

Upprättat
av:
Sara
Heldring

Granskat av:
Fredrik
Karlsso-
Hedin

Godkänt
av:
Matilda
Axelsson

Gäller från: 2026-
03-01

Patientsäkerhetsberättelse för Ambulanssjukvården i Storstockholm, AISAB 2025



Inledning

AISABs patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Målsättningen är att berättelsen ska vara utformad så att du som patient, närstående, medarbetare eller annan intressent ska kunna ta del av samt bedöma hur vårt systematiska patientsäkerhetsarbete har fungerat under året.



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	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Medicinska behandlingsriktlinjer	16
Vårdprocesser och direktiv	17
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22
BILAGA 1. Avvikelse*.....	24
BILAGA 2. Avvikelse uppdelade i risknivåer*	25
BILAGA 3. Hållbart säkerhetsengagemang.....	26
BILAGA 4. Sammanställning av utförda interna och externa kontroller.....	27
BILAGA 5. Årshjul för patientsäkerhetsarbetet på AISAB 2025	28

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning över det patientsäkerhetsarbete som bedrivits inom AISAB under 2025. I patientsäkerhetsberättelsen för 2024 redovisades flera viktiga framsteg som gjorts och vilka områden som behöver utvecklas. En handlingsplan inom patientsäkerhet för 2025 togs fram med utgångspunkt att agera för säker vård, denna handlingsplan har följts upp och i slutet av 2025 hade majoriteten av målen har uppfyllts.

Under 2025 har AISAB genomfört omfattande förändringar baserat på politiska beslut, och året har präglats av förändringsledning. Dessa förändringar inkluderade förvärv av ett nytt ambulansaffärsområde från Samariten ambulans. Dessutom planerades en avbolagisering av AISAB för att den 1 januari 2026, bli en ambulanssjukvårdsförvaltning under en ny nämnd, ambulanssjukvårdsnämnden, inom Region Stockholm.

För att stärka patientsäkerheten har AISAB identifierat, analyserat och åtgärdat rapporterade vårdavvikelser. Resultat från journalgranskningar, synpunkter, klagomål och beröm har använts för återkoppling och lärande för medarbetarna. Data från vårdavvikelser har också använts i den övergripande riskanalysen för att planera patientsäkerhetsarbetet inför 2026.

Samverkan både internt och externt har varit en central del för att säkerställa en god patientsäkerhet och förebyggandet av vårdskador. AISAB har under året genomfört förbättringsarbeten kring rekrytering och introduktion av nya medarbetare som bland annat utbildats i patientsäkerhet.

Även år 2026 kommer att påverkas av det stora förändringsarbetet som pågår i organisationen, vilket kräver nogsam bevakning och analys. AISABs intention är patientsäkerheten ska beaktas i alla förändringar som sker, och beslut som fattas ska ha både patienten och medarbetaren i fokus.

Matilda Axelsson, Tf. Verksamhetschef, AISAB

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 på alla nivåer. Vårt mål är att patientsäkerheten ska avspeglas i hela verksamheten, vara en del av vårt ledningssystem och att alla medarbetare, oberoende av yrkesroll, ska vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.



För AISAB har år 2025 präglats av förändringsledning. Under maj genomfördes en verksamhetsövergång av Samariten ambulans Stockholm som inrangerades att tillhöra AISAB. Dessutom planerades en avbolagisering av AISAB för att den 1 januari 2026, bli en ambulanssjukvårdsförvaltning under en ny nämnd, ambulanssjukvårdsnämnden, inom Region Stockholm. Under året har ett intensivt arbete för att förbereda och genomföra denna avbolagisering skett. En ny budgetstyrning, som potentiellt kan påverka patientsäkerheten, ska börja gälla 2026, och förberedelser inför denna förändring har varit utmanande och tidskrävande. Dessutom valde samordnaren för patientsäkerhetsgruppen att avsluta sin anställning i början av året, vilket ökade arbetsbelastningen och påverkade det systematiska patientsäkerhetsarbetet under framför allt Q1-Q3. Under hösten har patientsäkerhetsgruppens arbete kunnat ledas om från att endast kunna prioritera reaktivt arbete till att även genomföra mer proaktivt patientsäkerhetsarbete.

Engagerad ledning och tydlig styrning har främst följts upp genom att:

- vårdutvecklare, patientsäkerhetssamordnare, medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) och andra stödfunktioner har bistått verksamhetschef i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under året.
- en medicinsk ledningsgrupp som etablerades hösten 2024 där arbetssätten utvecklats och förbättrats under 2025 för bättre samordning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- en strategisk roll med kompetens inom patientsäkerhet blev tillsatt i september, som samordnar medicinsk ledningsgrupp och ingår i AISABs högsta ledningsgrupp sen oktober 2025, för att patientsäkerhetsfrågor ska genomsyra hela verksamheten
- MLA-representant ingår i AISABs högsta ledningsgrupp sen oktober 2025 för att öka den medicinska kompetensen i ledning och styrning
- samtliga chefer och stödfunktioner i AISAB har under Q4 medverkat i utbildningsdag gällande våra ledningssystem, processer och förändringsledning

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- tillsätta chefsläkare
- tillsätta chefssjuksköterska
- verkställa den organisationsförändring som projekterats under 2025, som ämnar bygga ändamålsenlig styrning och ledning i den snabbt växande organisationen och leda till förbättrad arbetsmiljö och patientsäkerhet
- säkerställa att den nya budgetstyrningen påverkar patientsäkerheten på ett positivt sätt

Övergripande mål och strategier

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

AISAB ämnar planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

Nedan finner ni vilka som var AISABs övergripande mål och strategier under 2025 för patientsäkerhetsarbetet, i syfte att säkra verksamhetens kvalitet:

