



Göteborgs
Stad

Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs Stad 2025

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Nämnden för funktionsstöd

Socialnämnden Sydväst

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
1.1	Sammanfattning	4
2	Övergripande mål och aktiviteter för år 2025	5
2.1	Mål	5
2.1.1	Målområde 1: Samverkan samt Målområde 3: Gemensamma arbets- och förhållningssätt	6
2.1.2	Målområde 2: Kunskapshöjning	6
2.1.3	Målområde 4: Utveckling av välfärdstjänster	6
2.1.4	Målområde 5 – Kvalitetssäkring	6
3	Grundläggande förutsättningar för säker vård	7
3.1	Patientsäkerhetsorganisation och ansvar	7
3.2	Kontinuitet.....	7
3.3	Informationssäkerhet	8
3.4	Patienter och närstående som medskapare.....	8
4	Systematiskt patientsäkerhetsarbete	9
4.1	Egenkontroll.....	9
4.2	Avvikelse och vårdskador	9
4.2.1	Rapportering och hantering av avvikelser.....	9
4.2.2	Interna avvikelser	10
4.2.3	Vårdskador och lex Maria.....	10
4.3	Synpunkter	11
4.4	Hälso- och sjukvård inom:.....	11
4.4.1	Vårdprevention.....	11
4.4.2	Överlämnande av hälso- och sjukvårdsåtgärder.....	12
4.4.3	Säker läkemedelshantering	12
4.4.4	Demensvård.....	13
4.4.5	Psykisk ohälsa	13
4.4.6	Palliativ vård.....	14
4.4.7	Dokumentation	14
4.4.8	Medicintekniska produkter.....	15
4.5	Riskhantering.....	15
5	Granskning och tillsyner	16
5.1	Interna	16
5.1.1	Kommunala akutläkemedelsförråd (KAF)	16

5.1.2	Läkemedelsskåp ordinärt boende	16
5.1.3	Granskning läkemedelsskåp på vård- och omsorgsboende 16	
5.1.4	Granskning journalföring	16
5.1.5	Granskning avvikelser	16
5.1.6	Granskning av verksamheters egenkontroll av medicintekniska produkter (MTP)	17
5.2	Externa	17
6	Samverkan för att förebygga vårdskador	18
6.1	Intern	18
6.2	Extern	18
6.2.1	NOSAM – närområdessamverkan.....	19
6.2.2	Ny arbetsbeskrivning för in- och utskrivning från slutenvården	19
7	Övergripande mål och aktiviteter för kommande år	20

1 Inledning

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) varje år dokumentera sitt systematiska arbete med patientsäkerhet i en patientsäkerhetsberättelse.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) beskriver vad berättelsen ska innehåll och hur detaljerad den ska vara.

Patientsäkerhetsberättelsen gäller för de nämnder som är vårdgivare och samverkar i kommunal hälso- och sjukvård, det vill säga kommunal primärvård. I Göteborgs Stad är detta socialnämnden Sydväst, nämnden för funktionsstöd och äldre samt vård- och omsorgsnämnden.

Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvård som utförs inom den egna förvaltningen, inom förvaltningen för funktionsstöd och inom socialförvaltningen Sydväst.

Patientsäkerhetsberättelsen har ett övergripande perspektiv och bygger på information från de tre förvaltningarna inom deras respektive ansvarsområden. Patientsäkerhetsberättelsen för 2025 gäller för perioden oktober 2024 till och med september 2025.

1.1 Sammanfattning

Omställningen till God och nära vård utgår från patientens behov och resurser. Vården ska vara personcentrerad, proaktiv och förebyggande, med fokus på trygghet, delaktighet och sammanhållning. Vårdprevention, som att förebygga fall, undernäring och trycksår, är en central del av arbetet.

Under 2025 har verksamheten haft fokus på säker läkemedelshantering. Ett nytt koncept för delegering har införts, där omsorgsmedarbetare praktiskt tränar och visar kompetens vid delegeringstillfällen. Även rutiner för dokumentation och uppföljning har reviderats och implementerats. Införandet av läkemedelsautomater pågår. Arbetet med att minska läkemedelssvinn fortsätter genom spårbara lås, kameraövervakning, färre förråd och kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel var 14:e dag.

Kompetenshöjande insatser har genomförts inom palliativ vård, psykiatrisk vård och demensvård. Utbildning och handledning kopplat till symtomhantering, kommunikation, stöd till patienter och närstående, samt bemötande och strukturering av vardagen för personer med demens har givits i olika delar av verksamheten.

