillhörighet.

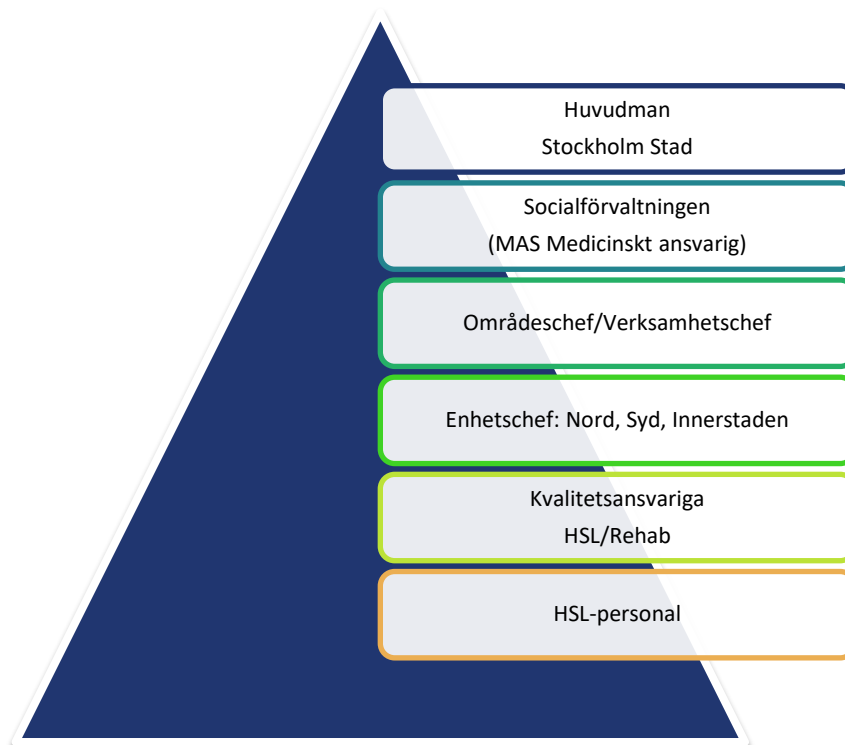
Övergripande mål och strategier

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

- Att LSS/SoL-hälsans målgrupper erhåller patientsäker God och nära vård med hög tillgänglighet.
- Att LSS/SoL-hälsans patienter får bästa möjliga vård genom att verksamheten fördjupar sitt arbetssätt och metoder.
- LSS/SoL-hälsans målgrupp ska erhålla hälsofrämjande insatser.
- Att LSS/SoL-hälsan jämför produkter och tjänster efter klimatpåverkan.
- Att LSS/SoL-hälsan har budget i balans, med bibehållen patientsäkerhet.
- Att LSS/SoL-hälsan arbetar med aktiviteter som främjar god arbetsmiljö.
- Område hälso- och sjukvård är rustade för framtidens kompetensförsörjning.

Organisation och ansvar

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



Stockholms stad är huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården och ansvarar för att fastställa övergripande riktlinjer samt säkerställa att vården bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och nationella föreskrifter. Inom socialförvaltningen finns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som företräder huvudmannen och ansvarar för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs med god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Områdeschef som även är verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att verksamheten planeras, leds och följs upp i enlighet med vårdgivarens krav och mål. Enhetschefer ansvarar för det operativa genomförandet av verksamheten, inklusive personal, arbetsmiljö och uppföljning av att riktlinjer och rutiner efterlevs i det dagliga arbetet. Kvalitetsansvariga inom HSL och rehabilitering arbetar på uppdrag av vårdgivaren med kvalitetssäkring, uppföljning och utveckling av verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att planera, genomföra och följa upp vårdinsatser utifrån patientens individuella behov samt för att arbeta förebyggande och hälsofrämjande i samverkan med patient, omsorgspersonal och närstående. Undersköterskor deltar i vårdarbetet genom att utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter i enlighet med gällande regelverk. Verksamheten har även administrativ hälso- och sjukvårdspersonal som stödjer samordning, uppföljning och verksamhetens mobila arbetssätt.

Som en del av verksamhetens förebyggande arbete har särskilda hälsopedagogiska funktioner tillsatts. Dessa arbetar med att stärka omsorgspersonalens kunskap om hälsosamma levnadsvanor samt utveckla arbetssätt som främjar patienternas hälsa och delaktighet på gruppnivå.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Målgrupperna inom LSS och socialpsykiatri har ofta komplexa och långvariga vård- och stödbehov. Detta medför en ökad risk för brister i informationsöverföring, otydlig ansvarsfördelning och bristande samordning av vårdinsatser. Erfarenheter från verksamheten samt uppföljning av avvikelser och samverkansprocesser visar att utmaningar främst uppstår i samband med vårdövergångar, informationsöverföring mellan vårdgivare samt i samordningen mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och omsorgsverksamheter. För att minska dessa risker bedrivs ett samverkansarbete på lokal, regional och verksamhetsövergripande nivå.