1. Engagerad ledning och tydlig styrning ska skapas genom:
 - att rekrytera strategisk kompetens i patientsäkerhetsfrågor
 - att rekrytera objektspecialister och förvaltare av system (där det saknades kompetens i början av året)
 - att stärka upp patientsäkerhetsgruppen, genom att rekrytera en patientsäkerhetscontroller per verksamhetsområde
 - att uppdatera uppdragsbeskrivningar inom patientsäkerhetsgruppen
 - att starta upp ett kvalitetsråd för taktiskt och strategiskt samarbete med HSF, SOS-alarm och AISAB
 - att kartlägga patientsäkerhet- och vårdkvalitetsarbetet, samt genomföra en behovsanalys för att förstå vilka resurser och verktyg verksamheten behöver för att bedriva säker och kvalitativ vård.
2. En god säkerhetskultur ska skapas genom:
 - att AISAB använder säkerhetskulturtrappan för att bedöma sin nuvarande säkerhetskultur
 - HSE (Hållbart säkerhetsengagemang) enkät, där resultaten sammanställs och analyseras både ur ett övergripande och lokalt perspektiv
 - att patientsäkerhetsrond och dialog genomförs
3. Adekvat kunskap och kompetens ska skapas genom:
 - att patientsäkerhet ingår som ett delmoment i introduktionsutbildningen för nyanställda medarbetare
 - återkoppling till medarbetarna gällande inträffade vårdskador, genom olika utbildningsinsatser så som patientsäkerhetsfilmer, veckobrev och månadsrapport som publiceras på intranätet.
 - att anordna kunskapshöjande aktiviteter för stationsledningarna och stödfunktioner för att säkerställa AISABs inre ledningsförmåga.
 - att genomföra Markörbaserad journalgranskning (MJG) som en analys och uppföljningsmetod
4. Patienten som medskapare ska skapas genom:
 - att ta till vara på patienter och närståendes synpunkter och klagomål och påvisa hur AISAB använder sig av patientens synpunkter och klagomål via extern hemsida

Organisation och ansvar

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

AISAB har som intention att samtliga medarbetare, oberoende av yrkesroll, ska känna ansvar för patientsäkerhetsarbetet. Nedan följer roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer inom AISAB.

Styrelsen har ansvaret för att AISAB följer lagar och regelverk så att den interna styrningen och kontrollen av patientsäkerheten är ändamålsenligt utformad.

Verkställande direktören (VD) har det yttersta ansvaret för att leda AISAB enligt lagar, regelverk och andra krav från styrelsen och Region Stockholm.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhet i syfte att säkerställa att patienten får en god och säker vård.

Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) har ansvaret för att säkerställa och vidareutveckla kvaliteten för den medicinska vården, samt patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsstrateg har ansvaret att leda och samordna AISABs övergripande patientsäkerhetsarbete, vilket innefattar strategisk styrning, operativt stöd, samt utveckling och uppföljning av patientsäkerhetsinsatser på lokal och övergripande nivå.

Verksamhetsområdeschefer har resultatansvaret för att stationschefer följer arbetsprocesserna för vård- och patientsäkerhet.

Stationschefer har ansvaret för att målen för patientsäkerhetsarbetet är kommunicerade inom respektive ambulansstation och ska säkerställa det lokala patientsäkerhetsarbetet genom att planera, leda, utveckla, följa upp utifrån de styrande dokument som finns inom vård-, patientsäkerhet och arbetsmiljöområdet.

Medarbetaren har ansvaret för att arbeta utifrån styrande dokument inom vård-, patientsäkerhet och arbetsmiljöområdet, medverka i det riskförebyggande arbetet samt att bidra till att arbetsplatsen har en god säkerhetskultur.

Inom AISAB finns **stödfunktioner** som stödjer verksamhetschef i att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet planeras, dokumenteras, genomförs och följs upp utifrån lagar, regelverk samt andra krav. Det är främst patientsäkerhetscontrollers, patientsäkerhetssamordnare, vårdutvecklare, verksamhetsutvecklare, verksamhetskontroller, HR-specialist inom arbetsmiljö och hälsa samt olika samordnare inom vård- och driftområdet, så som samordnare för smittskydd, läkemedel, våld i nära relation, barnrättsombud m.m. Vår enhet för forskning, utveckling och innovation (FoUI) har en viktig funktion i att utveckla och utvärdera arbetssätt, metoder och analyser som används i patientsäkerhetsarbetet. Vid Prehospitalt kunskap- och kliniskt träningscenter (KTC) kan utbildningsinsatser genomföras som åtgärder i exempelvis efterförloppet till en händelseanalys.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

AISAB samverkar på olika organisatoriska nivåer med andra vårdgivare och aktörer för att förebygga att patienten inte drabbas av en vårdskada. Ambulanssjukvården har överenskommelser och interaktioner med ett stort antal aktörer, som är av olika karaktärer och med olika förutsättningar. Att AISAB dessutom har vuxit på kort tid i och med sammanslagningar av

bolag/verksamhetsövergång, så har överblicken över olika lokala samverkanspartners varit svåröverskådlig.

Syftet under året har varit att kartlägga de samverkansforum som finns, men även att identifiera behov av nya samverkanspartners. Genom medicinsk ledningsgrupp, har MLA:er fått i uppdrag att leda denna kartläggning och agera spindel i nätet. AISAB ämnar samverka för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, genom att tillsammans planera, utvärdera och vidareutveckla samt säkerställa tillgänglighet, arbetsprocesser och möjligheter för vårduppföljning. Under året har samverkansmöten ägt rum tillsammans med andra vårdgivare och aktörer så som:

- Närakutmottagningar inom primärvården inom Region Stockholms sjukvårdsområde och privata vårdgivare
- Akutsjukhusens akutmottagningar
- SOS Alarm Sverige AB Prioritering- och dirigeringsjänst (nödnumret 112)
- Andra vårdgivare inom Region Stockholms prehospitala vård
- Enheten för prehospital vård inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF)
- Polismyndigheten
- Socialtjänsten
- Forsknings, utveckling, utbildnings och Innovations organisationer
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Räddningstjänst och SSRS
- Primärvård – Vårdcentraler
- SLAS (Sveriges ledningsansvariga läkare i samverkan) där utveckling av nationella rådgivande riktlinjer tas fram och samverkar med FLISA (föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård)
- vissa enheter vi arbetar mycket med - som med de enskilda akutmottagningarna på akutsjukhusen och olika specialistgrupper som traumarådet, SHIP gruppen (kardiologer och PCI operatörer). Detta har setts över och kompletterats med fler samverkansgrupper för att vara mer heltäckande och vi har börjat att utveckla ett enhetligt arbetssätt i dessa forum

Vi har under året uppmärksammat vårdgivare och aktörer vi är ofta i kontakt med där samverkan saknas eller behöver förstärkas, så som:

- särskilt boende för äldre (SÄBO)
- utökad samverkan med Trafik Stockholm och TryggC,

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet har främst följts upp genom att:

- systematiskt arbeta med informationssäkerhet utifrån Region Stockholms riktlinje
- aktivt delta i Region Stockholms råd för Informationssäkerhet, Dataskydd och Signalskydd med tillhörande arbetsgrupper
- regelbundna samarbetsmöten med Region Stockholms CERT (Computer Emergency Response Team) avdelning för att hålla oss uppdaterade om inre och yttre säkerhetsåtgärder

- genomföra riskbedömningar av kritisk verksamhet och IT-system
- genomföra regelbundna behörighetskontroller i våra kritiska system
- hantera och åtgärda inkomna incidenter