Under året har nya mötesforum etablerats för att stärka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har en ny kvalitetsorganisation tagits fram med kvalitetsråd i varje stadsområde och inom förvaltningen för funktionsstöd startades hälso- och sjukvårdsråd som kommer utvecklas vidare. Extern samverkan har stärkts med regional primärvård och slutenvård, bland annat genom vårdsamverkansforum och en in- och utskrivning från slutenvård. Representanter från äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har också deltagit i arbetet med nytt hälso- och sjukvårdsavtal.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete omfattar årliga egenkontroller samt rapportering och hantering av avvikelser. Vanliga interna avvikelser gäller läkemedel, dokumentation, kompetens och informationsöverföring. Externa avvikelser rör främst samverkan vid utskrivning från sjukhus och bedömningar av patientens behov. Under 2025 utreddes 18 vårdhändelser av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Sex av händelserna bedömdes som allvarliga och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Åtgärdsplaner har tagits fram av berörda verksamheter i samverkan med MAS och MAR.

IVO:s nationella tillsyn av vård- och omsorgsboenden efter covid-19 avslutades under året. För att stärka patientsäkerheten har flera åtgärder genomförts såsom språkutbildning för omsorgsmedarbetare, ökat antal specialistundersköterskor och utbildning i palliativ vård. Andra åtgärder är arbete för att öka kontinuitet inom sjuksköterskor, digitala lösningar för läkemedelshantering, färre medarbetare per chef och förbättrad informationsöverföring via rapporteringsstödet SBAR.

Inför 2026 har alla förvaltningar fastställt ett gemensamt mål för patientsäkerhetsarbetet där patienter ska ges trygg och säker vård genom tillförlitlig informationsdelning. Som delmål prioriteras ökad användning av SBAR för strukturerad informationsöverföring. Arbetet är långsiktigt och gäller tre år för att skapa kontinuitet och möjliggöra uppföljning.

2 Övergripande mål och aktiviteter för år 2025

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska drabbas av vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete inom alla förvaltningar och på alla nivåer.

Omställningen till Nära vård fokuserar på personcentrerad vård där individens egna resurser är i fokus och arbetssätten är proaktiva, förebyggande och hälsofrämjande. För att kunna genomföra omställningen krävs arbetssätt med digitala vårdformer och digital teknik i högre utsträckning. Välfärdsteknik kan bidra till ökad livskvalitet och ska utgå från kriterierna god vård och omsorg. En viktig utmaning de kommande åren är digitaliseringsutvecklingen för en mer patientsäker hälso- och sjukvård och en minskad administration.

2.1 Mål

- I samverkan tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samarbetet gällande patientsäkerhet mellan de tre förvaltningarna.
- Gemensamt arbeta för att realisera omställningen till god och nära vård. Arbetet ska utgå från målbild och handlingsplan som tas fram av Göteborgs Stads arbetsgrupp för att samordna och driva arbetet med omställning till nära vård.

Utgångspunkt för aktiviteterna nedan är målområden i ”Göteborgs Stads plan för omställning till nära vård och omsorg”:

2.1.1 Målområde 1: Samverkan samt Målområde 3: Gemensamma arbets- och förhållningssätt

1. Säkerställa följsamhet till samverkansrutinerna ”Rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor” samt ”Rutin för samverkan med och för individen”.
2. Utveckla befintliga samverkansformer gällande hälso- och sjukvård inom förvaltningen för funktionsstöd och socialförvaltningen Sydväst.
3. Utveckla samverkansformer gällande patientsäkerhet mellan Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.
4. Utveckla arbetssätt gällande avvikelser i vårdssamverkan mellan vårdgivare.
5. Hälso- och sjukvårdens vårdplaneringsteam ska utföra likvärdiga bedömningar av vårdbegäran samt säkerställa att vårdövergångar, oavsett boendeform/korttid, är patientsäkra.

2.1.2 Målområde 2: Kunskapshöjning

Utifrån verksamhetens behov utföra kompetenshöjande insatser gällande:

1. palliativ vård
2. psykisk vård samt samsjuklighet
3. egenvård

2.1.3 Målområde 4: Utveckling av välfärdstjänster

1. Arbeta för att införa digital signering med påminnelsefunktion
2. Arbeta för att införa säker digital kommunikation mellan hälso- och sjukvård, vård- och omsorg samt myndighet inom alla tre förvaltningar.

