

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 1 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Patientsäkerhetsberättelse

för SOS Alarm Sverige AB

2025



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 2 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen för SOS Alarm utgår från lagkrav och följer strukturen i den nationella mallen för patientsäkerhetsberättelse framtagen på uppdrag av den nationella samverkansgruppen inom patientsäkerhet [NSG] 2021. Syftet med SOS Alarms berättelse är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten under 2025 och samtidigt blicka framåt på vårt kommande arbete under 2026.

SOS Alarm är en enskild vårdgivare med verksamhet vid 14 centraler från Luleå i norr till Malmö i söder. Varje år möter vi ca 1 miljon patienter och anhöriga i varierande grad av behov av hjälp. På uppdrag av svenska staten ansvarar vi för nödnumret 112 och har en central roll i samhällets krisberedskap.

SOS Alarm har en unik verksamhet. Vi vet hur Sverige mår i realtid. Dygnet runt, året om hanterar vi larm och koordinerar hjälpresurser vid sjukdomsfall, olyckor, kriser och störningar. Hos oss går ett professionellt agerande hand i hand med att vi visar omtanke. Det egna ansvaret är lika självklart som att vi samarbetar och hjälps åt.

SOS Alarm ägs av oss alla gemensamt – genom staten och Sveriges Kommuner och Regioner [SKR]. Tillsammans skapar vi ett tryggare Sverige för alla, nu och i framtiden.

Vår vision

Ett tryggare Sverige för alla.

Vår mission

Rätt hjälp på rätt plats i rätt tid – dygnet runt, årets alla dagar.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 3 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Innehåll

	Inledning	2
1	SAMMANFATTNING	4
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
2.1.1	Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.....	5
2.2	Organisation och ansvar.....	6
2.2.1	Samverkan för att förebygga vårdskador	7
2.2.2	Informationssäkerhet.....	9
2.3	En god säkerhetskultur.....	9
	Patientsäkerhetsdialoger	11
2.4	Adekvat kunskap och kompetens.....	12
2.5	Patienten som medskapare.....	13
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	19
3.3	Säker vård här och nu.....	20
3.3.1	Riskhantering.....	21
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling	21
3.4.1	Avvikelse.....	22
3.4.2	Klagomål och synpunkter	27
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 4 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

1 SAMMANFATTNING

Att vara den självklara partnern för regionerna i den prehospitala vårdkedjan, från 112 samtalet till dess att patienten fått rätt hjälp, har varit en grundpelare i våra prioriteringar under 2025. Vi har fortsatt det viktiga och fundamentala arbetet med att säkerställa en stabilitet i våra svarstider på 112, samt vår kvalitet i den efterföljande larmhanteringen och vår förmåga. Våra relationer med regionerna har stärkts under de senaste åren och fokuseringen på dessa relationer har varit, och är fortsatt, nödvändig för att stärka vår förmåga och möta förändrade behov från regionerna. Vi arbetar hela tiden för att stärka vår roll som vårdgivare, som leverantör och som partner.

Vi har stärkt vår ledarnärvaro i trafikrummen och vi genomför fler realtidsuppföljningar av vår operativa personal än någonsin. Personalomsättningen är ett område som alla vårdgivare och 24/7 verksamheter kämpar med. Vi är inget undantag. Vi har fortsatt, och fortsätter in i 2026, med att stärka vår grundläggande kompetens inom till exempel samtalsmetodik och inom vård och räddning. Öka kompetensen, tryggheten och stärka medarbetarna i tron på sin egen förmåga är viktiga delar i att minska personalomsättningen. Detta tillsammans med ett omfattande arbete kring schema hoppas vi kunna bidra till en ökad attraktivitet och att vi lyckas behålla vår fantastiska personal. Alla delar är lika viktiga förutsättningar för att säkra och stärka patientsäkerheten.

Arbetet inom verksamheten har fortsatt i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet - "Agera för säker vård". Särskilt fokus har lagts på aktiviteter som syftar till att stärka de fyra grundläggande förutsättningarna för en säkrare vård: *Engagerad ledning och tydlig styrning, Adekvat kunskap och kompetens, En god säkerhetskultur samt Patienten som medskapare.*

En viktig del inom detta är arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen inom verksamheten. Patientsäkerhetsdialoger är numera en återkommande aktivitet i hela vår verksamhet. Chefläkare, chefsjuksköterska, verksamhetschef, vårdutvecklare och biträdande chefläkare träffar verksamhetens olika områden – allt från lokala larmcentralers ledning till stödfunktioner så som till exempel HR, bemanningsavdelning och IT avdelning.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 5 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

2 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” enligt den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2020) har fyra grundläggande förutsättningar identifierats.

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



SOS Alarm arbetar med patientsäkerheten i fokus och bedriver ett systematiskt och kontinuerligt kvalitets – och förbättringsarbete. Utgångspunkten är att uppfylla kraven om en god vård, vilket innebär att vi strävar efter en personcentrerad, ändamålsenlig, säker och jämlik vård som ges i rätt tid till patienten. Alla, från ledning till medarbetare, involveras i arbetet. Det ständiga förbättringsarbetet sker via förankring i alla led och vi driver kontinuerligt på utvecklingen av standardiserade processer med dokumenterade rutiner och riktlinjer. Genom standardiserade arbetssätt identifierar vi också avvikelser.

För att lyckas med ständiga förbättringar behöver så väl ledning som medarbetare utföra arbetet och utveckla detsamma. Vi ska vara trygga med att händelser som inträffar diskuteras, utreds och åtgärdas.

Fynd som görs i arbetet med händelseanalyser och anmälan enligt Lex Maria återkopplas till berörda chefer från närmaste chef hela vägen upp till företagsledningen.

Genom verksamhetschefs deltagande i patientsäkerhetsavdelningens ledningsmöten skapas även en brygga över till våra SOS-centraler, vilket bidrar till ett engagerat ledarskap där vi tillsammans kan stödja verksamheten med fokus att skapa en lärande säkerhetskultur, ge förutsättningar för trygga medarbetare, minska risk för vårdskador och ge ökad nöjdhet hos patienter eller anhöriga som kontaktar Sveriges nödnummer.

2.1.1 Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

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

SOS Alarms övergripande patientsäkerhetsarbete utgår från Socialstyrelsens styrande författningar och nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i vården 2020–2024, som publicerades 2020. Det övergripande målet är God och säker vård – överallt och alltid – ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Handlingsplanen är väl integrerad i vårt ledningssystem. Strukturen i handlingsplanen utgår från de fyra grundläggande förutsättningarna för säker vård: Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens samt Patienten som medskapare.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 6 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Prioriterade fokusområden i handlingsplanen är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling,
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



2.2 Organisation och ansvar

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

Ledningen bär det yttersta ansvaret för patientsäkerhetskulturen. Hur ledningen prioriterar åtgärder och värderar det som sker i verksamheten/vården är avgörande. Att stå för ett öppet klimat och ta tillvara personalens och patienters erfarenheter för ledning och styrning skapar förutsättningar för förtroende och säkrare vård.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet ligger i linjen och är kopplat till varje medarbetares individuella ansvar. Övergripande ansvar ligger hos verksamhetschefen för vård. Avvikelse, kundklagomål och förbättringsförslag hanteras i enlighet med processen SOS Bättre.

SOS Alarm arbetar med att utveckla patientsäkerheten i ett nationellt perspektiv genom flera verksamhetsområden och avdelningar. Genom aktivt deltagande i såväl interna som externa forum, projekt och analyser stödjer och utvecklar nedanstående roller verksamheten inom respektive ansvarsområde.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov, samordning och patientsäkerhet. Verksamhetschefen arbetar brett med att säkerställa att verksamheten följer de lagar och förordningar som styr oss som vårdgivare samt är ägare av struktur och metodik i det medicinska beslutsstödet.

Chefläkare är anmälningsansvarig enligt Lex Maria. Chefläkaren sätter kravbilderna på innehåll, utveckling samt uppföljning av det medicinska innehållet i beslutsstöd och i utbildning. Ett gott

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 7 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

samarbete och dialog sker hela tiden mellan verksamhetschef och chefläkare. Chefläkaren är medicinskt sakkunnig till VD och styrelse i frågor som faller inom bolagets verksamhet som vårdgivare. Chefläkaren rapporterar organisatoriskt direkt till VD. Chefläkaren har en biträdande chefläkare som stödjer det interna fokuset i vårt patientsäkerhetsarbete samt i dialoger med regioner och andra samverkanspartner.