För att stärka samverkan och säkerställa en enhetlig informationsöverföring mellan LSS/SoL-hälsan och omsorgsverksamheter har ett samverkanskompendium samt en informationssida på nätet tagits fram. Materialet beskriver ansvarsfördelning, kontaktvägar och gemensamma rutiner i samverkan och fungerar som ett stöd i personalens dagliga arbete. Information om materialet sprids löpande genom samverkan med stadsdelarnas verksamheter där enhetschefer och samordnande sjuksköterskor från LSS/SoL-hälsan informerar om arbetssätten i samband med samverkansmöten med LSS- och SoL-verksamheternas enhetschefer.

Samverkan med den externa vårdgivare som ansvarar för hälso- och sjukvård under jourtid utgör en central del av arbetet. Insatser som utförs under jourtid följs upp genom daglig återrapportering samt regelbundna uppföljningsmöten mellan samordnande sjuksköterskor och jourverksamhetens samordnare. Arbetssättet syftar till att säkerställa kontinuitet i vården, korrekt informationsöverföring och följsamhet till medicinska ordinationer.

Samverkan med primärvården har under året utvecklats genom ett mer systematiskt arbetssätt tillsammans med regionens geografiska samordnare (GSA). Genom återkommande möten och lokala överenskommelser tydliggörs ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner kring exempelvis läkemedelsförändringar, provtagning och medicinsk uppföljning. Detta förväntas minska risken för fördröjda eller uteblivna vårdinsatser.

LSS/SoL-hälsan deltar även i samverkan med SMO-mottagningen (Samordnat medicinskt omhändertagande) i stadsdelen Kista. Samverkan omfattar ronder, läkemedelsgenomgångar, vaccinationer samt planering av medicinska insatser tillsammans med ett specialiserat team. Verksamheten deltar även i SMO-nätverk för erfarenhetsutbyte och utveckling av arbetssätt. Arbetet bedöms bidra till ökad kontinuitet i läkarkontakter och minskad risk för vårdskador kopplade till komplex medicinsk behandling.

Samverkan sker även med Habilitering och Hälsa samt andra specialistverksamheter, vilket bidrar till ökad kunskapsöverföring och samordning av habiliterande och rehabiliterande insatser.

Under året har verksamheten deltagit i regionala och stadsövergripande nätverk kopplade till omställningen till God och nära vård. Samverkan omfattar bland annat utvecklingsarbete kring övergången från barn- till vuxenvård, där behov av tydligare rutiner för överrapportering och

ansvarsfördelning har identifierats. Detta arbete är särskilt viktigt för att minska patientsäkerhetsrisker i samband med vårdövergångar.

Vid utskrivning från slutenvård sker samverkan med biståndshandläggare, omsorgsverksamheter och andra berörda aktörer. Vid behov upprättas samordnad individuell plan (SIP) för att tydliggöra ansvar, insatser och uppföljning, vilket stärker kontinuiteten i vårdkedjan.

Samverkan sker även inom kompetens- och verksamhetsutveckling. Verksamheten samarbetar med utbildningsaktörer och deltar i mottagande av studenter, vilket bidrar till att stärka kompetensförsörjningen inom kommunal hälso- och sjukvård och utgör en viktig del i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

En säker hantering av patientuppgifter är en grundläggande förutsättning för god och säker vård. Brister i informationssäkerhet kan medföra risk för felaktiga vårdbeslut, bristande kontinuitet samt integritetsintrång. Samtliga medarbetare genomgår årligen stadens webbaserade utbildning i informationssäkerhet i enlighet med gällande lagstiftning och stadens interna riktlinjer. Varje medarbetare ansvarar även för att hålla sig uppdaterad om de regler och rutiner som gäller för hantering av patientinformation i det dagliga arbetet.

LSS/SoL-hälsan hanterar patientuppgifter kontinuerligt i digitala system, vilket ställer höga krav på säker systemförvaltning och behörighetsstyrning. E-hälsosystem som upphandlas lokalt informationsklassas årligen. Arbetet med informationsklassningar har under året fördjupats genom ett utvecklat arbete med uppföljning av identifierade risker kopplade till informationshantering och systemanvändning.

Behörigheter tilldelas enligt principen om minsta möjliga åtkomst, vilket innebär att medarbetare endast ges den åtkomst som krävs för att fullgöra sitt uppdrag.

Verksamhetens personuppgiftsregistreringar har under året genomgått granskningar i syfte att säkerställa korrekt hantering av personuppgifter och efterlevnad av gällande regelverk. Verksamhetens lokala dataskyddsombud ger stöd i frågor rörande personuppgiftsbehandling och lokala rutiner samt deltar i socialförvaltningens GDPR-nätverk, vilket bidrar till kunskapsutbyte och utveckling av arbetssätt inom informationssäkerhetsområdet. En särskild rutin för dataskydd har även arbetats fram och publicerats på verksamhetens informationssida för att tydliggöra begrepp, ansvar och arbetssätt.