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- utvärdera och uppdatera vår efterlevnad i riktlinjer och policys utifrån de nya NIS2/CER direktiven
- ställa högre krav på leverantörer och säkerhet utifrån lagar/Regionen Stockholms riktlinjer
- genomföra leverantörskontroller utifrån ISO27001
- genomföra efterlevnadsbedömningar av våra IT-system för att säkerställa att de följer Region Stockholms riktlinjer
- genomföra en kunskapsinventering i informationssäkerhet på samtliga medarbetare
- arbeta med att öka förståelsen för informationssäkerhet inom organisationen
- utveckla LIS för att motsvara de organisatoriska förändringar som sker

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Alla medarbetare uppmuntras att rapportera avvikelser - såväl tillbud, negativa händelser som identifierade risker - via vårt avvikelssystem Händelsevis. En brist har varit att avvikelserna hanterats och utretts enligt olika principer i de olika delarna av AISAB, detta då de olika utövarna som införlivats under AISABs paraply haft olika kulturer och tillvägagångssätt. Samariten Ambulans, som inrangerades i AISAB i maj 2025, hade som arbetssätt att närmsta chef hanterade och utredde avvikelserna. Under Q4 beslutades det att vårdavvikelser ska hanteras likvärdigt på hela AISAB av patientsäkerhetsgruppen, som består av patientsäkerhetscontrollers, patientsäkerhetssamordnare, MLA:er och patientsäkerhetsstrateg. Syftet var att säkerställa ett likvärdigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete, och i större utsträckning kunna arbeta med överblick och se trender och mönster. som ökar tryggheten hos medarbetaren och chansen till en god säkerhetskultur.



Genom att införa ett enhetligt arbetssätt har vi ökat möjligheterna till ett öppet arbetsklimat där patientsäkerhetsgruppen, med extra utbildning inom patientsäkerhet, handhar avvikelser och händelseanalyser. Vi tror att det ökar möjligheterna till ett öppet arbetsklimat där alla medarbetare känner sig trygga att rapportera risker, tillbud och negativa händelser samt diskutera och ställa frågor om säkerhet. Vi har arbetat med att tydliggöra mandatet vilket har förbättrat överblicken och öppnat upp möjligheter för uppföljning av åtgärder och djupare analys. I det läge en patient drabbas av en vårdskada, ska såväl patient som medarbetare känna sig trygga i en säker process, vilket ställer krav på gott omhändertagande och bemötande. Genom att etablera tydliga arbetssätt och struktur säkrar vi att såväl patient som medarbetare kommer till tals samt att allas erfarenheter tas till vara och förbättringsarbetet får en central roll.

Avvikelsearbetet utgår ifrån att det i varje situation finns en möjlighet till lärande och utveckling. Fokus är aldrig att leta efter en syndabock utan att objektivt granska systemet - vad som kunde gjorts annorlunda, såväl på enskild nivå som organisatoriskt. Vi kan få lärdomar på individnivå, men huvudmålet är att

utveckla våra arbetssätt så att vården blir så patientsäker som det är möjligt - det ska vara lätt för den enskilde att göra rätt.

En god säkerhetskultur har främst följts upp genom att:

- det finns en tydlig årsplan för arbetsmiljöarbetet
- det finns en arbetsmiljökommitté med deltagare från arbetsgivaren och arbetstagarnas parter för att öka dialogen av det övergripande arbetsmiljöarbetet
- ha regelbundna samverkansmöten mellan arbetsgivaren och arbetstagarnas parter
- ha arbetsplatsträffar (APT) där patientsäkerhets är i fokus, för att främja en öppen kommunikation och öka medvetenheten kring patientsäkerhet. Målet är att identifiera, reflektera och öka lärande om risker i det dagliga arbetet
- det finns riktlinjer för alkohol- och drogfria arbetsplatser, trafiksäkerhet, rehabilitering och kränkande särbehandling
- genomföra slumpmässiga alkohol- och drogtestar
- genomföra skyddsronder på ambulansstationerna och dokumentera förbättringsåtgärder i handlingsplaner
- följa upp att resultat av medarbetarundersökningens frågor om hållbart säkerhetsengagemang (HSE) presenterats på APT (se bilaga 3)
- följa upp, analysera och lära av registrerade avvikelser inom vård- och arbetsmiljöområdet
- genomföra händelseanalyser och risk- och konsekvensanalyser
- genomföra medarbetar- och utvecklingssamtal utifrån en systematisk arbetsprocess.

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- säkerställa uppföljningsarbetet med analys och dokumentation av förbättringsåtgärder utifrån resultatet av hållbart säkerhetsengagemang (HSE) samt skyddsronder både på övergripande- och ambulansstationsnivå
- skapa förutsättningar för kollegial dialog/reflektion kring patientsäkerhetsrisker och vidareutveckling av metoder som främjar en hög patientsäkerhetskultur.

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, vilket är en viktig utgångspunkt i ambulanssjukvården och en förutsättning för säker vård.



I AISAB ska detta säkerställas genom introduktionsutbildning för nya medarbetare, fortbildning för redan anställda medarbetare och årliga kvalitetssäkringsdagar där lärande är i fokus. På AISAB finns ett ambulansspecifikt Kunskap- och kliniskt träningscenter (KTC), som ansvarar för planering, genomförande och utvärdering av utbildningsinsatser. Läraktiviteterna är av varierande karaktär, och kan både innebära såväl lektionssalsutbildning, simuleringsövningar och e-utbildningar. E-utbildningar har funnits tillgängliga via en utbildningsplattform som heter Lärtoget, men under Q4 har en ny utbildningsplattform introducerats vid namn Kompetenstorget. Den 23 december stängdes hela Lärtoget

ned i och med ett portalbyte från Lärtorget till Pingpong och samtidigt implementerades Kompetenstorget i sin helhet

Den strategiska kompetensförsörjningen sker genom omvärldsbevakning av forsknings- och kunskapsläget samt lagkrav. Bemanning- och schemaplanering utifrån sammansättning av medarbetarnas individuella yrkeskunskap, kompetens och erfarenhet är viktiga förutsättningar för att skapa en säker vård. En kombination av teori och praktik med möjlighet till repetition i omhändertagande av såväl ovanliga som vanligt förekommande patientfall och scenarion är viktiga faktorer, som bidrar till en säker vård. Under 2025 har det funnit utmaningar i verksamheten som har påverkat medarbetares möjlighet till kompetensutveckling och repetition. Brist på personal som bemannar ambulanser har bidragit till att färre medarbetare har bokats in på kurstillfällen, och utbildningstillfällen har också ställts in pga för få anmälda deltagare.