Avdelning Patientsäkerhet och vårdkvalitet utför egenkontroller på uppdrag av verksamhetschef. De är utbildade analysledare och genomför så väl händelseanalyser som patientriskanalyser där tydliga åtgärder föreslås. Avdelningen har ett uppdrag att tillsammans med den medicinska professionen bedöma patientsäkerhetsrisken vid vårdavvikelse. De ansvarar även för det löpande operativa arbetet med utveckling/uppföljning av det medicinska beslutsstödet, vilket leds av en verksamhetsutvecklare med utpekat ansvar för förvaltning. Avdelningen har även ansvaret för SOS Alarms vårdutbildning. Syftet är att ytterligare höja kompetensen/nivån på utbildningen och säkerställa en tydlig koppling mellan vårt kontinuerliga förbättringsarbete som bland annat är baserat på fynd i Händelseanalyser/Lex Maria och hur vi utvecklar våra vårdutbildningar. Avdelningen leds av SOS Alarms chefsjuksköterska som i sin tur rapporterar till chefläkare

Chefsjuksköterska har som uppdrag att bedriva fokus på patientsäkerhet och ledarskap utifrån ett omvårdnadsperspektiv genom att föreslå aktiviteter som analys, utredning, åtgärder och uppföljning både ur ett omvårdnadsperspektiv samt ur ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv. Utöver detta verkar chefsjuksköterskan för en god patientsäkerhetskultur i ledning och verksamhet och samverkan.

2.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För patienter som kontaktar SOS Alarm resulterar samtalet alltid i en överlämning till annan aktör. I många fall genom att patienten vidarekopplas eller hänvisas att själv uppsöka annan vårdgivare, men ofta leder vår kontakt till att patienten efter vår bedömning ska rapporteras över till nästa led i vårdkedjan – något som är ett känt riskmoment inom vården. En stor del av denna överrapportering sker skriftligt, varför det är väsentligt för patientsäkerheten att ha en enhetlig och strukturerad dokumentation samt rutiner som både sändare och mottagare förstår.

För att skapa den samsynen kring patienten, möjliggöra dialog kring våra samverkansrutiner och identifiera risker behöver vi finnas nära varandra.

Idag finns samverkansforum etablerade, centralt och på SOS centralerna runt om i landet, där representanter från SOS Alarm och regioner finns representerade - både på operativ, taktisk och strategisk nivå.

I de tre största regionerna har vi gemensamma Kvalitetsråd för att stärka patientsäkerhetsarbetet och göra gemensamma förbättringar för att skapa säkra vårdövergångar.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand. Är inte medarbetarna trygga i mötet med patienten blir omhändertagandet sämre. Efter en händelse i september 2025 där en

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 8 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

ambulanssjukvårdare miste livet i tjänsten bildades en intern arbetsgrupp med syfte att arbeta med hot/våld i den prehospitala larmkedjan.

Arbetet initierades av VD som fick löpande rapporter om hur arbetet fortskred. SOS Alarm deltog i de utredningar som Region Gävleborg gjorde med anledning av händelsen. Tillika gjorde vi en egen intern analys. De olika utredningarna har sedan sammanförts till en handlingsplan som vi arbetar med tillsammans med samtliga regioner. Samarbetet med regionerna tog sitt avstamp vid ett dialogmöte den 17 december i Stockholm. SOS Alarms chefläkare har även träffat sjukvårdsministern vid tre tillfällen, bland annat vid de runda bordssamtal som ministern höll, för att föra dialog kring hur vi kan få en säker och trygg larmkedja. SOS Alarm bidrar med pusselbitar i form av information och åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för ambulanssjukvården att vara rätt förbereda vid mötet med den hjälpsökande patienten.

Händelseanalyser genomförs också i större utsträckning i samverkan med regioner som vi har samverkansavtal med och där vi emellanåt har hanterat patienten i båda organisationerna på dennes färd genom vårdkedjan, alternativt har processer som ska sammanflätas med bibehållen eller ökad patientsäkerhet.

Forskning/datauppföljning i samverkan

SOS Alarm arbetar för en öppen patientsäkerhetskultur där syftet är att på aggregerad nivå hitta förbättringsområden med målsättning att medarbetare, samverkansparter och patienter ska känna sig delaktiga och trygga i det förbättringsarbete vi bedriver.

SOS Alarm bedriver ett strukturerat forsknings- och utvecklingsarbete i samverkan med akademi, regioner och andra samhällsaktörer. Forskningen syftar till att genom vetenskaplig metodik stärka kunskapsläget kring larmcentralens roll i den prehospitala vårdkedjan och att bidra till en mer patientsäker vård.

Under de senaste åren har SOS Alarm etablerat och vidareutvecklat långsiktiga forskningssamarbeten med flera lärosäten, däribland Karolinska Institutet och Lunds universitet. Forskningen omfattar både pågående och planerade studier och spänner över flera för patientsäkerheten centrala områden.

Ett flertal studier fokuserar på tidiga och tidskritiska insatser, såsom identifiering och hantering av hjärtstopp, telefonassisterad HLR, automatisk utalarmering av ambulansresurser, utalarmering av olika frivilliga livräddare samt användning av tekniska stöd som video och drönare för förbättrat akut omhändertagande. Andra forskningsprojekt belyser kommunikation och bedömning i nödsamtal, exempelvis vid psykisk ohälsa och hot om suicid.

Forskningssamordnare är en integrerad funktion i SOS Alarms medicinska ledning och utgör en brygga mellan verksamhet, kvalitetsutveckling och akademi. Resultat och erfarenheter från forsknings- och samverkansprojekt används som underlag i verksamhetsutveckling, egenkontroller, utbildning och revidering av arbetsätt och medicinska beslutsstöd. På så sätt utgör forskning och samverkan en viktig del av SOS Alarms systematiska arbete för att förebygga vårdskador och stärka patientsäkerheten.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 9 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

2.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

SOS Alarm uppfyller stöldsnyddsföreningens krav på larmcentraler enligt kraven i SSF 136:5 och under 2025 har certifieringsrevision för ISO 27001 avseende informationssäkerhet, cybersäkerhet och integritetsskydd genomförts som SOS Alarm klarade och därmed erhöill certifikat för ISO 27001.

Det har varit tydligt vid genomförande av årets internrevision för ISO 27001 att verksamheten präglas av en vilja att göra rätt och en god säkerhetsmedvetenhet över lag.

Säkerhetsarbete består av många olika delar och vid intervjuer märks det att den fysiska säkerheten är den del av säkerhetsarbetet som är enklast att förhålla sig till och se sitt bidrag till, men samtidigt märks en stark acceptans och vilja att bidra till alla delar av säkerhetsarbete där informationssäkerhet är en del som succesivt blir mer av en naturlig del av vardagen.

Uppföljningar och riskanalyser inom området genomförs regelbundet. Flertalet instruktioner är under senare delen av året uppdaterade – främst kopplat till hantering av patientuppgifter, patientsäkerhet/sekretess och logg/loggranskning. Under året har vi också påbörjat arbete avseende revidering av instruktioner kopplat till behörighetsstyrning.

Informationssäkerhetschef har regelbundna strategiska möten med samtliga informationsägare för att säkerställa förbättring och framdrift kring arbetet med informationsägarskap. Behörighetsstyrning för så väl intern som extern åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter och annan information måste ständigt genomgå översyn och förbättringar för att kunna säkerställa att endast behöriga kan ta del av informationen samt att möta de ökade säkerhetskrav som uppstår över tid. Dessa säkerhetsåtgärder utgörs i form av både tekniska och administrativa åtgärder.

2.3 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Ledningssystem avser de metoder och principer vi använder för att styra, leda och följa upp vår verksamhet. Det omfattar allt från riskanalyser, mätningar kopplade till mått och nyckeltal, insamling av förbättringsidéer/avvikelser och kundklagomål till ledningens beslut om mål, strategier, resurser och dess kompetens samt handlingsplaner och aktiviteter. Alla delar i systemet samverkar.