Loggkontroller och uppföljning av digitala verktyg genomförs regelbundet i syfte att förebygga och upptäcka otillåten åtkomst av patientinformation.

En god säkerhetskultur

Verksamheten arbetar aktivt för att främja en god säkerhetskultur där patientsäkerhet utgör en integrerad del av det dagliga arbetet. Arbetet omfattar systematiska uppföljningar, kompetensutveckling, samverkan mellan professioner samt strukturerade forum för dialog och lärande.



Genom egenkontroller, samverkan och deltagande i utvecklings- och utbildningsinsatser skapas förutsättningar för att identifiera risker, sprida kunskap och kontinuerligt förbättra vårdens kvalitet och säkerhet. Legitimerad personal inom LSS/SoL-hälsan genomför professionsmöten varannan vecka där avvikelser och händelser används som lärande exempel. Syftet är att identifiera bakomliggande orsaker till inträffade händelser och utveckla arbetssätt som stärker patientsäkerheten.

Arbetet på verksamheten bedrivs i multiprofessionella team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Teamen har en kontinuerlig dialog kring patienternas behov och genomför vid behov gemensamma bedömningar och besök. Planering av screeningar och riskbedömningar genomförs systematiskt för att möjliggöra tidig identifiering av ohälsa och behov av förebyggande insatser.

Verksamheten har implementerat ett digitalt system för händelserapportering av vårdskador och risker. Systemet har möjliggjort en mer strukturerad och direkt uppföljning av inträffade avvikelser. Införandet har även bidragit till att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) fått en utökad insyn i förekomna händelser och kan ge en direkt återkoppling till både omsorgsverksamheter och hälso- och sjukvårdspersonal. Arbetssättet förväntas bidra till ökat lärande, stärkt rapporteringsbenägenhet och förbättrade förebyggande åtgärder.

Verksamheten arbetar kontinuerligt för att skapa forum för reflektion, kunskapsutbyte och dialog kring patientsäkerhetsfrågor, vilket bidrar till en öppen och lärande säkerhetskultur.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att personalen har adekvat kunskap och kompetens för att möta målgruppens behov. Verksamheten arbetar med kompetensutveckling genom multiprofessionellt teamwork, deltagande i utvecklingsprojekt samt genom specialistfunktioner inom verksamheten.



Under året har ett hälsofrämjande projekt etablerats där särskilda hälsoprojektledare arbetar med kompetenshöjande insatser riktade till omsorgspersonal. Arbetet omfattar utbildning inom levnadsvanor, förebyggande hälsa samt utveckling av arbetssätt tillsammans med hälsoombud i omsorgsverksamheterna. Verksamheten har länge identifierat ett ökat kompetensbehov kopplat till att målgruppen blir äldre och har mer komplexa medicinska och omvårdnadsrelaterade behov. Stora delar av 2025 har därför ägnats åt att utveckla förutsättningarna för etablering av ett kliniskt träningscentrum (KTC). Arbetet har omfattat planering av verksamheten, införskaffande av lokal samt rekrytering av vårdlärare med ansvar för utbildningsinsatser och utveckling av utbildningsinnehåll.

Syftet med KTC är att stärka de kliniska färdigheterna hos vård- och omsorgspersonal genom strukturerad och verksamhetsnära träning. KTC skapar en pedagogisk utbildningsmiljö där personal kan träna praktiska moment, reflektera kring arbetssätt och utveckla sin kompetens. Verksamheten bedömer att KTC kommer bidra till ökad kvalitet i vårdinsatser, stärkt följsamhet till rutiner och förbättrade förutsättningar att implementera nya arbetssätt på ett enhetligt och säkert sätt.

Verksamhetens arbete med kompetensutveckling syftar till att säkerställa att HSL-personal samt vård- och omsorgspersonal som arbetar med delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter har den kunskap och kompetens som krävs för att genomföra säkra vårdinsatser och möta målgruppens förändrade vårdbehov.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. För verksamhetens målgrupper, där kommunikativa och kognitiva svårigheter kan förekomma, krävs särskilda arbetssätt för att möjliggöra delaktighet i vården.



Under 2025 har verksamheten genomfört en enkät riktad till personer boende inom Socialpsykiatrins särskilda boenden i syfte att följa upp övertagandet av hälso- och sjukvårdsansvaret. Resultatet visar att 82 % upplever sig nöjda med den vård som ges. Majoriteten uppger att de blir lyssnade på och att deras behov uppmärksammas. Resultatet indikerar en hög grad av upplevd delaktighet men visar även behov av fortsatt utveckling, särskilt avseende samverkan med jourverksamheten.

Patienter erbjuds delaktighet genom individuella bedömningar och vårdplanering i dialog med legitimerad personal. Vid behov upprättas Samordnad individuell plan (SIP) tillsammans med patient, närstående och berörda aktörer för att säkerställa tydlig ansvarsfördelning och sammanhållen vård.