Adekvat kunskap och kompetens har främst följts upp genom att:

- årliga medarbetar- och utvecklingssamtal med närmaste chef, där medarbetarens kompetensnivå och utbildningsbehov diskuteras.
- analys av avvikelser, kopplat till kunskapsluckor hos medarbetare

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- säkerställa och samordna bemanning och schemaläggning av utbildningsinsatser på en övergripande nivå, där utbildning av medarbetarna prioriteras i högre utsträckning
- utforma en mer omfattande introduktionsutbildning, med stegvis progression och mentorskap
- skapa kompetenstrappa, som ska motivera kompetensutveckling
- tydliggöra en enhetlig rekryteringsprocess, där tidigare kunskap och kompetens matchas med adekvat ansvar i ambulans
- samtliga chefer på ett systematiskt sätt följer upp att medarbetaren uppdaterat utbildningsinsatser och kompetens i Kompetenstorget. samt använder sig av en specifik modell för att kompetensplanera
- i högre utsträckning integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i introduktionsutbildningarna och annan fortbildning
- säkerställa att medarbetarna har tillgång till och utför digitala utbildningar inom patientsäkerhet, vårdhygien och smittskydd.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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. AISABs

målsättning är att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med, och utifrån patientens önskemål och förutsättningar. Även närstående ska ha en central roll, i de fall patienten önskar det. Våra medarbetare ska bemöta patienten med respekt och på lika villkor för att skapa tillit och förtroende.

Kommunikation och dialog är centralt i det patientnära arbete. De patienter vi träffar ska få god



och anpassad information om de undersökningar och behandling som genomförs. Patienten ska vara väl insatt i varför och hur olika moment ska genomföras, samt hur den eventuella fortsatta vården eller egenvården ska utformas.

Våra medarbetare ska ha förutsättningar ta emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående, och även ha förståelse för sitt ansvar att bemöta och hantera dessa på ett korrekt sätt. Vi har som målsättning att alla patienter och närstående, som framför en synpunkt eller klagomål, ska uppleva att de tas på allvar. Under 2025 har vi utrett och besvarat samtliga synpunkter och klagomål från patienter och närstående genom en tydlig arbetsprocess i verksamheten. Såväl klagomål, synpunkter och beröm har inkommit genom e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” via 1177.se, men även genom kontaktformulär eller e-post till AISABs informationsbrevlåda via vår externa webbplats, brev per post, telefonsamtal till stationschefer och biträdande stationschef, Patientnämndens förvaltning inom Region Stockholm och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Inkomna klagomål, synpunkter och beröm visar att det finns förutsättningar för patienter och närstående att skapa en dialog med AISAB (se bilaga 1).

Patienten som medskapare har främst följts upp genom att:

- analys och återkoppling på inkomna klagomål och synpunkter

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

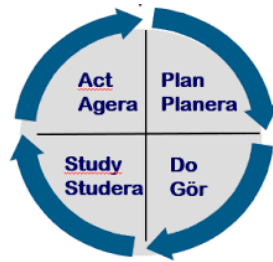
- fortsätta ta fram förbättringsåtgärder utifrån synpunkter och klagomål från patienter och närstående samt att kommunicera dessa inom verksamheten
- fortsätta att genomföra omvärldsbevakning av arbetssätt och metoder för att öka patientens och närståendes delaktighet
- genomföra utbildningsinsatser inom barnrätt för att säkerställa medarbetarens kunskap om barnets rätt till delaktighet och anpassad information i det patientnära arbetet
- skapa riktlinje gällande personcentrerad vård, för att tydliggöra vikten av patientens perspektiv i vårdandet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

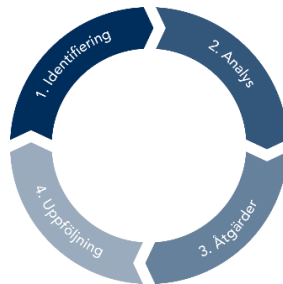
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroller, 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, samt nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Inom AISAB så används PDSA-hjulet (Planera-Gör-Studera-Agera), som förbättringsmodell, och workshops i modellen genomfördes med alla chefer och stödfunktioner i AISAB under hösten 2025. Berörda funktioner inom patientsäkerhetsgruppen på AISAB har börjar träna på att använda modellen systematiskt, och planerar att använda modellen i allt förbättringsarbete framgent.



Själva arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kan förklaras genom nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Kan ske genom t.ex. punktprevalensmätning (PPM), nyckeltalsmätning (KPI) eller markörbaserad journalgranskning (MJG). Under 2025, har patientsäkerhetsgruppen inte kunnat utföra dessa pga personalbrist, men i december 2025 påbörjades återupptag av arbete med detta.

2. Analys

- Efter identifiering, ska analys av resultat inom området genomföras. Detta kan till exempel vara analys av orsaker till förändringar eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- I AISAB ska uppföljning och återkoppling ske på regelbunden basis via månadsrapporter, som patientsäkerhetsgruppen publicerar på intranätet så att alla medarbetare får tillgång att läsa
- Kunskap och lärande ska spridas till verksamheten, vilket ska ske genom t.ex. kvalitetsäkringsdagar som medarbetarna ska delta i årligen, arbetsplatsträffar och patientsäkerhetsdialoger. Under 2025 har det inte skett någon patientsäkerhetsdialog.

Agera för säker vård har främst följts upp genom att:

- skapa en lärandemiljö och dialog med medarbetarna som grundar sig på både goda exempel och misstag
- främja att riktlinjer inom vård och patientsäkerhet är kända hos medarbetarna
- årligen ta fram en handlingsplan med mål på övergripande- och stationsnivå för ökad patientsäkerhet
- utvärdera följsamheten av medicinska behandlingsriktlinjer inom ambulanssjukvården, direktiv till den prehospitala vården och generella direktiv om läkemedelsbehandling
- följa upp och analysera vård- och arbetsmiljöavvikelser som rapporteras av medarbetare, andra vårdgivare och andra aktörer (se bilaga 1 och 2)

- genomföra händelseanalys för att utreda vad som har hänt eller kunde ha hänt när en patient blivit skadad eller utsatts för risker (se bilaga 2)
- utreda och besvara synpunkter, klagomål och beröm från patienter och närstående
- patientsäkerhetsgruppen har haft avvikelsekonferenser en gång/vecka
- patientsäkerhetsgruppen har haft månadsmöten och planeringstid med fokus på fördjupade diskussioner och analyser

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- genomföra fler planeringsdagar för patientsäkerhetsgruppen, där de kan arbeta ihop sig som ett team och fördjupa det proaktiva patientsäkerhetsarbetet
- rekrytera ytterligare patientsäkerhetscontrollers för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet inte bara blir reaktivt, utan att även proaktivt arbete kan prioriteras. I synnerlighet med tanke på ytterligare växttakt och organisatoriska utmaningar under 2026-2027.
- identifiera mer data att analysera, genom regelbundna PPM, KPI samt MJG. Årshjul för detta ska skapas
- det finns behov av chefsmandat i patientsäkerhetsgruppen för att kunna driva arbetet mer effektivt
- revidera styrande, redovisande och stödjande dokument inom patientsäkerhets- och vårdområdet samt information på intranätet utifrån ett årshjul
- säkerställa att styrande dokument inom patientsäkerhets- och vårdområdet är kända av chefer och medarbetare

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 §

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.