2.1.4 Målområde 5 – Kvalitetssäkring

1. Förbättra arbetet med intern och extern avvikelshantering genom att identifiera brister i följsamhet till avvikelseprocessen.
2. Arbeta för att införa digitala läkemedelsskåp med spårbart tillträde

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

3.1 Patientsäkerhetsorganisation och ansvar

Alla patienter har rätt till en god och säker vård. Säker vård kräver en engagerad och kompetent ledning som styr hälso- och sjukvården. Kommunfullmäktige är huvudman och vårdgivare. Genom reglementen har fullmäktige gett nämnderna uppdraget att vara vårdgivare i fullmäktiges ställe. Ansvarig nämnd ska inom sitt område bedriva den hälso- och sjukvård som åligger kommunen. Nämnden ska organisera, planera och samordna verksamheten så att befolkningens behov tillgodoses. Nämnden ska också säkra att verksamheten har rätt kompetens och regelbundet följa upp och utveckla kvaliteten.

För att patientsäkerheten ska garanteras enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) krävs en tydlig ansvarsfördelning. De tre nämnderna har därför fastställt det organisatoriska ansvaret för patientsäkerheten, i enlighet med PSL och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Se Riktlinje för ansvarsfördelning patientsäkerhet.

3.2 Kontinuitet

Verksamheterna har kontinuitetsplaner med information om vad som ska göras vid kritisk störning så att verksamheten kan fortsätta med viktiga arbetsuppgifter. Kontinuitetsplanerna täcker för olika händelser, exempelvis vid hög frånvaro av medarbetare, vid värmebölja och vid samhällskris.

Sedan 2023 har hälso- och sjukvården arbetat för att minska behovet av inhyrd bemanning genom att öka andelen tillsvidareanställda sjuksköterskor. Arbetet har gett resultat och kostnaden för inhyrda sjuksköterskor har minskat med cirka 80% jämfört med 2023. Samtidigt har verksamheten ökat med drygt 100 tillsvidareanställda sjuksköterskor under samma period. Att fler sjuksköterskor är tillsvidareanställda bidrar till ökad patientsäkerhet och bättre kontinuitet i vården. Som en del i omställningen till Nära vård har bemanningsarbetet utvecklats och anpassats för att säkerställa långsiktig stabilitet. Ett exempel är det pågående arbetet med förändrat arbetstidsmätt för sjuksköterskor för att möjliggöra en ökning av bemanning även på kvällar och helger. Ett annat exempel är samlokalisering av sjuksköterskor för att utgå från samma arbetsplats. Syftet är att stärka samarbetet, kollegialt lärande och ge mer tid för sjuksköterskans basuppdrag. Det möjliggör även för gemensam planering och minskar behovet av inhyrd bemanning. Det varierar hur långt olika verksamheter har kommit och arbetet fortsätter under 2026. Under 2026 planeras ett mer proaktivt arbetssätt för att ytterligare stärka grundbemanningen med fler sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

3.3 Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär att skydda information mot förvanskning, förstörelse, otillgänglighet eller obehörig åtkomst. Arbetet omfattar bland annat hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (EU 2016/679), samt säkerhet i nätverk och informationssystem enligt NIS-direktivet (EU 2016/1148). NIS-direktivet gäller samhällsviktiga tjänster så som hälso- och sjukvård. Det finns styrande dokument för att hantera informationssäkerhet och rapportera händelser som omfattas av NIS-direktivet (NIS-incidenter). Under året har två NIS-incidenter inom hälso- och sjukvården rapporterats. Den ena händelsen orsakades av en uppdatering i journalföringssystemet, vilket medförde att enstaka medarbetare tillfälligt saknade möjlighet att boka besök. Den andra NIS-incidenten var då en uppdatering i telefonväxelsystemet medförde att medarbetare på natten inte kunde ta emot samtal. Detta åtgärdades dagen efter.

Omställningen till mer digitala arbetssätt kräver kontinuerlig utveckling av arbetssätt och system. Den ställer även krav på tillgång till utrustning och uppkoppling i olika verksamheter.