Närstående involveras, i den mån patienten samtycker, i planering och uppföljning av vårdinsatser. Närståendes kunskap om patientens behov och livssituation bidrar till ökad kontinuitet och säkerhet.

För att möjliggöra delaktighet arbetar verksamheten med kognitivt stöd och bildstöd i hälso- och sjukvårdssituationer. Verksamheten har en projektgrupp med uppdrag att omvärldsbevaka, skapa arbetsstöd samt utbilda inom området internt. Detta är särskilt viktigt för målgrupper med intellektuell funktionsnedsättning.

Synpunkter och klagomål tas emot enligt fastställda rutiner och följs upp inom ramen för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Resultat från enkäter och inkomna synpunkter används som underlag i det fortsatta förbättringsarbetet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Under 2025 har LSS/SoL-hälsan arbetat med handlingsplanen *Agera för säker vård*. Arbetet har utgått från genomförd nulägesanalys och syftat till att stärka vårdgivarens möjlighet att följa, analysera och förebygga vårdskador samt att utveckla egenkontrollsaktiviteter.

Strategin har varit att förbättra uppföljningen av inträffade händelser, säkerställa tillförlitliga processer, stärka analys och lärande samt öka riskmedvetenhet och beredskap. Egenkontrollen har omfattat uppföljning av avvikelser, riskbedömningar, följsamhet till rutiner, inventering av medicintekniska produkter och hjälpmedel, extern läkemedelskontroll samt loggkontroller.

Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador

Nulägesanalysen visar att kunskap om avvikelserapportering är etablerad och att rapportering i huvudsak sker när händelser inträffar. Sammanställning och analys av vårdskador har tidigare varit begränsad men har stärkts under 2025 genom förbättrat systemstöd. Avvikelser följs löpande via DF Respons, verksamhetens digitala verktyg för händelserapportering.

Analys

Analysen visar att verksamheten tidigare haft begränsade möjligheter att sammanställa och analysera avvikelser och vårdskador på aggregerad nivå. Uppföljningen har i hög grad skett på individ- och enhetsnivå, vilket försvårat identifiering av mönster och återkommande riskområden. Vid vårdövergångar försvåras analysen ytterligare av att dokumentation sker i olika journalsystem, vilket begränsar möjligheten till en sammanhållen uppföljning av hela vårdkedjan.

Åtgärder

- Förstärkt arbete med utredning analys och uppföljning av avvikelser.
- Fortsatt arbete med processens för händelserapportering.

Uppföljning

Avvikelser följs kontinuerligt och sammanställning på övergripande nivå utvecklas under året. Resultat återkopplas i relevanta forum som underlag för förbättring.

Fokusområde 2- Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamhetens förebyggande arbete såsom riskbedömningar och screening, genomförs fortlöpande. Utmaningar finns i samordning och samverkan vid vårdövergångar.

Analys

Patientsäkerhetsrisker uppstår främst i samband med vårdövergångar mellan kommun och region, exempelvis vid in- och utskrivning från sjukhus samt i samverkan med vårdcentral och psykiatri. Riskerna är kopplade till brister i informationsöverföring, otydlig ansvarsfördelning och fördröjd återkoppling. Även internt inom staden behöver informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvård, omsorg och biståndshandläggning fortsatt utvecklas för att säkerställa att aktuella medicinska bedömningar och

ordinationer är kända och följs upp. Avsaknad av gemensamma systemstöd försvårar en sammanhållen dokumentation och uppföljning.

Åtgärder

- Utveckling av arbetssätt för säkrare vårdövergångar.
- Fortsatt implementering av digitala stödverktyg.
- Förstärkt struktur i det förebyggande arbetet.

Uppföljning

Avvikelse kopplade till vårdövergångar och informationsbrister följs upp och analyseras. Resultat återkopplas till berörda verksamheter.

Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

Patientsäkerhet är integrerad i det dagliga arbetet. Stödfunktioner och samordnande sjuksköterskor utgör viktiga delar i att upprätthålla kontinuitet. Verksamheten bedöms vara tillräckligt bemannad för att upprätthålla patientsäkerheten men utmaningar finns vid användning av upphandlad bemanning.

Analys

Risker uppstår främst vid externa störningar samt när personal saknar introduktion i verksamhetens uppdrag och arbetssätt.

Åtgärder

- Kontinuitetsplanering vid särskilda händelser.
- Implementering av digitala verktyg som stöd i det dagliga arbetet.
- Förtydligande av introduktionsbehov vid bemanning.

Uppföljning

Uppföljning sker genom avvikelshantering och dialog i lednings- och arbetsforum.

Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling

Datainsamling sker från flera källor men analys och systemstöd för sammanställningar är fortsatt begränsat.

Analys

Behov finns av mer strukturerade analysmetoder och tydligare återkoppling för att stärka lärandet i organisationen.