Genom identifiering, utredning och mätning av inträffade vårdskador kan AISAB förhindra att liknande skador uppstår igen. Vi ska ha kunskap om förekomst av vårdskador genom att:

- följa upp och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifiera bakomliggande orsaker samt vidta lämpliga förbättringsåtgärder. Dessa händelseanalyser ska genomföras enligt Nithas modell.
- använda vedertagna metoder för identifiering och mätning av vårdskador eller risk för sådana händelser
- säkerställa att medarbetare i patientsäkerhetsgruppen har utbildningar i mät- och utredningsmetoder
- tillvarata patienters och närståendes synpunkter
- minimera negativa följd effekter genom att stödja både patienter och medarbetare som varit inblandade i händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Ökad kunskap om inträffade vårdskador har främst följts upp genom att:

- identifiera, analysera och åtgärda inrapporterade vårdavvikelser

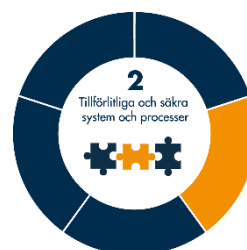
- verksamheten har använt sig av resultat från tidigare genomförda MJG (från 2024)
- återkoppling, kunskap och lärande för medarbetare i veckobrev, patientsäkerhetsrapporter månadsvis, patientsäkerhetsfilmer på APT samt patientsäkerhetsutbildning på introduktionsutbildning av ny ambulanspersonal
- använda sig av data från inkomna vårdavvikelser i den övergripande riskanalys som sedan ligger som grund för den årliga planeringen av patientsäkerhetsarbetet, som sker genom skapande av handlingsplan

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- behov av att säkerställa bemanning samt adekvat kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsgruppen
- utöka och förbättra former för samarbete med KTC
- utöka och förbättra former för samarbete med patientföreningar
- säkerställa ökad tillgång till patientsäkerhetsdata

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.



Intranätet skapar tillgång till vårt ledningssystem; där beskrivs hur AISAB säkerställer och utvecklar verksamheten. På intranätet beskrivs även hur vi ska organiseras, ledas, planeras, kontrolleras, följas upp, utvärderas och förbättras utifrån lagar, regelverk, standarder och andra krav.

AISAB har som målsättning att ha tillförlitliga och säkra system, styrande dokument samt processer, som skapar förutsättningar för medarbetaren att arbeta säkert, effektivt och utifrån bästa tillgängliga kunskap. Vi ska använda metoder och verktyg för att identifiera och hantera risker som kan hota patientsäkerheten. Utvärdering av arbetssätt, egenkontroller och följsamhet till regelverk ska vara en naturlig del i det systematiska förbättringsarbetet. Vi strävar efter att använda och införa ändamålsenliga digitala stöd för att underlätta det dagliga arbetet samt ha anpassade system för datasammanställning, analys, överblick och kunskapsspridning.

Tillförlitliga och säkra system och processer har främst följt upp genom att:

- resultat av interna och externa revisioner av AISABs ledningssystem har följts upp, analyserats och presenterats för ledningen och berörda delar inom verksamheten (Bilaga 4).
- AISABs ledning har genomfört "ledningens genomgång" två gånger per år för att kontrollera att arbetet med vårt ledningssystem fungerar. Under mötet följs upp att arbetssätt finns beskrivna i dokument och processer samt beslutas om åtgärder för förbättringar
- flera stödfunktioner har arbetat med att uppdatera AISABs laglista för att säkerställa lagefterlevnaden och vidareutveckla bevakning av regelverk.
- fyra gånger per år ta fram kvartalsrapporter med resultat av produktion, kostnader, personal, medicinska kvalitetsindikatorer med mera.

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- efter verksamhetsutvidgning och verksamhetsövergång anpassa organisationen för att öka tydlighet och effektivitet i kvalitetsarbetet
- förbättra processerna kring inkomna förbättringsförslag för att säkerställa eventuell implementering och utvärdering
- fortsätta och förfina användningen av kunskapsbaserade metoder och verktyg för att identifiera och hantera situationer som kan hota patientsäkerheten
- vidareutveckla, säkerställa och utvärdera kritisk IT-infrastruktur, samt säkerställa robusta back-up system
- säkerställa processer för ökad tillgång till patientdata
- skapa tydlig överblick av alla avvikelser som inkommer, för att säkra åtgärder och uppföljning, t.ex. genom ett ärendehanteringssystem
- verka för att hela AISAB har tillgång till samma patientnära material, metoder och rutiner för att säkra likvärdig vård i regionen

Medicinska behandlingsriktlinjer

För att säkerställa patientsäkerheten använder sig prehospital hälso- och sjukvårdspersonal av de medicinska behandlingsriktlinjerna [MBR]. I MBR ingår generella direktiv om läkemedelsbehandling som utfärdas av MLA och godkänns av VC. MBR är även ett kunskapsstöd för medarbetaren beträffande anamnes, undersökning och behandling/åtgärd.

Strukturen i MBR följer i stort koncepten Advanced Medical Life Support [AMLS] och PreHospital Trauma Life Support [PHTLS]. MBR ger förutsättning för ambulanssteamet att självständigt bedöma sjukdomstillstånd och inleda behandling enligt dess generella direktiv om läkemedelsbehandling och krav. Om avsteg från MBR görs skall orsaken till detta dokumenteras i patientjournalen och avvikelserapport skrivas. Kliniskt verksamma medarbetare är ansvariga för att arbeta enligt gällande instruktioner, som de medicinska behandlingsriktlinjerna utgör. Detta kräver god kännedom om de preparat som ingår i de generella direktiven och ställer krav på kunskap om säker läkemedelshantering. Medarbetaren uppbär ett ansvar för att vara väl förtrogen med gällande medicinska förfaranden och metoder som tillämpas i den kliniska verksamheten. Den enskilda medarbetaren har en skyldighet att påtala eget behov av kompetensutveckling. Närmsta chef ansvarar för att åtgärdsplaner för den enskilda medarbetaren upprättas då behov uppstår.