- **Ledningssystemet finns för att bidra till att**
 - fastställa principer för ledning av verksamheten
 - SOS Alarm realiserar sina strategier i syfte att nå sina mål

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 10 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

- möta regionerna i avtalade behov och förväntningar för att nå hållbar framgång
- skapa förutsättningar för systematiskt förbättringsarbete som utgår från stabilitet och definierade processer (verksamhetsutveckling)
- skapa tydlighet/enkelhet, effektivitet, gott medarbetarskap och delaktighet
- säkra kvaliteten i verksamheten (inkl. regulatoriska krav)
- säkerställa krav på certifiering enligt avtal
- **SOS FS 2011:9 (Socialstyrelsens föreskrifter)**
 - SOS Alarms som vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll/hantering av avvikelser
- **Certifierat ledningssystem enligt ISO 9001:2015**
 - SOS Alarms ledningssystem för kvalitet är certifierat vilket är ett kvitto på att organisationen uppfyller kraven i ovan nämnd standard. DNV-GL som är ackrediterade av Swedac genomför revisioner och utfärdar certifikat
- **Certifikat för SSF 136:4 och 136:5**
 - Standard för larmcentraler avseende krav på skalskydd (inbrott, angrepp, brand), utrustning och redundans (strömförsörjning från två olika strömkällor, krav på minst två medarbetare)
- **Informationssäkerhet ISO 27001**
 - SOS Alarms arbete med informationssäkerhet baseras på standarden ISO 27001

Ledningssystemet utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt förbättringsarbete SOSFS 2011:9

För att positivt driva patientsäkerhetskulturen framåt är ett engagemang viktigt oavsett roll inom SOS Alarm. Alla medarbetare har en skyldighet och ett ansvar för att registrera upptäckta avvikelser i instruktioner, rutiner och checklistor samt incidenter, problem, klagomål/missnöje eller konfliktsamtal. På motsvarande sätt uppmanas alla medarbetare att skriva förbättringsförslag.

SOS Alarm har generellt en engagerad personal som aktivt arbetar med att rapportera avvikelser och förbättringsförslag. Varje år inkommer drygt 700 förbättringsförslag som utgör viktiga pusselbitar vid förändring och utveckling av våra processer. Under 2025 registrerades 2 146 internavvikelser gällande våra vårdprocesser, varav 435 utreddes ur ett patientriskperspektiv.

Samtidigt som vi ska förtydliga varje medarbetares ansvar behöver vi också skapa psykologisk trygghet. Vi måste våga och kunna prata om våra misstag, våga rapportera och ta dialogen kring risker man ser.

Förutom patientsäkerhetsdialoger med dessa frågor i fokus har vi under 2025 även tagit steg för att förenkla själva rapporteringen. En teknisk lösning för att möjliggöra registrering av förbättringsförslag och avvikelser direkt i det operativa systemstödet är framtagen och planeras att driftsättas under 2026.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 11 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Patientsäkerhetsdialoger

Under första delen av 2025 sammanställdes resultatet av genomförda patientsäkerhetsdialoger från slutet av verksamhetsåret 2024. Resultatet påvisade nedanstående förbättringsområden som fortsatta patientsäkerhetsdialoger under 2025 har utgått ifrån.

- **Psykologisk säkerhet** – Öppenhet, tillit och förtroende mellan medarbetare och verksamheten samt i teamarbete i verksamheten
- **Lärande organisation** – Verksamhetens förmåga att analysera och lära av data, risker och inträffade skador samt sprida kunskaper kring dessa

Dialogerna genomförs utifrån verktyget Säkerhetskulturtrappan 2.0 som är framtagen av regionernas ömsesidiga försäkringsbolag [LÖF]. Verktyget omfattar sju områden som alla är centrala komponenter i säkerhetskulturen (ledningens engagemang, organisatoriska förutsättningar, proaktivt och reaktivt arbete, system- och individsyn, psykologisk säkerhet, lärande organisation samt patient- och närståendemedverkan).

Säkerhetskulturtrappan 2.0 syftar till att skapa förutsättningar för att ta organisationen från förnekande till skapande genom att

- öka kunskapen om faktorer som påverkar säkerhetskulturen
- underlätta dialogen kring styrkor och förbättringsområden i verksamhetens säkerhetskultur
- synliggöra skillnader i hur säkerhetskulturen uppfattas bland medarbetare
- visa på utvecklingsmöjligheter av säkerhetskultur och säkerhet.

Lokala initiativ som stöd för vårt systematiska arbete är en förutsättning för att sprida en god säkerhetskultur. Nedan nämns några av dessa initiativ under 2025.

Under året har Medarbetaruppföljning i realtid (se punkt 3) varit en viktig del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete, där avvikelser analyserats och lärdomar spridits till alla medarbetare genom skriftlig återkoppling. Arbetet har särskilt fokuserat på situationer där brister kunnat innebära risk för patienten, och ledarskapet har haft en aktiv roll i att följa upp och stödja medarbetare, särskilt nya i verksamheten.

Under hösten har bedömningsfrågorna i medarbetaruppföljningen förtydligats för att höja kvaliteten i bedömningarna. Cirkulationsbedömning har varit ett prioriterat område, där teamen fördjupat sin förståelse för tecken på påverkan och cirkulationssvikt. Individuell kunskapsinventering har hjälpt till att identifiera behov och styra riktade utbildningsinsatser, där tid avsatts till e-kurser och internhospiteringar med andra operativa roller i trafikrummet vilket stärkt kompetensen. Coachpass och praktisk handledning används för att säkra följsamhet till processer.

Lärande sprids via veckobrev, muntliga genomgångar vid skiftbyten och genom analys av individuell statistik.

Medarbetarna beskriver att arbetet bedrivs patientsäkert och att få allvarliga avvikelser inträffat, även om det finns önskemål om fler forum och mer tid för fördjupad patientsäkerhetsdialog.

Ett fortsatt förbättringsområde är att minska gapet mellan lokalt arbete och kvalitetsutveckling.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 12 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

För att stärka samverkan hålls årliga funktionsträffar mellan dirigerter och regionens Inre sjukvårdsledning. Gruppchef från SOS Alarm deltar vanligtvis i dessa forum. Sammantaget visar året på en stabil patientsäkerhetskultur med fokus på lärande, kompetensutveckling och tydliga förbättringsprocesser.

2.4 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.



Eftersom kompetensförsörjning är en förutsättning för organisationens långsiktiga framgång måste medvetenheten om framtida kompetensbehov finnas med i det strategiska arbetet då det är en förutsättning för att leverera god vård. SOS Alarm har en metodik för kompetenskartläggning som syftar till att besluta nödvändiga kompetenser för respektive roll, skapa förutsättningar för upplärning/utbildning samt ta ställning till kompetensbehov och eventuella gap däremellan årligen.

SOS Alarm genomför för alla medarbetare i operativ miljö en egen grundutbildning som baseras på:

- Klassrumsmiljö/Interaktivt lärande (teori och praktik/övning)
- Handledarledd undervisning i övnings- och skarp miljö
- Medarbetaruppföljning under hela utbildningsperioden med kunskapsverifiering som avslutas med en certifiering
- SOS Alarms medicinska beslutsstöd och andra relevanta systemstöd

Utöver patientsäkerhetsdialoger förmedlas kunskap inom patientsäkerhet via information och dialog i ledningsgrupper för vidare spridning i linjen. Stödfunktioner inom vård finns tillgängliga för att stödja i så väl formulering av budskap, samtalspunkter och underlag till hela organisationen.

För att säkerställa att utbildningsinsatser för operativ personal sker samtidigt och på ett likriktat sätt över hela företaget ansvarar en nationell arbetsgrupp för att planera den löpande kompetensutvecklingen. Insatserna baseras på utvecklingsbehov identifierade i förbättringsförslag, avvikelser och egenkontroller. Efter beslut om inriktning för kommande verksamhetsår ansvarar sakkunniga för att fram utbildningsmaterial på uppdrag av verksamhetsansvarig. Under 2025 har all operativ personal fortbildats i samtalsmetodik och hantering av samverkansärenden. Under 2026 kommer kompetensutvecklingen fokusera på fördjupning i det medicinska beslutsstödet samt fortbildning gällande psykiatri.

Som ett led i att likrikta kompetensutvecklingen har även befintlig ambulansdirigeringsutbildning under året setts över och formats om. Utbildningen som idag genomförs på den enskilda SOS-centralen, kompletteras under 2026 med en central utbildning gällande de allmängiltiga delarna i

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 13 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

uppdraget. I samband med framtagandet av ny utbildningsmodell har även befintligt utbildningsmaterial för blivande ambulansdirigenter reviderats.

2.5 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.