Åtgärder

- Förbättrad datainsamling genom utvecklat avvikelssystem.
- Planering för översyn av analys- och återkopplingsstruktur.

Uppföljning

Sammanställning sker årligen och återkopplas i relevanta forum. Utveckling av lärandestrukturer prioriteras fortsatt.

Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kompetensförsörjningsplan och omvärldsbevakning finns etablerad. Färdighetsträning och simulering genomförs inte i nuläget och är ett identifierat utvecklingsområde.

Analys

Avsaknad av strukturerad färdighetsträning kan påverka verksamhetens beredskap.

Åtgärder

- Kartläggning av behov av simulering och färdighetsträning riktad till omsorgspersonal.

Uppföljning

Kartläggningen ska ligga till grund för planerade insatser och stärkt beredskap kommande period.

Samlad bedömning och fortsatt utveckling

Verksamheten har under året stärkt förutsättningarna för uppföljning och analys av patientsäkerheten. Samtidigt kvarstår utvecklingsområden avseende samlad sammanställning av vårdskador, samordning i vårdövergångar, analys och återkoppling samt utveckling av ett mer strukturerat egenkontrollsystem. Dessa områden prioriteras i det fortsatta förbättringsarbetet.

Utveckling av egenkontroll 2025–2026

Under 2025 har verksamheten påbörjat ett utvecklingsarbete för att stärka och systematisera egenkontrollsaktiviteter. Arbetet har inneburit en översyn av befintliga kontrollmoment, tydliggörande av ansvarsfördelning samt strukturering av frekvens och uppföljning inom ramen för ett mer sammanhållet egenkontrollsystem.

Syftet med utvecklingsarbetet är att säkerställa att egenkontrollen i ökad utsträckning möjliggör analys av mönster, identifiering av återkommande riskområden samt systematisk återkoppling till verksamheter och ledning. Arbetet har även fokuserat på att integrera resultat från avvikelshantering, riskbedömningar och övriga kvalitetsuppföljningar i en gemensam struktur.

Utvecklingen av egenkontrollsystemet fortsätter under 2026 med målsättning att ytterligare stärka uppföljning, analys och lärande som en integrerad del av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Genomförda egenkontrollsaktiviteter under år 2025

Område	Syfte	Frekvens	Genomförande	Uppföljning
Loggkontroller (TakeCare och NPÖ)	Säker hantering av patientuppgifter och efterlevnad av informationssäkerhet	1 gång per månad	Genomgång av journalåtkomst samt kontroll av vårdrelation	Individuell återkoppling vid avvikande åtkomst
Informationssäkerhet och dataskydd	Säkerställa regelefterlevnad avseende patientdata (HSL, PDL, GDPR, NIS2 m.fl.)	Årligen samt löpande	Utbildning i informationssäkerhet, informationsklassning av system, granskning av personuppgiftsregistreringar samt uppföljning av identifierade risker	Avvikelse hanteras enligt rutin. Resultat följs upp i ledningsstruktur och vid behov vidtas korrigerande åtgärder
Extern läkemedelsgranskning	Säker läkemedelshantering i LSS/SoL-verksamheter	Årligen	Granskning av rutiner och läkemedelshantering av legitimerad apotekare	Eventuell åtgärdsplan följs upp av omsorgschef och ansvarig sjuksköterska
Klagomål och synpunkter	Kvalitetsutveckling och stärkt patient- och närståendeperspektiv	Löpande	Synpunkter tas emot via olika kommunikationsvägar och hanteras enligt rutin	Återkoppling sker skyndsamt. Avvikelse registreras vid behov
Medicintekniska produkter (MTP)	Säker användning och korrekt hantering av medicintekniska produkter	1 gång per år	Inventering och kontroll genomförs av rehabpersonal	Identifierade brister åtgärdas och följs upp av ansvarig chef och/eller rehabpersonal

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Verksamheten identifierar händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada genom inkomna händelserapporter via det digitala avvikelssystemet (DF Respons), inkomna klagomål och synpunkter, journalgranskningar samt genom dialog med omsorgsverksamheter och vårdgrannar. Även resultat från egenkontroller och riskbedömningar utgör underlag för identifiering av riskområden.

Under 2025 har inga händelser bedömts som allvarliga vårdskador. De vårdskador som identifierats har varit av mindre allvarlig karaktär och har hanterats inom ramen för verksamhetens ordinarie avvikelse- och utredningsprocess.

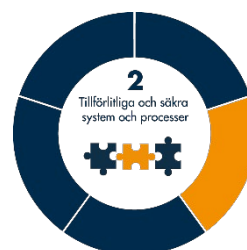
Samtliga händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada har utretts enligt gällande rutiner. Utredningarna har omfattat genomgång av händelseförlopp, analys av bakomliggande orsaker samt bedömning av konsekvenser för patienten. Identifierade brister har lett till riktade åtgärder och återkoppling till berörda medarbetare och verksamheter.