Det pågår ett arbete för att införa ett IT-stöd för att säkerställa information och signering av delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. I dag sker informationsöverföring i flera steg med utskrivna papper, som förvaras i en pärm i patientens hem. Risk finns att obehöriga kan ta del av sekretesskyddad information samt att information och dokumentation förloras om papper försvinner eller förstörs. I arbetet finns representanter från samtliga tre förvaltningar. Se även 4.4.2

Arbetet med att säkerställa att patientinformation hanteras enligt kraven på informationssäkerhet pågår kontinuerligt. Det sker bland annat genom att åtkomst till olika IT-system styrs med behörigheter och genom systematisk kontroll av loggar över åtkomst till patientjournaler. Syftet med loggkontrollen är att säkerställa att medarbetare endast tar del av patientuppgifter de har rätt till. Under 2025 har två incidenter identifierats vid den systematiska loggranskningen. Incidenterna har hanterats enligt gällande rutiner. För att stärka kompetens är ett utbildningsmaterial framtaget om säker journalhantering. Alla chefer och medarbetare har gått igenom materialet som även ska ingå i introduktion för nya medarbetare.

En del i informationssäkerheten är att legitimerade medarbetare har tillgång till information om patienten när det behövs. Det har införts en möjlighet att nå patientinformation och tidsbokning i journalsystemet via mobiltelefonen.

Legitimerade medarbetare har behov av att kunna läsa information som finns i den Nationella patientöversikten (NPÖ), exempelvis när patienter byter vårdform från sjukhus till korttidsenhet. Idag sker inloggning i NPÖ via vårdplaneringssystemet. Arbetet för att möjliggöra direkthinloggning i NPÖ fortgår.

3.4 Patienter och närstående som medskapare

Alla förvaltningar har regelbundna möten med patientföreträdare. Där tas frågor upp som rör både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Syftet är att ge deltagarna möjlighet att påverka förvaltningarnas arbete och utveckling.

Hälso- och sjukvården ska, så långt det är möjligt, planeras och utföras i samråd med patienten. Efter patientens samtycke kan närstående medverka. Inom omställningen Nära vård är ett mål att vården ska vara personcentrerad och att patienten ska vara delaktig.

Resultatet från Göteborgsregionens (GR) enkätundersökning 2024 av personcentrerad vård presenterades vårterminen 2025. 212 patienter i ordinärt boende eller deras närstående har svarat, vilket är nästan 100 färre än 2023 då 309 personer svarade. Av patienterna uppgav 81% att de totalt sett är mycket eller ganska nöjda med hälso- och sjukvården. Enkäten visar en upplevd personcentrering på 56,7 av 72 möjliga poäng, jämfört med GR-genomsnittet på 58,4 poäng. Tidigare år har enkäten skickats till ett urval av patienter. 2025 skickas enkäten till alla som har kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Resultatet kommer tas fram på enhetsnivå vilket möjliggör att kunna arbeta med förbättringsåtgärder och skapa jämförbara resultat över tid.

4 Systematiskt patientsäkerhetsarbete

4.1 Egenkontroll

I samtliga förvaltningar genomförs egenkontroller för att öka patientsäkerheten. Egenkontrollerna består av granskningar, utredningar och uppföljning av framtagna handlingsplaner. Resultaten utgör underlag för fortsatt förbättringsarbete. Exempel på egenkontroller är loggranskning, journalgranskning, basala hygienrutiner och läkemedelshantering. Resultat redovisas under respektive rubrik.

4.2 Avvikelser och vårdskador

4.2.1 Rapportering och hantering av avvikelser

Medarbetare är skyldiga att rapportera avvikelser. Rapporteringsskyldigheten gäller alla legitimerade medarbetare samt medarbetare som utför ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering. Syftet med att rapportera avvikelser är att vårdgivaren ska kunna vidta förebyggande åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen och därmed bevara hög patientsäkerhet. Samtliga avvikelser rapporteras digitalt och omhändertas i första hand av närmsta chef som utreder, bedömer och vidtar åtgärder. Chefen ska vid behov skicka avvikelserrapporten till MAS och MAR för bedömning om fördjupad utredning ska utföras. Finns det misstanke om att händelsen kan vara allvarlig tar MAS och MAR beslut om att starta en fördjupad utredning. Om utredningen visar på allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada anmäls den till IVO som en Lex Maria.