SOS Alarms samtalsmetodik utgår från patientens egen upplevelse av sitt tillstånd och syftar till att nå samförstånd. Patienten involveras i olika steg genom metodiken med öppna frågor och inlevelseförmåga hos medarbetaren, till exempel genom att bekräfta patienten och leda tillbaka till relevanta frågeställningar. Beslutsstödet är uppbyggt utifrån patientens orsak till kontakt och frågor ställs med relevans till den kontaktorsaken.

- våra bedömningar sammanfattas så att patienten förstår grunderna för besluten
- patienten ska vara införstådd i den rekommenderade vårdnivån
- patienten blir vid behov uppringd under väntetid för att göra en ny bedömning eller omprövning av vårdnivå.

Denna typ av strukturerat och respektfullt samtalsstöd stärker patientens möjlighet att aktivt bidra till en säker vårdprocess.

Patienter involveras regelbundet i förbättringsarbetet. I flertalet utredningar där patienter är involverade etableras kontakt med patient och/eller anhörig som uppmanas att lämna sina synpunkter och upplevelser. I samtliga Händelseanalyser och anmälningar enligt lex Maria erbjuder vi deltagande av patient/anhörig i form av att de blir intervjuade. Vidare återkopplar vi alltid resultatet av analysen till dem.

Mångringarprojektet (se punkt 3) är ett annat exempel på hur man med patient som medskapare och i samverkan kan ta innovativa steg mot en god och nära vård med bibehållen patientsäkerhet.

Vi hade under 2025 ambitionen att fortsätta involvera patienter via patientenkäter, tyvärr har detta arbete fått stå tillbaka på grund av brist på tekniska förutsättningar.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 14 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

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

Syftet med Egenkontroll vård för SOS Alarm som vårdgivare är att säkerställa att vårdrelaterade tjänster bedrivs i enlighet med gällande regulatoriska krav, riktlinjer och processer, samt upprätthållande av hög kvalitet och god vård.


Genom ett systematiskt och kontinuerligt arbete med Egenkontroller vård strävar vi som vårdgivare efter att tidigt identifiera brister och vidta nödvändiga åtgärder för att främja en kultur av lärande och kontinuerlig utveckling inom verksamheten. Förutom den verksamhetsnära, systematiska uppföljningen av medarbetare och lokal verksamhet, genomförs egenkontrollerna av avdelningen för patientsäkerhet och vårdkvalitet, samt den medicinska förvaltningen av SOS Alarms beslutsstöd STEP. Nedan presenteras några av de egenkontroller som genomförts under 2025.

Medarbetaruppföljning i realtid

Under 2023 infördes en ny metod för egenkontroll: "medarbetaruppföljning i realtid".

Metoden bygger på att ansvarig chef eller en annan kompetenssäkrad medarbetare med hjälp av systemstöd följer upp samtal i realtid och omedelbart fångar behov av justeringar i arbetsätt och ger feedback direkt till våra operativa medarbetare. Metoden är väldigt uppskattad inom vår operativa verksamhet där detta ses som en naturlig del i en kompetensutvecklande verksamhet med ett närvarande ledarskap.

Arbetsättet och metodiken har successivt utvecklats under åren och under 2025 togs ett stort steg, då ett helt nytt egenutvecklat verktyg för att genomföra uppföljningarna lanserades (se bild). Verktöget har utökats med fler protokoll för att kunna följa upp fler rollers arbete och det har parallellt skapats nya uppföljningsmöjligheter för djupare analyser.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 15 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Under 2025 genomfördes totalt 26 480 unika uppföljningar av samtal/arbetsmoment, vilket är en ökning från 2024 med ca 8 500 uppföljningar, och av dessa genomfördes ca 10% i syfte att coacha våra handledare då behov identifierats under chefers uppföljningar.

Under 2025 har 11 743 patientkontakter följts upp; 10 457 vårdsamtal inkomna via 112 och 1 286 vårdsamtal hanterade av SOS-sjuksköterska. Tillsammans med 567 uppföljningstillfällen av ambulansdirigering utgör de underlag för egenkontrollen inom verksamhetsområde vård. Övriga uppföljningar är inom andra verksamhetsområden.

På systemnivå ser vi inga områden med stora brister utan generellt är det höga resultat på våra uppföljningar. Den stora mängden data vi samlar in gör att vi på aggregerad nivå kan vara trygga med resultatet och vår kvalitet i leveransen. För att kvalitetssäkra resultatet av realtidsuppföljningen genomförs även uppföljning i efterhand av minst 5 samtal per år och medarbetare.

Under året har det genomförts utbildningar för chefer och handledare samt uppföljande genomgångar med lokala ledningsgrupper för att lyfta eventuella behov av åtgärder eller fokus på lokal nivå.

De fynd som gjorts under året har arbetats in i den löpande fortbildningen för våra handledare, för att tas vidare ut i respektive arbetsgrupp. Det har även ingått som underlag i de nya utbildningar som tagits fram under året, tex en ny grundutbildning för ambulansdirigenter.

Vi fortsätter arbeta fram samarbetsformer internt kring resultaten vi ser och under 2026 kommer även avdelningen Kvalitetsutveckling använda verktyget för sina utredningar vid avvikelser, vilket kommer ge ännu mer underlag till vårt systematiska kvalitetsarbete.

Väntetid 112

Egenkontrollen genomförs löpande sedan 2023 och syftar till att identifiera patienter som på grund av lång svarstid riskerar att drabbas av vårdskada genom att tid till rådgivning och tilldelning av prehospital resurs fördröjts vid livshotande tillstånd där omedelbar rådgivning och snabbt omhändertagande kan vara avgörande. Ärenden med slutlig prioritet 1A (Omedelbar livsfara) och en väntetid >60 sekunder ingår i egenkontrollen.

Under 2025 tog nödnumret 112 i Sverige emot 3,8 miljoner samtal och medelsvarstiden var 7,3 sekunder. 1,3 miljoner vårdärenden hanterades, varav 62 568 bedömdes med högsta prioritet 1A. Av dessa hade 52 ärenden en väntetid på >60 sekunder, och är de som ingår i egenkontrollen.

I egenkontrollen ses 1 ärende där väntetiden kan ha spelat roll för patientens liv eller fortsatta livskvalitet. Detta ärende har registrerats i SOS Alarms avvikelssystem och patientsäkerhetsrisken är bedömd som måttlig.

I övriga 51 bedöms inte väntetiden ha inneburit någon risk för den enskilda patienten.

I samtalen som bedöms vara utan risk, har egenkontrollen påvisat omständigheter där väntetiden inte bedöms ha påverkat utgången. Några exempel på detta är obevittnade hjärtstopp där möjlighet

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 16 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

för återupplivning ej bedöms föreligga, samtal om suicidhot utan omedelbar överhängande risk för suicidhandling och ärenden som prioriterats som omedelbar livsfara utan att motsvara kriterierna.

Av årets 52 ärenden, inkom 8 av dessa den 27/12 då stormen Johannes drabbade Sverige, varav 2 ärenden hade väntetid på >2 minuter.

Väntetid på >2 minuter hade fram till detta datum inte förekommit i egenkontrollen sedan den 29/7 2023.

Andelen ärenden, prio 1A med väntetid över 60 sekunder, är fortsatt mycket låg i relation till antalet besvarade 112-samtal.

Om medelväntetiden på under 8 sekunder kan upprätthållas är sannolikheten mycket låg för att patienter med livshotande tillstånd som kräver snabb rådgivning och omedelbar tilldelning av prehospitala resurser ska drabbas negativt.

Uppföljning delprocess väntetidskoordination

Den 31 januari 2024 infördes en omarbetad delprocess för sjuksköterskor som arbetar i SOS Alarms väntrum med att omhänderta patienter som bedömts ha ett behov av prehospital vårdresurs. Syftet med den nya delprocessen, var att skapa en mer strukturerad hantering av patienter där väntetid uppstår, med särskilt fokus på de patienter som bedöms ha ökad risk för försämring (nedan benämnt "riskgrupp"). En önskad bieffekt var även att minska administrationen och frigöra mer tid för faktisk kontakt med patienter.

Uppföljningen under 2025 syftade till att övergripande utvärdera följsamhet till delprocessen samt identifiera förbättringsområden. Underlaget inkluderade samtliga ärenden där patientens väntetid överstigit 30 minuter (från att patienten befinner sig i väntrummet till dess resursen är framme) under tidsperioden 241201–250901, vilket var närmare 96 000 ärenden.