Att inga allvarliga vårdskador har inträffat under året bedöms vara ett resultat av ett strukturerat arbete med riskidentifiering, händelserapportering och förebyggande insatser. Samtidigt kvarstår behovet av fortsatt analys och uppföljning för att tidigt identifiera riskområden och stärka det förebyggande arbetet.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Årets patientsäkerhetsarbete omfattar både uppföljning av inträffade händelser och förebyggande åtgärder. Arbetet syftar till att minska oönskad variation och säkerställa likvärdiga arbetssätt inom hela verksamheten.



Identifierade utvecklingsområden och genomförda åtgärder:

- **Läkemedelshantering**

Årlig extern kvalitetsgranskning av legitimerad apotekare. Genomgång av rutiner, förvaring, dokumentation och följsamhet till föreskrifter. Under 2025 har processen utvecklats så att återkoppling inför kommande år i ökad utsträckning sker på gruppnivå inom stadsdel.

Syftet är att nå fler verksamheter samtidigt, identifiera gemensamma förbättringsområden och stärka likvärdigheten.

- **Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)**

Följs upp genom riktade uppföljningar.

- **Riskförebyggande arbete**

Systematiska riskbedömningar (t.ex. fallrisk och medicinska riskfaktorer). Uppföljning sker i multiprofessionella teammöten. Förebyggande åtgärder dokumenteras och följs upp.

- **Medicintekniska produkter (MTP)**

Årlig inventering och kontroll av rehabpersonal.

- **Avvikelsehantering och analys**

Digitalt system (DF Respons) möjliggör strukturerad rapportering och uppföljning. Ökad möjlighet att identifiera mönster och förbättringsområden över tid. Sammantaget bidrar dessa strukturer till mer tillförlitliga arbetsprocesser, förbättrad uppföljning och stärkt patientsäkerhet.

Säker vård här och nu

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

LSS/SoL-hälsan arbetar kontinuerligt med att identifiera och hantera risker som kan påverka patientsäkerheten. Risker kan uppstå i samband med förändrade vårdbehov, vårdövergångar, informationsöverföring och genomförandet av delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. För att minska sårbarheten arbetar verksamheten strukturerat med riskanalys, avvikelsehantering och egenkontroller.



Identifierade riskområden

Årets väsentlighets- och riskanalys samt uppföljning av avvikelser visar särskild risk inom:

- **Läkemedelshantering och delegering** – risk för felaktigt utförda delegerade uppgifter.
- **Vårdövergångar och samverkan** – risk att förändrade vårdbehov inte kommuniceras vid in- och utskrivning eller kontakt med primärvård och psykiatri.
- **Informationsöverföring** – risk för brister i informationsflödet mellan hälso- och sjukvård, omsorg och biståndshandläggning.
- **Informationssäkerhet och behörighetshantering** – risk för felaktig åtkomst till patientuppgifter.
- **Kompetens och kontinuitet** – verksamheten kräver introduktion och specifik kompetens vilket gör bemanning och kompetensöverföring särskilt viktig.

Hur risker identifieras

Risker upptäcks och följs genom:

- avvikelser och riskobservationer i DF Respons
- väsentlighets- och riskanalys
- egenkontroller och kvalitetsgranskningar
- uppföljning vid samverkansmöten och vårdövergångar
- dialog med omsorgsverksamheter och legitimerad personal

Genomförda riskreducerande åtgärder

Under året har följande åtgärder genomförts eller påbörjats:

- utveckling av samverkansrutiner och kontaktvägar vid vårdövergångar
- förstärkta rutiner för behörighetskontroll och uppföljning av åtkomst till journalsystem
- spridning av information och rutiner via samverkansmöten och informationssida
- utveckling av systemstöd och rapporteringsstruktur för att förbättra uppföljning av risker och avvikelser
- Delegeringsprocessen har setts över för att stärka kompetensen samt uppföljningen av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. I arbetet har en upphandlad webbutbildning inför delegering införts. Utbildningen är obligatorisk och ska säkerställa att personal som tar emot delegering har tillräcklig kunskap innan uppgiften utförs.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att ytterligare stärka informationsöverföringen vid vårdövergångar samt säkerställa följsamhet till rutiner kring delegering och läkemedelshantering.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under 2025 har totalt 1691 avvikelser med koppling till hälso- och sjukvård rapporterats och utretts. Av dessa har 901 bedömts ha medfört en vårdskada. Inga händelser har bedömts som allvarliga vårdskador.



Samtliga händelser som bedömts som vårdskada har utretts av ansvarig legitimerad personal i samverkan med enhetschef och vid behov med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Utredningen omfattar analys av händelseförlopp, bakomliggande orsaker, riskfaktorer samt bedömning av konsekvenser för patienten. Allvarliga vårdskador hanteras enligt gällande regelverk och rapporteras till MAS för vidare bedömning

Följande tabell presenterar en jämförande statistik över förekomna avvikelser.