Det finns en del konstaterade brister gällande följsamhet till processen, vid rapportering och hantering av avvikelser. Det finns ofta få avvikelser som gäller

den egna verksamheten, de flesta rapporter som skrivs är riktade mot annan verksamhet. MAS och MAR får till sig relativt få händelser för fördjupad utredning i förhållande till organisationens storlek. Bedömningen är en underrapportering av händelser från medarbetare samt att chefer inte tar kontakt med MAS och MAR. Många upplever att IT-systemet är svårarbetat. Chefer uttrycker att de har svårt att utreda och dokumentera i IT-systemet. Det finns även bugg i systemet som kan orsaka att rapporter av misstag automatiskt skickas till myndighet istället för enheten där händelsen inträffat. Det kan leda till förseningar i omhändertagande, ökad arbetsbelastning för myndighet samt bristande sekretess. Inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har en kartläggning av avvikelset arbetet genomförts av en extern konsult. Förvaltningen för funktionsstöd har påbörjat ett arbete med att byta IT-system.

4.2.2 Interna avvikelser

Så som tidigare år handlar de flesta avvikelser om brister kring läkemedel. Brister kring dokumentation av läkemedel, signeringslistor som är ofullständigt ifyllda, inaktuella läkemedelslistor samt uteblivna läkemedel är några exempel. Andra områden är brister kopplat till narkotikahandtering, kompetens och följsamhet till riktlinjer och rutiner.

Intern samverkan och dokumentation är andra återkommande avvikelseområden. Samverkan handlar om brister i kommunikation och informationsöverföring. Dokumentation handlar om att dokumentation saknas eller är ofullständig.

4.2.3 Vårdskador och lex Maria

När en vårdskada bedöms som allvarlig anmäls den enligt lex Maria till IVO av MAS eller MAR. Utredningarna syftar till att identifiera bakomliggande orsaker för att dra lärdom så att händelsen inte inträffar igen.

Under året har 18 händelser utretts av MAS och MAR, varav sex har bedömts som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada och anmälts till IVO. Händelserna har inträffat inom alla förvaltningar: en inom socialförvaltningen Sydväst, fyra inom förvaltningen för funktionsstöd och 13 inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Brister har främst identifierats gällande journalföring, uppföljning av pågående hälso- och sjukvårdsåtgärder, kompetens, följsamhet till hälso- och sjukvårdsprocessen och samverkan. Berörda verksamheter har tagit fram åtgärdsplaner i samverkan med MAS och MAR.

Externa avvikelser

Avvikelse rapportering sker även i samverkan mellan kommunen och regionen. Statistik visar att kommunen rapporterar cirka 75% av avvikelserna. Avvikelseerna handlar till stor del om brister i samverkan vid utskrivning från sjukhus och följsamhet till in- och utskrivningsprocessen. Det finns även avvikelser som handlar om att ambulanspersonal och sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård gör olika bedömningar om patientens tillstånd och behov. Det framkommer även brister i kommunikation, struktur vid informationsöverföring samt dokumentation.

4.3 Synpunkter

Muntliga synpunkter (klagomål eller beröm) omhändertas oftast direkt med berörda parter, vilket upplevs som positivt eftersom det leder till snabbare åtgärder. Det innebär att de formella registreringar som finns inte visar den faktiska mängden, men mönstret är fortsatt behov av utvecklad kommunikation, samverkan och tillgänglighet.

Beröm handlar om gott bemötande, fint stöd till patienter och hög kompetens. Beröm som inkommer till hälso- och sjukvården från andra verksamheter handlar till stor del om gott samarbete mellan regional och kommunal primärvård.

Klagomål handlar om bristande information, kommunikation, vårdutförande samt uteblivna besök. Det finns även klagomål gällande tillgänglighet, bristande bemötande och att verksamheten inte har levt upp till patientens och/eller närståendes förväntningar. Vissa verksamheter har större utmaningar utifrån verksamhetens höga genomströmning och korta vårdtider.

Likt föregående år konstateras att det registreras få synpunkter. Det går därför inte att se trender eller göra generella analyser. Det kan finnas osäkerhet kring hur synpunkter ska rapporteras och hanteras. Det kan finnas ett behov av att stärka intern och extern kommunikation samt utveckla en kultur som uppmuntrar delaktighet och återkoppling så att identifiering, hantering och dokumentation av synpunkter förbättras.