Resultatet visade att procentuellt högre andel av patienter i riskgrupp kontaktas jämfört med övriga, vilket är i linje med processens syfte. Dock syns en risk att resurser även används för att kontakta patienter utanför riskgrupp, vilket kan minska tillgängligheten för patienter inom riskgrupp.

Uppföljningen visar även att vi fortsatt lägger stor del administration på att bedöma patientens dokumenterade sökorsak/medicinska tillstånd i kombination med prioritet och planera tid för uppföljning. Många av dessa planerade uppföljningar uteblir helt, då patienten hinner lämna väntrummet för att vårdresurs tilldelas.

Resultatet av uppföljningen har av verksamhetschef och verksamhetsspecialist presenterats för samtliga sjuksköterskor, där reflektioner och tankar från verksamheten noterades för vidare arbete. Uppföljningen baserades endast på övergripande data, varför djupare analys av orsaker behövs innan förslag till åtgärder kan tas fram.

Mångringarprojektet

Våren 2024 initierades ett samverkansprojekt mellan Region Jönköpings län och SOS Alarm med syfte att förbättra omhändertagandet av personer som frekvent kontaktade 112 för prehospital vård. I projektet inkluderades tio individer med återkommande ambulanslarm, där gemensamt för

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 17 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

gruppen var en komplex kombination av medicinska, psykiska och sociala behov. Ofta handlade kontakterna om otrygghet snarare än akut sjukdom, och majoriteten av ambulansuppdragen mynnade ut i bedömningar där akutsjukvården inte kunde tillföra de insatser patienterna egentligen var i behov av. Detta tydliggjorde behovet av ett nytt arbetssätt som både värnade patientsäkerheten och möjliggjorde en mer personcentrerad och hållbar vårdprocess.

Projektets mål var att undersöka om utvalda patienter, med stöd av särskilt framtagna och samverkade vårdplaner, kunde hänvisas till rätt vårdnivå på ett tryggt och effektivt sätt.

Ambulansöverläkare identifierade ansvarig vårdgivare, vanligtvis psykiatrisk klinik eller primärvård, som i sin tur sammankallade till SIP-möten. Där samlades berörda aktörer – exempelvis närstående, gode män, vårdpersonal och biståndshandläggare – för att kartlägga nuläget och definiera vilka insatser som kunde stärka patientens trygghet i vardagen och därmed minska behovet av akut vårdsökande. Vid mötet utformades gemensamma åtgärder samt en vårdplan med tydliga hänvisningsnivåer för hur patientens kontakter via 112 skulle hanteras.

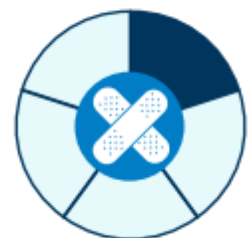
De första vårdplanerna implementerades i juni 2024. Inför införandet analyserades nuläget genom en jämförelse av antal 112-samtal, samtalstid och ambulansuppdrag fem månader före implementering. Samma indikatorer följdes därefter upp fem månader efter införandet. För att säkerställa hög patientsäkerhet följdes samtliga vårdplaner fortlöpande upp i samverkan med ambulanssjukvården.

Under 2025 genomfördes en djupare analys där en sammanfattad helhetsbedömning gjordes för varje patient, baserad på både historiska och aktuella data. Totalt ingick 10 mångringare i projektet. Resultatet visar tydligt att det nya arbetssättet varit framgångsrikt. Antalet kontakter till 112, total samtalstid och antalet initierade vård- och ambulansärenden minskade avsevärt.

Under projektets genomförande har inga patientsäkerhetsrisker identifierats. Inte heller har någon förskjutning av vårdnivåer kunnat påvisas. De patienter som direkthänvisades från 112 sökte sig inte till akutmottagning. Tvärtom har samverkan, struktur och tydliga vårdplaner skapat förutsättningar för en tryggare vård, minskad belastning på akutsjukvården och ett mer hållbart nyttjande av samhällets resurser.

3.1 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.

För att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete krävs rutiner för att identifiera, registrera, dokumentera och effektuera identifierade förbättringar. Förbättringar identifieras dels genom oönskade händelser, egenkontroller och förbättringsförslag, dels genom planerade

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 18 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

utvecklingsaktiviteter. SOS Alarms metodik för att säkerställa ett systematiskt angreppssätt för avvikelser, kundklagomål och förbättringsförslag stöds av SOS Bättre-processen. Inom ramen för processen nedan ryms aktiva ställningstaganden till patientsäkerhetsrisker, behov av fördjupade analyser, korrigerande/förebyggande åtgärder och naturligtvis uppföljning av effekter, trender och tendenser samt återkopplingar.



Ständiga förbättringar

SOS Alarm använder PDCA-cykeln (Plan Do Check Act) som verktyg och metod för arbetet med ständiga förbättringar. Modellen beskriver förbättringsarbetet som ett cykliskt och kontinuerligt förfarande med riskbaserat tänkande vid varje steg.

Kontinuerligt förbättringsarbete är nyckeln till effektivare verksamhetsutveckling. För att kunna bedriva ett systematiskt förbättringsarbete krävs rutiner för att identifiera, registrera och dokumentera negativa händelser (avvikelser, kundklagomål från privatpersoner, samverkansparter, Patientnämnder eller Inspektionen för vård och omsorg [IVO]) inom verksamheten. Microsoft Dynamics CRM är det ärendehanteringssystem som används inom SOS Alarm för att registrera, dokumentera och följa upp interna förbättringsärenden, så kallade SOS Bättre-ärenden.

Vi arbetar löpande med återföring av kunskap från lex Maria. En anmälan enligt lex Maria förväntas leda till diskussion, erfarenhetsutbyte och lärande inom organisationen.

Målet utöver lärande är att sträva mot ett mera öppet förhållningssätt där systemtänk prioriteras framför individtänk och därmed ett ökat förebyggande förhållningssätt.

Ett exempel på detta är att Vårdkvalitet medverkar på så kallade funktionsdagar för Sjuksköterskor där olika patientfall diskuteras tillsammans för att uppnå ökad förståelse för utmaningar i telefonbedömning och utfall.

Under 2025 har avdelning vårdkvalitet och patientsäkerhet reviderat SOS Alarms interndokument för händelseanalys och lex Maria i syfte att stärka samsynen internt gällande de processer som föregår beslut om analys samt omhändertagande av analysens resultat.

Patientfall (klagomål) tas med regelbundenhet upp till dialog för nästa steg. I forumet deltar relevanta roller från bland annat vårdkvalitet och produktion. Beslut tas om vidare händelseanalys, patientens rik och utfall samt behov av tex patientriskanalyser.

I syfte att öka kunskap kring felhändelser planerar vi att göra intervjuer av involverade roller i grupp. Beslut har även tagits för att med start 2026, publicera samtliga genomförda händelseanalyser på intranätet - oavsett om analysen lett till beslut om lex Maria eller ej.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 19 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

3.2 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.



Företagets processer är identifierade och beskrivna. En modell för processförvaltning har tagits fram i syfte att etablera och skapa ett gemensamt synsätt avseende processförvaltning och utveckling inom SOS Alarm.

Modellen bygger på ett antal framgångsfaktorer:

- ledningens aktiva medverkan
- en väl definierad processförvaltningsorganisation
- tydligt kartlagda processer
- en målstyrd processförvaltning
- klargjorda ansvarsroller och väl definierade rutiner
- systematiskt förbättringsarbete

Den process som beskriver larmhantering syftar till att fastställa rutiner och instruktioner för arbetet i verksamheten. Aktiviteter i dess delprocesser är omsatta till larmplaner och förtydliganden i det operativa systemstödet för att säkerställa en effektiv och kvalitetssäkrad hantering. Larmhanteringsprocessen och det medicinska beslutsstödet revideras och utvecklas kontinuerligt varje år. Ibland genom smärre justeringar och ibland mer omfattande revideringar. Även styrande dokument och bilagor till larmhanteringsprocessen utvärderas och revideras kontinuerligt.