Kategori av händelse	Antal 2024	Antal 2025
Fallhändelse	79	419
Läkemedelshändelse	199	977
Brist i utebliven vårdåtgärd och insats (HSL)	45	19
Vårdkedjan, brist i information, kommunikation, samverkan	9	26
Specifik rehab, hjälpmedel teknik fysisk miljö	6	48
Brist i utebliven dokumentation/handläggning	5	19
Övrigt (Brist i process, bemötande, trygghet samt ospecifik)	37	211

Analys

Antalet rapporterade händelser ökade markant under 2025 jämfört med föregående år. Ökningen sammanfaller med införandet av ett utökat händelserapporteringssystem (DF Respons) samt att omsorgspersonal fått möjlighet att rapportera händelser direkt i systemet. Detta har förenklat rapporteringen, ökat delaktigheten och bidragit till en mer heltäckande bild av risker och avvikelser i verksamheten. Ökningen bedöms därför främst spegla en stärkt rapporteringskultur och ökad medvetenhet, snarare än en faktisk ökning av vårdskador.

Fallhändelser och läkemedelshändelser utgör fortsatt de största kategorierna. Ökningen bedöms till stor del bero på förbättrad rapportering och ökad riskmedvetenhet. Läkemedelsavvikelseerna avser i huvudsak hantering i samband med delegerade uppgifter inom omsorgsverksamheterna. Antalet rapporterade händelser kopplade till brister i informationsöverföring och samverkan har också ökat, vilket speglar kända utmaningar i vårdövergångar och samverkan mellan olika aktörer. Även händelser inom rehabilitering, hjälpmedel och fysisk miljö samt brister i dokumentation och processer har ökat, vilket bedöms återspegla en förbättrad systematik i rapportering och uppföljning.

Sammantaget har det utvecklade rapporteringsstödet förbättrat möjligheten att identifiera riskområden och följa upp avvikelser, vilket ger ett mer tillförlitligt underlag för analys och fortsatt kvalitetsarbete. Ingen händelse har bedömts utgöra en allvarlig vårdskada eller föranlett Lex Maria-anmälan.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Verksamheten tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående, personal och chefer inom LSS- och SoL-verksamheter, andra vårdgivare samt andra berörda aktörer. Synpunkter kan lämnas via e-post, telefon eller post. Information om hur synpunkter kan lämnas finns tillgänglig på verksamhetens webbsida. Det är även möjligt att framföra synpunkter via Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Samtliga synpunkter och klagomål tas emot och hanteras skyndsamt. Vid behov utreds ärendet i samverkan med berörd personal och ansvarig chef. Den som lämnat synpunkten får återkoppling så snart som möjligt, med målsättning att svar lämnas inom tre veckor.

Synpunkter som rör patientsäkerhet eller risk för vårdskada hanteras även inom avvikelshanteringssystemet och ingår i verksamhetens förbättringsarbete.

Under året inkom en synpunkt som rörde ansvarsfördelningen mellan kommunal hälso- och sjukvård och regionens ansvar enligt gällande lagstiftning. Ärendet avsåg inte en enskild vårdhändelse eller brist i verksamhetens genomförande.

Synpunkten besvarades genom dialog med berörda funktioner inom förvaltningen och återkoppling lämnades till uppgiftslämnaren.

Ärendet synliggjorde vikten av tydlig information om ansvarsfördelning mellan huvudmän, vilket är en förutsättning för att patienter och närstående ska veta vart de ska vända sig i vårdfrågor.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Verksamheten arbetar systematiskt för att säkerställa att vården kan upprätthållas på ett säkert sätt även vid förändrade eller oförutsedda förhållanden. Arbetet omfattar kompetensutveckling, färdighetsträning och utveckling av arbetssätt som stödjer flexibilitet, kontinuitet och patientsäkerhet.



Under året har förutsättningar skapats för ökad praktisk färdighetsträning genom etableringen av ett kliniskt träningscenter (KTC). Satsningen syftar till att stärka praktiska färdigheter och minska risken för fel i patientnära arbete.

Kompetenssäkringen av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter har stärkts genom införandet av en webbutbildning inför delegering. Utbildningen bidrar till en gemensam kunskapsnivå och ökad säkerhet vid utförandet av delegerade uppgifter.

Det hälsofrämjande arbetet har utvecklats genom utbildningsinsatser och stöd till omsorgspersonal samt genom ett hälsofrämjande stödteam som erbjuder workshops och kunskapsstöd. Detta bidrar till att förebygga ohälsa och minska behovet av akuta insatser.

Samverkan med regionens vårdgivare och arbetet med fast vårdkontakt bidrar till ökad kontinuitet och bättre uppföljning vid förändrade vårdbehov.

Verksamheten har en kontinuitetsplan som stödjer arbetet vid störningar, exempelvis personalbortfall, systemavbrott eller andra händelser som kan påverka vårdens genomförande. Planen tydliggör prioriteringar, ansvarsfördelning och alternativa arbetssätt för att säkerställa att nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser kan genomföras även under påfrestningar. Kontinuitetsplanen följs upp och uppdateras årligen.