4.4 Hälso- och sjukvård inom:

4.4.1 Vårdprevention

Vårdprevention syftar till att förebygga skador inom vård och omsorg. Viktiga områden är fall, undernäring, trycksår samt god munhälsa. Det förebyggande arbetssättet ska integreras i all vård och omsorg. Teamets samverkan och samlade kompetens är avgörande för att arbetet ska bli framgångsrikt. Ett nytt styrande dokument om vårdprevention har skapats och riskbedömningar ska göras på nya patienter. Vid identifierade risker ska åtgärder planeras och genomföras. Arbetssättet är inte nytt, men det varierar mellan olika verksamheter hur väl det fungerar. Det finns ett behov av att förbättra och utveckla arbetssättet.

Följsamhet till basala hygienrutiner är avgörande för att skydda patienter mot vårdrelaterade infektioner. I hälso- och sjukvården är följsamheten god, men vissa moment behöver stärkas. Det gäller handdesinfektion före och efter vårdmoment, korrekt användning av handskar och plastförkläde samt att händer och underarmar hålls fria från smycken. Resultaten visar också en skillnad mellan upplevd och observerad följsamhet, vilket tyder på behov av ökad medvetenhet. Variationer finns i hur diskdesinfektorer används och hur arbetsväskor hanteras, särskilt vad gäller förvaring och renhållning vid resor till och från patienter.

4.4.2 Överlämnande av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Legitimerade medarbetare har möjlighet att överlåta utförande av hälso- och sjukvårdsåtgärder till andra medarbetare, exempelvis att ge läkemedel eller utföra träning. Det kan ske med eller utan delegering. För att öka patientsäkerheten och minska antalet avvikelser har en förstudie kring införande av digital signering genomförts. Beslut om genomförande är fattat och ett projektet startades upp hösten 2025. Planen är ett införande med start andra halvåret 2026.

Under 2022–2023 genomförde MAR en granskning gällande de åtgärder legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter lämnar över. Den visade att det finns olika brister som leder till att patienter inte får den rehabilitering de ordinerats. Verksamheten med stöd av MAR upprättade då en handlingsplan, som följts upp hösten 2025. Resultatet ska redovisas 2026.

Under 2024 publicerades länsövergripande riktlinje och rutin för egenvård. I flera verksamheter genomfördes 2025 en digital utbildning kring egenvård för medarbetare. Arbete fortsätter med att ta fram kunskapsstöd och rutin.

4.4.3 Säker läkemedelshantering

Egenkontroll av läkemedelshantering sker genom sjuksköterskors kontroll av patientens läkemedelsskåp en gång per månad. Då kontrolleras att det finns aktuella läkemedel samt signeringslistor och läkemedelslistor. Egenkontroll sker även genom sammanställning av inrapporterade avvikelser. Många läkemedelsskåp saknar möjlighet till spårbar åtkomst. Det pågår ett arbete med att införa läkemedelsskåp med spårbarhet.

Den digitala läkemedelsutbildningen som infördes 2024 har bidragit till en höjd kunskapsnivå och ökad förståelse kring säker läkemedelshantering. Medarbetare som har delegering men har behov av att stärka sin kompetens kan också genomgå utbildningen.

Under hösten 2024 genomfördes en kartläggning om sjuksköterskors förutsättningar att delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder och under 2025 har åtgärder tagits fram. Enheterna har arbetat med att skapa tydligare struktur för delegeringstillfällen, utökat antalet sjuksköterskor som delegerar, säkrat följsamhet kring delegering och säker läkemedelshantering samt säkerställt att medarbetare gått både central och lokal utbildning inom området. Arbetet har även inkluderat uppföljning av delegeringsbeslut, kontroll av läkemedelsskåp, samt identifiering av brister och åtgärder tillsammans med enhetschefer för omsorgsmedarbetare.

Ett uppdaterat delegeringsmaterial och ett nytt koncept för delegeringstillfället har tagits fram. Medarbetaren får bland annat praktiskt visa hur hen ger läkemedel. Syftet med det nya arbetssättet är att öka kvalitet och säkerhet, skapa en mer likvärdig hantering samt bättre praktisk förankring.

Pilot med läkemedelsautomater avslutades våren 2025 och breddinförande pågår inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Hittills har två stadsområden infört läkemedelsautomater och införandet fortsätter 2026. För patienter som har en

läkemedelsautomat följs läkemedelsbehandlingen till 99 %. Arbeta pågår med att ta fram en patientenkät för att undersöka patienternas upplevelse.