Medicinska behandlingsriktlinjer och vårdprocesser har främst följt upp genom återkoppling via funktionsbrevlådan, inkomna avvikelser från patientsäkerhetsgruppen, omvärldsbevakning samt behov identifierade av MLA.

Medicinska behandlingsriktlinjer har främst följt upp genom att:

- arbetsprocesserna för grundlig revidering och nyframtagning av medicinska behandlingsriktlinjer har implementerats i sin helhet.
- strukturen för MBR har reviderats. Ny sortering och indelning av behandlingsriktlinjer för barn och vuxna utifrån terapiområden har införts parallellt med den nuvarande strukturen. Målet är ökad tydlighet, användarvänlighet och förberedelse för kommande avpublicering av de prehospitala direktiven på Vårdgivarguiden 2026.

- Införande av en kortare digital utbildning för medarbetarna samt ljudfil med information om de aktuella förändringarna gällande handlingsriktlinjerna i samband med varje publicering. Målet är att medarbetarna får flera olika möjligheter/sätt att tillgodogöra sig informationen.

Vi har under året uppmärksammat behovet av:

- fortsatt revidering av struktur i MBR för att öka tydlighet
- förbättrad samverkan internt och externt i samband med större revideringar och framtagande av nya riktlinjer och förändringar av arbetssätt.

Vårdprocesser och direktiv

Den prehospitla vården styrs delvis av direktiv från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och av vårdprocesser som är framtagna i samverkan med andra vårdinrättningar. Vårdprocesserna fyller funktion på flera nivåer och ska användas av prehospital personal som stöd vid bedömning och/eller specifika omhändertaganden av patienter som har andra vård- och/eller omvårdnadsbehov än de som kräver akutmottagningens resurser.

Informationen som vårdprocesserna producerar i form av statistik används för att kvalitetsutveckla dessa, bland annat genom förändrade frågeställningar, följsamhet till parallella riktlinjer och till följd av avvikelser samt identifierade förbättringar. De samverkande vårdformer som är delaktiga i utveckling och kvalitetsförbättring av vårdprocesserna använder informationen som produceras för att jämföra bedömningar, kontrollera tidsramar och säkerställa de uppställda indikatorer som överenskommit vid framtagandet och fortsatt kvalitetsutveckling av vårdprocesserna.

Vid nyanställning erhålls utbildning i samtliga vårdprocesser som är implementerade i verksamheten. Vid implementering av nya vårdprocesser erhålls utbildning via KTC. Vid förändringar och kvalitetsuppdateringar förmedlas informationen via de kanaler som prehospitla verksamheten använder för att informera all personal.

Vårdprocessen kan initieras i journalsystemet efter att patienten har bedömts och triagerats enligt RETTS. Prehospital personal är ansvariga för att starta, fylla i och avsluta vårdprocessen. Vårdprocessen finns sedan tillgänglig för mottagande vårdinrättning som har tillgång till det aktuella journalsystemet. Utveckling, förvaltning och kvalitetsförbättring av vårdprocesserna leds av MAL, vårdutvecklare och förvaltningsledare vid KTC samt i vissa fall tillsammans med ansvariga i samverkande vårdformer. Prehospitala vårdprocesser inom prehospital vård i region Stockholm delas in i två olika förvaltningar: prehospital förvaltning och inhospital förvaltning.

Vårdprocesser med prehospital förvaltning har sitt ursprung i en utvecklingsprocess där samverkan initierats av prehospital vård och som framtagits genom forskning, förbättring och/eller pilotprojekt. Vårdprocesser med inhospital förvaltning har sitt ursprung främst utifrån specifika behandlingar för akuta och/eller livshotande tillstånd. Dessa processer är till största delen framtagna av behandlande kliniker och sedan utvecklade i samverkan med prehospital vård, främst för att arbeta för en optimerad behandling inom ett tidsfönster. Under 2026 kommer direktiven att avpubliceras från Vårdgivarguiden och informationen från dem kommer att ägas av ambulanssjukvårdsförvaltningen. Ett arbete med att omarbete direktiven har påbörjats under 2025 och förväntas vara klart den 31 mars 2026.

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.



Den vård AISAB ger ska sträva efter ett gott samspel mellan patient och medarbetare. Vi ska ha en förmåga och kunskap om att upptäcka risker och vara medvetna om att oförutsägbara händelser eller störningar kan inträffa. Alla medarbetare har ett personligt ansvar, oavsett yrkesroll, för att bidra till en säker vård. Vår säkerhetskultur ska främjas genom en öppen kommunikation om de risker som kan uppstå och omständigheter som kan påverka patientsäkerheten.

Vi ska skapa förutsättning för lärande och reflektion, erbjuda kontinuerlig kompetensutveckling och träning för nya arbetsuppgifter samt vid införande av ny teknik. AISABs målsättning är att bedriva god och säker vård, vilket bland annat förutsätter en hög tillgänglighet av personal med rätt kompetens och att medicintekniska produkter och IT-system som håller hög prestanda.

Säker vård här och nu har främst följts upp genom att:

- säkra förvaltningen av ambulanssjukvårdens medicinska behandlingsriktlinjer
- följa upp ambulansernas tillgänglighet och belägningsgrad
- uppföljning av analys av sjukfrånvaro och personalomsättning
- genomföra kompetensutveckling med stöd av nätbaserade distansutbildningar
- följa upp ambulanspersonalens engagemang i återkoppling av resultat från journalgranskningar, synpunkter, klagomål, vårdavvikelser och beröm.

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- verka för att medarbetare ska få ökad arbetstid före/efter aktiv tid i ambulans, liknande som det brukar fungera för sjukvårdspersonal på sjukhus. Syftet är både förbättrad arbetsmiljö, men också att möjliggöra tid för reflektion, mentorskap, kompetenshöjande aktiviteter, och mer tid för kontroll av utrustning och material i ambulansen. Detta skulle ha stor potential att stärka patientsäkerheten.
- säkerställa att medarbetare som arbetar i ambulans som regel får måltidsuppehåll
- genomföra mätning av säkerhetskulturen på AISAB och insatser för att stärka säkerhetskulturen
- skapa rutin för kompetenskrav och kompetensstegar i AISAB
- stärka den personcentrerade vården
- tillgodose att samverkan med externa aktörer sker systematiskt, dokumenteras och rapporteras centralt för god överblick
- förbättra samarbetet med SOS-alarm, för ökad förståelse för varandras verksamheter och för att säkerställa att den nya budgetstyrningen, där vi är beroende av SOS-alarms bedömningar, bidrar till säker vård här och nu.

Riskhantering

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

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.