Under året har arbetet med egenkontroll vidareutvecklats som ett led i att stärka verksamhetens riskmedvetenhet. Genom regelbundna kontroller, uppföljning av resultat och analys av identifierade riskområden skapas förutsättningar för tidig upptäckt av brister och riktade förbättringsåtgärder.

Handlingsplanen för Agera för säker vård utgör ett stöd i det systematiska arbetet med att identifiera riskområden, genomföra åtgärder och följa upp effekter. Arbetet stärker verksamhetens förmåga att hantera variationer och förändrade förutsättningar i vården.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Analysen av året som gått visar att verksamheten i huvudsak bedriver en säker vård, men att utvecklingsbehov kvarstår inom samverkan vid vårdövergångar, informationsöverföring, analys och lärande av avvikelser samt stärkt patientdelaktighet. Samtidigt påverkas verksamheten av omställningen till God och nära vård, ett ökat medicinskt vårdbehov i målgrupperna samt utökat hälso- och sjukvårdsansvar. Detta ställer ökade krav på samordning, digitala stödverktyg, kompetens och beredskap.

Kategori	Mål	Strategier och åtgärder	Egenkontroll
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Förbättrad analys och lärande av inträffade händelser.	<ul style="list-style-type: none"> Vidareutveckla användningen av DF Respons för rapportering och analys sammanställa avvikelser på enhetsnivå för att identifiera mönster och riskområden stärka återkoppling och lärande 	Uppföljning av avvikelsetrender samt återkoppling via APT och professionsmöten.
Tillförlitliga och säkra system och processer	Stärkt patientsäkerhet vid vårdövergångar och hög följsamhet till säkra arbetssätt.	<ul style="list-style-type: none"> Utveckla samverkansrutiner med regionens vårdgivare och stadsdelar fortsätta översyn av delegeringsprocessen samt använda webbutbildning inför delegering utveckla läkemedelsgranskningar med återkoppling på gruppnivå fortsätta arbetet med informationssäkerhet och behörighetsuppföljning prioritera utveckling av digitala system som stödjer samverkan kommun–region 	Loggkontroller, läkemedelsgranskningar, uppföljning av delegeringar samt kontroll av informationssäkerhet.
Säker vård här och nu	Säkerställa kontinuitet och patientsäkra arbetssätt i det dagliga arbetet.	<ul style="list-style-type: none"> Stärka teamarbete och informationsöverföring mellan HSL-personal och omsorg utveckla kontinuitetsplanering för att hantera störningar och förändrade vårdbehov säkerställa introduktion och kompetensstöd vid bemanning anpassa arbetssätt för att möta ökande vård i hemmet 	Uppföljning av avvikelser kopplade till vårdövergångar, bemanning och informationsöverföring.

Stärka analys, lärande och utveckling	Stärkt förmåga att analysera resultat och omsätta lärdomar i förbättringar.	<ul style="list-style-type: none"> • utveckla metoder för analys av avvikelser och riskområden • stärka återkoppling och spridning av lärdomar i organisationen • fortsätta utveckla dokumentationskvalitet i patientjournalen 	Journalgranskningar, dokumentationsuppföljningar samt återkoppling i team och professionsforum.
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Stärkt beredskap och kompetens för att möta ökade och förändrade vårdbehov.	<ul style="list-style-type: none"> • vidareutveckla Kliniskt träningscentrum (KTC) för färdighetsträning och kompetenshöjning • utveckla praktisk träning och simulering för omsorgspersonal • fortsätta arbetet med kontinuitetsplanen, som uppdateras årligen • utveckla egenkontroll och uppföljning inom handlingsplanen <i>Agera för säker vård</i> 	Uppföljning av utbildningsinsatser, simuleringsträning och kontinuitetsplan.
Patienten som medskapare	stärkt delaktighet och anpassad information utifrån målgruppernas behov.	<ul style="list-style-type: none"> • utveckla anpassad patientinformation och dokumenterade överenskommelser • utveckla metoder för att inhämta synpunkter på gruppnivå • stärka närståendeperspektivet och samverkan med funktionshindersråd 	Uppföljning av synpunkter och klagomål samt utveckling av metoder för patientdelaktighet.

Långsiktiga utmaningar och utvecklingsbehov

Omställningen till God och nära vård innebär att mer avancerad vård ges i hemmet. Det ställer högre krav på samverkan, digital informationsöverföring och medicinsk kompetens i den kommunala primärvården. Samtidigt ökar andelen äldre och den psykiatriska samsjukligheten, vilket leder till ett större behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Verksamhetens tillväxt – med fler patienter, nya boenden och mer komplexa vårdbehov – innebär att bemanningen kan behöva stärkas med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. För att säkerställa en trygg och sammanhållen vård behöver verksamheten fortsatt prioritera kompetensutveckling, teamarbete samt utveckling av digitala stödverktyg och förbättrad informationsdelning