Utveckling system och processer 2025

En tydlig del av förbättringsförslagen som inkommit under 2025 har handlat om att stärka den gemensamma förståelsen för sjuksköterskans arbete vid uppföljning av patienter som väntar på vårdresurs. Detta har bland annat resulterat i
Omformuleringar i aktuella processaktiviteter
Textuella förtydliganden i handledarmaterial
Uppdatering av checklistor för handledning av nya operativa medarbetare

Andra förbättringsförslag har visat på ett behov av att öka sjuksköterskornas systemkunskap, varför vi under året genomfört förtydliganden och tagit fram tips kring hur systemstödet kan användas på ett mer effektivt och säkert sätt. Flera av dessa åtgärder har initierats utifrån medarbetares egna reflektioner kring potentiella patientsäkerhetsbrister, där utbildning, information och tydligare instruktioner har varit centralt för att minimera risken för feltolkningar

Vidare har process och utbildning kompletterats gällande situationer där sjukvårdspersonal ringer om en vårdtagare och utgår från att det kommer skickas ambulans, men där vår bedömning vid uppföljande kontakt blir att ingen vårdresurs skickas. I dessa fall har det förtydligats att en

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 20 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

återkoppling ska ges till sjukvårdspersonalen för att skapa samsyn och minska risken för missförstånd.

Vi har även arbetat med att enhetliggöra nomenklatur kopplat till vad som ska kommuniceras till patienten efter genomförd vårdintervju, där olika formuleringar förekom i systemstöd, utbildningsmaterial och processaktiviteter. Detta har justerats för att skapa en mer konsekvent och säker kommunikation.

Under 2023 påbörjades ett arbete av SOS Alarms verksamhetsutvecklingsavdelning tillsammans med produktion och våra avtalsparter för att implementera ett systemstöd som automatiserar utalarmeringen av ambulansresurser vid prioritet 1.

Regionsanpassat systemstöd är nu implementerat i samtliga län där SOS Alarm ansvarar för dirigering av vårdresurser.

2025 resulterade en gemensam analys i region Västernorrland till en utökad användning av funktionen, där systemstödet inte längre begränsas till den region patienten befinner sig i. Avtal om gränslös utalarmering finns mellan Västernorrland och angränsande regioner, där utvidgning av funktionen ses effektivisera utalarmering genom att ta bort behov av kontakt med ambulansdirigent på annan SOS-central innan resurstilldelning. Förändringen driftsattes 2/2 2026 och kommer utvärderas i löpande dialog med berörda regioner.

Under 13 veckor i mars-juni 2025 genomfördes ett första utforskande test av videostöd i vårdssamtal inkomna på 112, där sjuksköterskor och operatörer från 4 centraler deltog. Syftet med testet var att väcka nyfikenhet och samla erfarenheter kring upplevelsen av att använda video som verktyg. Efter utvärdering genom enkäter och djupintervjuer startades testomgång 2 upp i september, som fortgår tom mars 2026. Testerna har hittills visat att video bidrar till att skapa trygghet i vårdbedömningar, inte bara för vårdpersonal utan även för inringare och patienter. Videostödet har använts som ett komplement till befintligt medicinskt beslutsstöd, där det underlättat för intervjuare att utreda frågeställningar relevanta för aktuell kontaktsak. Utvärderingar och vidare tester av video som verktyg kommer fortsätta även under kommande verksamhetsår.

3.3 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.



Genom SOS Alarms systematiska risk- och kvalitetsarbete återkopplar organisationen regelbundet resultat på nationell, lokal och individuell nivå avseende processefterlevnad, nyckeltal och förbättringsarbete. SOS Alarms medicinska beslutsstöd syftar till en effektiv hantering och att göra patientsäkra bedömningar av medicinska tillstånd samt korrekta prioriteringar. Beslutsstödet stödjer våra operatörer, sjuksköterskor och läkare att besvara frågeställningar, värdera information från

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 21 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

hjälpbehövande/hjälpsökande samt hantera medicinska intervjuer och fatta medicinska beslut. Vi skapar samtidigt bra förutsättningar för en ökad kundnöjdhet och en förbättrad arbetsmiljö för våra medarbetare. Vi strävar efter att på alla nivåer och inom alla områden driva ett systematiskt förbättringsarbete enligt PDCA-konceptet (Plan-Do-Check-Act).

E-utbildning i grundläggande säkerhetsutbildning och informationssäkerhet är obligatorisk för alla medarbetare.

3.3.1 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.

Riskanalyser/riskbedömningar är en naturlig del av SOS Alarms systematiska kvalitetsarbete och genomförs regelbundet inom flera delar av vårdverksamheten.

Under 2025 har riskanalyser initierats utifrån det systematiska patientsäkerhetsarbetet. I samtal med sjuksköterskor och i flertalet avvikelser har vi i orsaksanalys identifierat avsaknad av beskrivning och rutiner för hur bedömning ska genomföras när sjuksköterska medlyssnas av operatör i pågående samtal. Idag styrs samtal till sjuksköterska på flertalet vis. Det kan ske utifrån operatörens upplevda egna behov, via beslutsstöd eller på uppmaning utifrån överenskommelse med huvudman. Detta innebär rent praktiskt att sjuksköterskan kan komma in när som helst i ett pågående samtal. Beslutsstödet är inte optimalt anpassat till den process och metodik som sjuksköterskorna arbetar i. Sammantaget har detta skapat risker som vi behöver förstå bättre i syfte att kunna vidta rätt åtgärder framåt.

I andra genomförda orsaksanalyser har vi under kort tid identifierat patientrisker kopplat till felbedömningar av unga kvinnor med buksmärta och påverkat allmäntillstånd. Gemensam nämnare är att vi inte lyckats fånga allvarlighetsgraden. Vi behöver förstå varför vi inte lyckas för att bedöma vilka åtgärder som behövs göras.

Båda dessa riskanalyser kommer genomföras in i 2026 med djupanalys och beskrivna åtgärder.

3.4 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.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 22 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Genom SOS Alarms systematiska risk- och kvalitetsarbete återkopplar organisationen regelbundet resultat på nationell, lokal och individuell nivå avseende processefterlevnad, nyckeltal och förbättringsarbete. Modellen bygger på ett antal framgångsfaktorer:

- ledningens aktiva medverkan
- en väl definierad processförvaltningsorganisation
- tydligt kartlagda processer
- en målstyrd processförvaltning
- klagjorda ansvarsroller väl definierade rutiner
- systematiskt förbättringsarbete

Detta uppnås bland annat genom:

- SOS Bättre analyser av trender och tendenser på aggregerad nivå
- Samtalsavlyssningar genomförda av avdelningen för Vårdkvalitet och patientsäkerhet
- Händelseanalyser
- Risk- och konsekvensanalyser
- Analys av data genomförd av BI-funktion

Under 2025 har kvartalsrapporter från den nyetablerade avdelningen Kvalitetsutveckling presenterat sammanställning av förbättringsområden och trender som på nationell nivå identifierats via avvikelser och kundklagomål. Dessa rapporter utgör en vital del till underlag för beslut om åtgärder och kompetensutveckling kommande verksamhetsår.

Avdelningens uppdrag att på aggregerad nivå tillhandahålla kvalitativa analyser av nuläget ses vara värdeskapande inte bara för SOS Alarm, utan även för våra regioner och ytterst våra patienter.

3.4.1 Avvikelse

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

I samband med chefsintroduktioner och handledning av ledningsgrupper samt medarbetare i verksamheten påtalas alltid vikten av att regelbundet analysera de bearbetade risker, tillbud, negativa händelser, klagomål och förbättringsförslag som inkommit.

Medarbetare och chefer rapporterar risker, avvikelser och/eller förbättringsförslag direkt in i vårt avvikelssystem. Ärendena hanteras sedan i enlighet med SOS-Bättre processen.

Vid en vårdavvikelse gör Kvalitetsutveckling en initial bedömning av händelsen. Om ärendet ses ha kunnat innebära en risk för patienten läggs avvikelsen vidare till avdelning Vårdkvalitet och patientsäkerhet för bedömning av patientsäkerhetsrisk [PSR].

Bedömning av PSR görs utifrån risk för den enskilda patienten i aktuellt ärende, relaterat till SOS Alarms hantering.