Alla chefer och medarbetare inom AISAB ska identifiera, analysera och bedöma risker samt genomföra åtgärder för att förebygga vårdskador. Det innebär att alla ska ha ett riskmedvetet förhållningssätt, ha kunskap om vilka risker som finns och ha god beredskap för att hantera dem. Detta ska säkerställas genom att riskhanteringen beskrivs i styrande dokument och användning av riskbedömningsverktyg.

Riskhantering har främst följts upp genom att:

- genomföra och öka kunskapen om händelseanalyser utifrån det patientnära arbetet
- genomföra risk- och konsekvensanalyser som påverkar arbetsmiljön och patientsäkerheten vid förändringar inom verksamheten
- följa upp utvalda vårdavvikelser med upprepningsrisk under arbetsplatsträffar och i avvikelsefilmer som patientsäkerhetsgruppen har gjort

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- återinföra patientsäkerhetsrond och patientsäkerhetsdialog för att bidra till en god säkerhetskultur och en förbättra patientsäkerheten
- fortsätta uppmuntra medarbetarna att rapportera vård- och arbetsmiljöavvikelser

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.



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det systematiska förbättringsarbetet inom AISAB. Resultat och indikatorer ska användas för att vi ska förstå vad som bidrar till en säker vård, hög vårdkvalitet och vidareutveckling av arbetssätt. Sammanställning av faktorer som påverkar säkerheten ska samordnas från olika källor för att ge en samlad bild av läget. Resultat från sammanställningar ska analyseras för att sedan ta fram förbättringsåtgärder.

Stärka analys, lärande och utveckling har främst följts upp genom att:

- årlig övergripande riskanalys av patientsäkerhetsarbetet. Under 2025 var både ett antal representanter från patientsäkerhetsgruppen, chefer, fackliga representanter, vård- och verksamhetsutvecklare och samordnare med i riskanalysarbetet.
- analys av resultat från händelseanalyser

- sammanställning av data om identifierade vårdskador
- sammanställning av data om indikatorer inom vård- och arbetsmiljöområdet
- sammanställningar av synpunkter och klagomål från patienter och närstående
- återkoppling till medarbetare från resultat av journalgranskning och patientärenden för ökad kunskap och lärande har skett månadsvis
- öka kunskapen om och regelbundet använda riskförebyggande verktyg och metoder inom patientsäkerhetsområdet för att systematisera arbetet.

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- i dialog med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och enheten för prehospital vård och SOS-alarm, löpande följa upp och analysera utfall från den nya budgetstyrningsmodellen
- utreda förutsättningarna att ta fram flera medicinska kvalitetsindikatorer från tillförlitliga IT-system, databaser och kvalitetsregister
- utreda förutsättningarna för att utveckla uttagandet av data från journalsystemen för att få en högre kvalitet på indata
- utveckla riktlinjerna för hur vård ska journalföras i Coordcom, Take Care och FRAPP, och hur innehållet sedan ska följas upp för att öka kvaliteten på data
- verka för införandet av patientenkäter, via t.ex. QR-koder i ambulansen
- införa bättre systemstöd för kvalitetssäkrade processer, så som införandet av ett ärendehanteringssystem
- införa en vårdanalysorganisation med behörighet och mandat att analysera data i alla journal- och dokumentationssystem som finns i AISAB.
- utveckla arbetet med egenkontroller och systematisk uppföljning samt att länka detta till kvalitetsdata

Avvikelser

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

AISABs hantering av avvikelser ska öka kunskapen om risker utifrån erfarenheter av negativa händelser, skador och vidtagna förebyggande åtgärder samt för att minska risken att avvikelserna upprepas igen. AISAB har ett dokumenterat arbetssätt för att identifiera, rapportera, analysera, åtgärda, återkoppla och utvärdera avvikelser. Resultaten och förbättringsåtgärderna ska förmedlas till medarbetare, andra vårdgivare och andra aktörer. Under arbetsplatsträffar och under utbildningsaktiviteter ska avvikelser följas upp i syfte att öka riskmedvetenheten och i sin tur säkerhetskulturen.

Avvikelser har främst följts upp genom att:

- identifiera risker och uppmuntra medarbetaren till att rapportera vård- och arbetsmiljöavvikelser i avvikelssystemet HändelseVis
- stärka arbetssättet kring händelseanalyser, genom att använda NITHAS mall för händelseanalys
- återkoppling av journalgranskning samt patientärenden till verksamheten

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- förtydliga ansvarsfördelningen och arbetsprocessen för hanteringen av avvikelser
- besluta om vi ska ansluta till NITHA – Nationellt IT-stöd för händelseanalys.

Klagomål och synpunkter

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

Inom AISAB ska alla chefer och medarbetare ha kunskap om hur de ska ta emot synpunkter och klagomål. De har ett ansvar för att hantera dessa på ett korrekt sätt. Vi har som målsättning att patienter och närstående, som framför en synpunkt eller klagomål, ska uppleva att de tas på allvar. Synpunkter och klagomål kan komma till AISAB via medarbetare, e-tjänsten 1177 ”Lämna synpunkter och klagomål”, kontaktformulär eller e-post till AISABs informationsbrevlåda via vår externa webbplats, brev per post, telefonsamtal till stationschefer och biträdande stationschef för Transport av avlidna, Patientnämndens förvaltning inom Region Stockholm och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Klagomål och synpunkter har främst följt upp genom att:

- följa upp och analysera inkomna ärenden samt ta fram, genomföra och kommunicera förbättringsåtgärder internt inom verksamheten
- enskilda medarbetare har fått återkoppling i lärandesyfte

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- utöka tydligare dialoger kring klagomål och synpunkter med exempelvis patienter och närstående men också internt.
- säkerställa uppföljning av genomförda åtgärder kopplat till händelseanalyser.

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.



Inom ambulansen är resiliens av yttersta vikt, då vår verksamhet står i första linjen vid en kris eller katastrof. I AISAB arbetas det intensivt med att säkerställa att vården kan anpassas till både kortsiktigt och långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet, vilket under många år har varit utmanande för oss med en slimmad organisation. Beredskaps- och katastrofövningar och analys av scenarier ska genomföras med regelbunden basis för god beredskap och framförhållning. En aktiv omvärldsbevakning är nödvändig för en hög beredskap för att identifiera och hantera risker. Även en långsiktig kompetensförsörjning och tillräckliga personalresurser är en förutsättning för en anpassad och säker vård. Vi behöver se över hur vi ska säkerställa personalresurser på lång sikt, med tanke på utmaningar att bibehålla kompetens i ambulanssjukvården i med den förväntat förändrade demografi som kommer ske i regionen. Att säkerställa beredskap i framtiden kan innebära både behov att göra det mer attraktivt att arbeta i AISAB, men även kräva ändrade arbetssätt, så som omvärdering av dimensionering av ambulanssjukvården

AISAB ska ha övergripande strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det patientnära arbetet genom att:

- identifiera, kommunicera och planera för risker på lång sikt
- stärka beredskapen mot försvårade omständigheter i samhället genom träning, simulering och kompetensutveckling
- analysera risker och skapa beredskap för störningar i den fysiska miljön, IT-miljön och leveranser av medicintekniska produkter
- bedriva ett systematiskt och hållbart arbetsmiljöarbete.