Riskbedömningen utgår från matrisen i Handbok Utredning av allvarliga vårdskador (LÖF, 2023) och graderas på SOS Alarm enligt nedan.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 23 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

PSR (0-4)

0 = Ingen patientsäkerhetsrisk

SOS Alarms hantering har inte inneburit vårdskada eller risk för vårdskada (alternativt finns en risk, men inte i SOS Alarms hantering)

1 = Liten patientsäkerhetsrisk

SOS Alarms hantering har inneburit en risk, men utan större signifikans, ex: Obetydlig vårdskada eller risk för vårdskada – försumbar konsekvens som leder till ett mindre obehag eller obetydlig skada

2 = Måttlig patientsäkerhetsrisk

SOS Alarms hantering har inneburit en risk av högre signifikans eller konsekvens, ex: Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk) och/eller ett betydande lidande för patienten

3 = Stor patientsäkerhetsrisk

SOS Alarms hantering har inneburit en risk av allvarlig signifikans, ex: Risk för/eller bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk)

4 = Mycket stor patientsäkerhetsrisk

SOS Alarms hantering har inneburit en risk av mycket allvarlig signifikans, ex: Dödsfall alternativt bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk)

Under 2024 togs en modell fram för att bedöma och dokumentera risk för upprepning separat från PSR-bedömning. Arbetet har fortgått under 2025 med en första sammanställning samt utvärdering av resultatet. I resultatet har vi kunnat identifiera samband mellan olika arbetsprocesser med liknande bakomliggande orsaker vilka nu kan omhändertas på ett strukturerat sätt och därigenom skapa åtgärder som får slagkraft bredare än mindre åtgärder för ett enskilt identifierat fynd. Resultatet kommer att ligga till grund för vårt kommande kvalitetsarbete under 2026.

Uppreppningsrisk graderas enligt nedan:

Risk för upprepning (A-D)

A – Osannolik risk för upprepning

Låg risk för upprepning

B - Sannolik risk för upprepning

Felhändelse som ses i flera ärenden med risk för ytterligare upprepning

C – Hög risk för upprepning

Felhändelse som ses i flera ärenden med hög risk för upprepning

D - Mycket hög risk för upprepning

Felhändelse som ses i flera ärenden med mycket hög risk för upprepning

Risk för upprepning bedöms som helhet utifrån de fem beskrivna orsaksområdena i Handbok Utredning av allvarliga vårdskador (LÖF, 2023); Processer, rutiner och riktlinjer, Utbildning och kompetens, Omgivning och organisation, Kommunikation och information, Teknik/systemstöd/utrustning.

När en avvikelse gällande ett ärende som har inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för sådan identifierats (PSR 3 eller 4) görs en analys av händelsekedjan enligt Handbok Utredning av allvarliga vårdskador (LÖF, 2023). Denna analys är en systematisk genomgång och omfattar faktainsamling, orsaksanalys, åtgärdsförslag och uppföljning. Syftet är att identifiera orsaker och risker och ta fram åtgärdsförslag. Analyserna genomförs under ledning av avdelning Vårdkvalitet och patientsäkerhet och ligger till grund för beslut om händelsen ska anmälas till IVO enligt Lex Maria.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 24 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

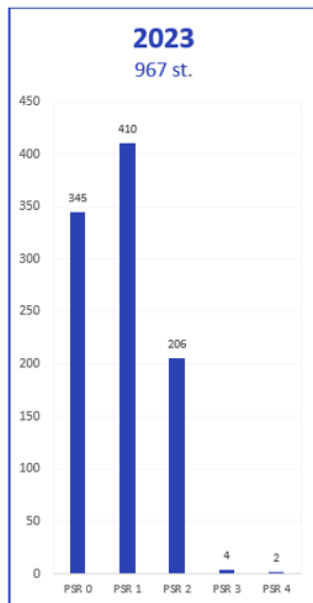
Förutom ärenden som bedöms som PSR 3 eller 4 kan även en observerad trend eller flera avvikelser inom samma områden leda till att en händelseanalys initieras.

Utifrån identifierade orsaker i en avvikelse vidtas förbättringsåtgärder för att så långt det är möjligt minska eller i bästa fall eliminera risken för att det ska upprepas. Tidsplan för åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska alltid upprättas i samverkan mellan verksamhetschef och ansvarig chef.

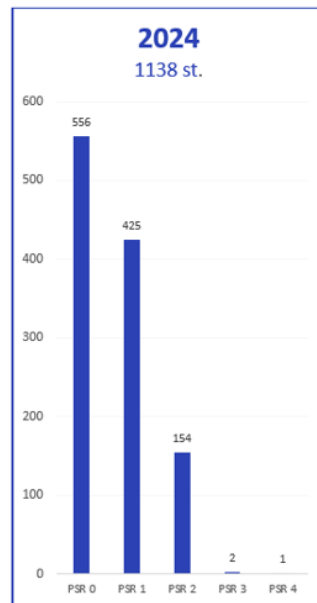
Återkoppling till patient/närstående, vid Lex Maria, sker utifrån samförstånd mellan avdelning Vårdkvalitet och patientsäkerhet och chefläkare.

I diagram nedan framgår fördelning av PSR i avvikelser och kundklagomål registrerade under 2023 - 2025. Några av de vidtagna kvalitetshöjande åtgärderna under respektive år finns också noterade.

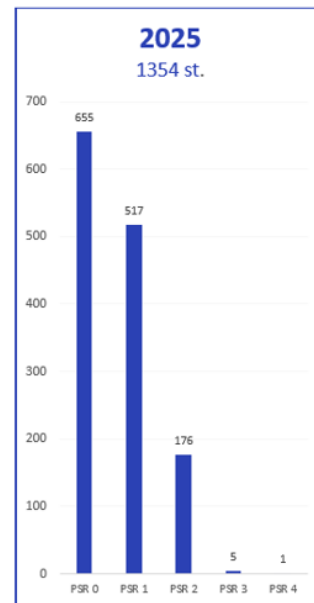
SOS Bättre – fördelning PSR



- > Medarbetaruppföljning i realtid
- > STEP förvaltning och utveckling



- > Fortbildning handledare
- > STEP förvaltning och utveckling



- > Utbildning samtalsmetodik
- > STEP förvaltning och utveckling

Händelser och vårdskador 2025

Under 2025 har 14 händelseanalyser initierats på uppdrag av verksamhetschef.

Grundorsaker och åtgärdsförslag återfinns primärt inom tre, av de av LÖF fem beskrivna, orsaksområden. Det är i områdena omgivning/organisation, utbildning/kompetens och procedurer/riktlinjer och rutiner som vi återfinner gemensamma beröringspunkter och som är föremål för behov av åtgärder.

Exempel på åtgärder som genomförts inom respektive områden:

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 25 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Omgivning/organisation

- översyn/revidering av styrande och stödjande dokument så som tex handledarstöd/checklistor vid introduktion av nyanställda samt i del- och slutbedömningar av nyanställd operativ personal
- stärkt stöd för linjechefer i syfte att säkerställa långsiktig och hållbar förbättring vid identifierade utbildningsbehov på individnivå hos operativ personal
- fortsatt utveckling och säkerställande av handledarnas förmåga och kompetens
- stärkt samordning av den nationella sjuksköterskefunktionen

Utbildning/kompetens

- översyn och revidering av befintliga e-kurser inom vård
- genomlysning och återinförande av nationell samordnad utbildning för rollen ambulansdirigent
- framtagande av nya e-kurser som syftar till att stärka vår förmåga i bedömningar i vårt medicinska beslutsstöd. Särskilt inom vissa specifika identifierade områden där vi ser att vi behöver stärka oss, som till exempel bedömning av cirkulationspåverkan per telefon
- samtalsmetodiksutbildning framtagen och genomförd nationellt

Procedurer, riktlinjer/rutiner

- översyn inom specifika medicinska flöden i vårt beslutsstöd i syfte att stärka vår förmåga att identifiera rätt kontaktorsak för bästa stöd i bedömning
- utveckling av beslutsstödet medicinska flöde avseende bedömning av cirkulation
- beslut om genomförande av patientriskanalys kopplat till att identifiera potentiella/eventuella riskmoment i vår nuvarande metod för hur vi involverar högre medicinsk kompetens/sjuksköterska i pågående vårdbedömning – utifrån riskanalysens fynd kommer åtgärder och metod för uppföljning tas fram
- beslut om patientriskanalys avseende område unga kvinnor med buksmärta i kombination med påverkat allmäntillstånd som syftar till att kartlägga och identifiera potentiella risker i vår nuvarande hantering av denna patientkategori
- fortsatt arbete kring utveckling av arbetsprocessen för hantering av patienter där väntetid uppstår
- utveckling av systemstöd och metod för vårdintervju i nytt samtal i pågående ärende
- Förbättrade och tydligt kommunicerade rutiner för samverkan mellan vårdgivare på larmcentral i syfte att säkerställa korrekt dokumentation och tydlighet kring ansvarsfördelning