Öka riskmedvetenhet och beredskap har främst följts upp genom att:

- fokusera på krisberedskap och civilt försvar
- revidera risk- och sårbarhetsanalysen
- genomföra utbildningsinsatser för övning, träning och simulering för att stärka beredskapen
- säkerställa regelverk och arbetsprocesser inom informationssäkerhetsområdet
- säkerställa utbyggnad av skalskyddssystem, samt resurstilldelning för tillträdesadministration.

Vi har under året uppmärksammat behovet av att:

- revidera styrande dokument för säkerhet- och krisberedskap
- utbilda chefer och stödfunktioner i stabsmetodik
- planera, genomföra och följa upp övningar där AISABs inre ledning är aktiverad
- genomföra översyn av fasta säkerhetssystem
- genomlys och revidera leverantörer av stationsservice
- säkerställa vältrimmade back-up system och beredskap för särskilda händelser
- tillgodose robust IT-system och resiliens mot yttre påverkan
- genomföra risk- och konsekvensanalys och ett systematiskt underlag för säker övertagning av prioritering och dirigering i egen regi

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

En hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete samt är beroende av allas ansvar och engagemang oberoende av yrkesroll. Utöver de olika behov som uppmärksammas i ovan patientsäkerhetsberättelse, har vi som målsättning att under 2026 ha ett tydligare fokus på att:

- utvärdera vår organisation och ansvarsfördelning inom vård- och patientsäkerhetsområdet
- öka kunskapen om det systematiska patientsäkerhetsarbetet och stärka säkerhetskulturen inom samtliga organisatoriska nivåer
- förebygga negativa händelser genom att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetets olika faser, genom tydlig ledning och kunskapshöjande insatser
- öka kunskapen om och regelbundet använda riskförebyggande verktyg och metoder inom patientsäkerhetsområdet för att systematisera arbetet
- utreda förutsättningarna att utveckla nya medicinska kvalitetsindikatorer för att följa upp, analysera och ta fram förbättringsåtgärder utifrån inhämtat data
- ingå i forskningsprojekt som undersöker säkerhetskultur
- främja och kommunicera forskningens betydelse i patientsäkerhetsarbetet.

Dessutom kommer även år 2026 präglas av det stora förändringsarbetet som pågår i organisationen, vilket kräver nogsam bevakning och analys. AISABs intention är patientsäkerheten ska beaktas i alla förändringar som sker, och beslut som fattas ska ha patienten och medarbetaren i fokus.

BILAGA 1. Avvikelser*

	2021	2022	2023	2024	2025
Externa avvikelser, som skickats från AISAB	502	475	536	606	1160
Interna avvikelser, som inkommit till AISAB	53	68	55	719	1036
Totalt handlagda avvikelser	555	543	592	1325	2212
IVO Lex Maria	1	2	1	16	9
IVO Klagomål och Synpunkter	7	7	9	0	6
Patientnämnden	11	11	20	24	44
1177 Synpunkter och Klagomål	0	0*	2	11	24

*Under åren 2024-2025 har Capio Läkarbilar, Falck Ambulans, Samariten Ambulans och delar av prioritering och dirigerings tjänstens funktioner integrerats in i AISAB. De olika organisationerna har haft olika arbetssätt och redovisningsmetoder av data, vilket gör att siffrorna inte är jämförbara över åren.

BILAGA 2. Avvikelser uppdelade i risknivåer*

Riskenivåer	2021	2022	2023	2024	2025
Risker - en möjlighet att en negativ händelse ska inträffa	310	265	338	74	414
Tillbud - en händelse som hade kunnat medföra något oönskat	58	66	106	463	1128
Negativa händelser - en händelse som har medfört något oönskat	24	26	47	180	572
Avvikelser där händelse lett till allvarlig vårdskada	4	1	2	16	4

*Under åren 2024-2025 har Capio Läkarbilar, Falck Ambulans, Samariten Ambulans och delar av prioritering och dirigeringsfunktioner integrerats in i AISAB. De olika organisationerna har haft olika arbetssätt och redovisningsmetoder av data, vilket gör att siffrorna inte är jämförbara över åren.

BILAGA 3. Hållbart säkerhetsengagemang

I den årliga kartläggningen av organisatorisk och social arbetsmiljö ingår ett par frågor som berör hur medarbetarna uppfattar att de kan tala om misstag eller svårigheter i arbetet. I enkäten ingår även frågor som indirekt påverkar patientsäkerheten, exempelvis arbetsbelastning och möjlighet till återhämtning under arbetstid. De enskilda resultaten från varje ambulansstation följs upp och analyseras av chefer och medarbetare under arbetsplatsträffar. Handlingsplaner ska redovisas till verksamhetsområdeschefer och AISABs ledningsgrupp.

Resultat från 2025 års kartläggning.

Jag vågar prata om mina misstag med min chef



Jag informerar min chef om det uppstår problem på arbetsplatsen eller i mitt arbete



BILAGA 4. Sammanställning av utförda interna och externa kontroller

Revisionsobjekt	Avvikelser			Avvikelser Total	Stor avvikelse		Total
	Arbete pågår	Ej påbörjat	Klart		Klart	Stor avvikelse Total	
Arbetsmiljö	1			1			1
CBRNE			1	1			1
Ekonomi			1	1			1
Generella direktiv om läkemedelsbehandling	1			1			1
Hot och våld	2	2	1	5			5
HR			1	1			1
Läkemedelshantering	2		3	5			5
Medicinska behandlingsriktlinjer	1	1	3	5			5
Nacka			3	3			3
Norra Sköndal			2	2			2
PAM	1			1			1
Prehospitala vårdtjänster			1	1			1
Riskhantering			1	1			1
Styrning och ledning			1	1	2	2	3
Söder	1			1			1
Trafiksäkerhet	1	1	2	4			4
Täby			1	1			1
Vallentuna			3	3			3
Väster Haninge			3	3			3
Åkersberga			1	1			1
Total	10	4	28	42	2	2	44

BILAGA 5. Årshjul för patientsäkerhetsarbetet på AISAB 2025