En del åtgärder som identifierats och påbörjats under 2025 kommer fortsätta in i nästa verksamhetsår.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 26 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Lex Maria 2025

Under 2025 ledde fem händelser vidare till anmälning enligt Lex Maria. Identifierade orsaker återfinns primärt inom område omgivning/organisation och procedurer, riktlinjer/rutiner. Exempel på bakomliggande orsaker är bland annat

- bristande dokumentation i samband med att två vårdgivare samverkar kring patienten inne på larmcentral – avsaknad av tydliga rutiner leder till informationsluckor mellan vårdgivare vilket även leder till brister/försvårande avseende uppföljning och kartläggning av ett händelseförlopp i efterhand
- otydligt ansvar vid vårdgivarövergångar, vilket skapar risk för ”ansvarsvakuum” (ingen tar ägandeskap av situationen och agerar beslutsam) vilket skapar patientsäkerhetsrisker
- Otillräckligt beslutsstöd – medicinska beslutsstödet behöver utvecklas inom område cirkulationspåverkan för att bättre och mer tydligt stödja larmoperatören/sjuksköterskan vid bedömning av allvarlighetsgrad via telefon
- Kommunikationsbrister – bristande kommunikation och samtalsmetodik försvårar korrekt bedömning av patientens tillstånd

Åtgärderna är beskrivna i stycket om händelseanalyser ovan.

Uppföljning åtgärder kommunicerade i patientsäkerhetsberättelse 2024

Under 2025 har ett arbete gjorts kring grundutbildningen för ambulansdirigent. Den har reviderats/kompletterats och flera nya kurser har tagits fram. Utrullning för den reviderade utbildningen startar under första delen av 2026.

Grundutbildningen för sjuksköterskor genomgår en successiv revidering i flera steg. Stödet för handledare har gått igenom och akuta revideringar genomfördes under hösten 2025. Under hela 2025 och fortsatt under början av 2026 genomgår samtliga sjuksköterskor successivt en läroledd teknikutbildning som inkluderar utbildning i hantering av karten och kartans funktioner. Denna ingår numera i sjuksköterskans grundutbildning tillsammans med utbildning i sjuksköterskans arbetsuppgifter/uppdrag i väntan på ambulans (SOS Alarms virtuella väntrum för patienter som väntar på tilldelad resurs). Detta innebär att sjuksköterskans grundutbildning utökats med en vecka under 2025. Utbildningen har lett till ökad trygghet för våra sjuksköterskor

Flertalet förtydliganden och revideringar i processen för larmhantering har vidtagits i syfte att stärka stödet för våra operativa medarbetare i sina respektive roller vilket ska leda till färre missförstånd och minskad risk för felaktiga beslut.

Översyn av och förbättrad utbildning i samtalsmetodik har genomförts nationellt för samtliga operativa roller.

Stärkt utbildning i vårt medicinska beslutsstöd har tagits fram under 2025 och utrullning pågår nationellt med start i början av 2026.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 27 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Beställning av utbildning i psykiatri har gjorts, framtagande pågår. Utbildningen kommer synkas med revidering av kontaktorsak Psykiatri i det medicinska beslutsstödet samt utbildning inom omhändertagande av patienter inom hot om suicid.

3.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Patienter och närstående kan framföra klagomål via patientnämnden och direkt till vårdgivaren. När man vänder sig direkt till SOS Alarm som vårdgivare så går man via SOS Alarms kundcenter som tar hand om avvikelserna och tillser att dessa kommer in rätt i vårt avvikelssystem. Klagomålet hanteras sedan i enlighet med SOS-Bättre process. Dessa är en viktig del och en viktig informationskanal för förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet.

Under verksamhetsåret har SOS Alarm mottagit ca 1700 kundklagomål från regioner inklusive patientnämnder gällande våra processer som berör dirigering och prioritering. Av dessa har ca 500 utretts ur ett patientsäkerhetsriskperspektiv.

Från privatpersoner/allmänheten har ca 500 klagomål inkommit 2025, varav ca 300 ärenden har utretts ur ett patientsäkerhetsriskperspektiv. Klagomålen tar upp bemötande, väntetid på ambulans och synpunkter kring hänvisningar till annan vårdnivå eller egenvårdsråd.

3.5 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.



SOS Alarm genomför riskanalyser fortlöpande och proaktivt i syfte att förebygga oönskade negativa konsekvenser och brister i verksamheten. Även utifrån områden som identifieras genom uppföljning, egenkontroll, avvikelser och kundklagomål.

SOS Alarms kontinuitetsshantering har som mål att:

- säkerställa att verksamhetskritiska aktiviteter och resurser i en organisation ska kunna fungera på en acceptabel nivå även vid svåra störningar
- avbrutna ordinarie aktiviteter ska kunna återupptas inom en acceptabel tidsperiod
- synliggöra de största sårbarheterna så att åtgärder sätts in där de får störst effekt

Kontinuitetsshantering har sin utgångspunkt i vad som är viktigast för organisationen, vilka processer och tjänster som är mest kritiska.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 28 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2026-
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

För att stärka SOS Alarms förmåga i händelse av höjd beredskap och ytterst krig har ett arbete påbörjats under 2025 avseende framtagande av interna rutiner som syftar till att stärka förmågan att omhänderta egen personal om behovet skulle uppstå.

Vi har även påbörjat arbetet att säkerställa att vi under högsta beredskap ska kunna ha ett beslutstöd som stöttar till bedömning av patienter när vårdresurserna är kraftigt begränsade och där bedömningarna kan behövas göras av icke van personal och utan teknik.

SOS Alarm kommer delta i Försvarmaktens sjukvårdsövning 2026 och har under 2025 varit delaktiga i planering inför denna. Övningen kommer vara i region Stockholm där samverkan med region Uppsala, Försvarmakten och SOS Alarm är central.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

SOS Alarm är en vital del av den prehospitla vården. Utmaningarna som regionerna och ambulansverksamheten står inför återfinns även i larmcentralskontexten. Våra respektive utmaningar och hur vi hanterar utmaningarna i våra verksamheter påverkar varandra.

Övergripande utmaningar för den prehospitla vården, generellt, återfinns inom område:

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

En av de mest återkommande och strukturella utmaningarna är brist på personal och svårigheter att rekrytera och behålla erfarna medarbetare. Socialstyrelsens kartläggning visar att arbetsbelastning, oregelbundna arbetstider och begränsade utvecklingsvägar påverkar både arbetsmiljö och patientsäkerhet negativt. Detta speglas även i regionala rapporter och framtidsplaner där kompetensförsörjning pekas ut som en avgörande riskfaktor för systemets långsiktiga hållbarhet.

Ökande och förändrat vårdbehov

Befolkningsutvecklingen innebär ett kraftigt ökat vårdbehov, särskilt kopplat till

- fler äldre patienter med multisjuklighet
- fler vårdkontakter kopplade till kroniska tillstånd
- ökad psykisk ohälsa

Flera framtidsplaner och analyser visar att gruppen äldre över 80 år ökar kraftigt kommande år, vilket påverkar både larmvolymen, vårdens innehåll och behovet av samverkan mellan olika delar av vårdverksamheten (regional vård, kommunal vård och primärvård).

Vård på rätt vårdnivå och patientsäkerhet

Den prehospitla vården har utvecklats från att vara en transportorganisation till att i hög grad

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2025		Version: 1.0	Sida: 29 (29)
Utfärdat av: Malin Danielsson/Kajsa Petersson	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2026-	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

handla om medicinska bedömningar och beslut på plats men även tidig korrekt triagering på larmcentral, vilket är utmanande då det ofta enbart sker med telefon som verktyg.

Detta ställer mycket höga krav på:

- beslutsstöd
- dokumentation
- kompetens

Socialstyrelsen pekar på risker för ojämlig vård och vårdskador om inte beslutsstöd, utbildning och uppföljning utvecklas i takt med det ökade ansvaret.

SOS Alarms Patientsäkerhetsberättelse för 2025 är framtagen av

Malin Danielsson	Redaktör/vårdutvecklare
Kajsa Petersson	Redaktör/chefsjuksköterska
Camilla Nylén	Verksamhetschef
Fredrik Jonsson	Chefläkare
Björn Johansson	Chef produktionsstöd