Förvaltningen för funktionsstöd har tagit fram ett systematiskt arbetssätt med ett årshjul för delegeringar och informationsbrev till delegerade medarbetare, som planeras implementeras på respektive enhet under hösten.

Farmaceuternas särskilda kompetens har inneburit en stor patientnytta och ökad patientsäkerhet. De gör bland annat läkemedelsöversyn för patienter på korttidsenheter inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen samt för nyinskrivna patienter inom ordinärt boende. Läkemedelsöversyn syftar till att förebygga fel i vårdens övergångar genom att ha en ständigt aktuell läkemedelslista. På några vård- och omsorgsboenden inkluderas farmaceuter nu i arbetet inför årskontroller. De hjälper till att identifiera läkemedelsrelaterade symtom och att gå igenom patientens läkemedel.

Arbetet med att minska läkemedelssvinn i kommunala akut läkemedelsförråd (KAF) pågår. Spårbara lås och kameraövervakning installeras succesivt i befintliga KAF. En åtgärd för att minska svinet är också att minska antalet KAF. Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel i KAF har införts var 14:e dag.

4.4.4 Demensvård

Inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen pågår arbete med att införa tydligare struktur och utbildningsmodell inom demens och kognitiv svikt. Syftet är att stärka kompetensen, skapa likvärdigt arbetssätt och säkerställa stöd till enskilda och deras närstående. En ny utbildningsmodell har utarbetats med bas-, fördjupning och expertkunskap.

Genom multiprofessionella vårdåtgärder minskar patienters beteendemässig och psykiska symtom vid demens (BPSD) och livskvaliteten ökar. Antalet registrerade personer i det nationella kvalitetsregistret ”BPSD-registret” har ökat med drygt 100 sedan 2024 och uppgår nu till cirka 1 560. Under 2025 har användningen av validerade smärtskattningsskalor ökat från 31% till 38%. Det är fortfarande lågt och det finns målsättning för att öka användningen. Göteborg ligger på eller strax över den nationella nivån när det gäller användningen av multiprofessionella team och andelen personer utan smärta.

4.4.5 Psykisk ohälsa

I verksamheten upplevs det att antalet patienter med psykiatriska diagnoser blir fler. Därför behöver verksamheten ha kompetens för att bemöta och hantera dessa vårdbehov. Under året har medarbetare tagit del av kompetenshöjande insatser inom psykisk ohälsa, exempelvis utbildningsdagar om psykisk ohälsa och om lågaffektivt bemötande. Hälso- och sjukvården arbetar med att skapa kompetensteam inom psykiatri och utbilda egna instruktörer som kan utbilda medarbetare i ”Första hjälpen till psykisk hälsa”. För att öka kunskapen om suicid och psykisk ohälsa har arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltagit i utbildning som anordnats av organisationen Suicide Zero. Inom hemtjänsten finns en riktad utbildningsinsats med specialistutbildning för undersköterskor med inriktning

psykiatri. Förvaltningen för funktionsstöd har infört samsjuklighetsteam för stöd i verksamheterna och planerar att utöka teamet samt att involvera legitimerade medarbetare. Socialförvaltningen Sydväst har tillsammans med hälso- och sjukvården utarbetat rutin och plan kring suicidprevention. Regionens mobila team Beroende är på plats varje vecka för att bland annat stärka kompetensen.

Ytterligare kompetensutveckling inom psykisk ohälsa och samsjuklighet behövs. Flera verksamheter lyfter svårigheter att omsätta teoretisk kunskap i praktiskt arbete, vilket kräver fortsatt handledning och reflektion. Expert- och tvärprofessionella team behövs för att hantera komplexa vårdbehov.

4.4.6 Palliativ vård

Alla patienter, oavsett boendeform, får tillgång till palliativ vård på primärvårdsnivå. Inom hälso- och sjukvården finns ett nätverk för medarbetare med expertuppdrag i palliativ vård. Det syftar till att stärka och förbättra den palliativa vården. Under året har rutinen för ständigt närvarande personal (vak) uppdaterats och införts. Hälso- och sjukvården har även kompetensteam inom palliativ vård, vilka arbetar för en likvärdig palliativ vård. Under 2025 har hälso- och sjukvården tagit ytterligare steg för likvärdig palliativ vård oavsett boendeform och kompetensteamerna har ett uppdrag att utveckla arbetssätt för att nå fler patienter.

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister för palliativ vård och vård i livets slutskede. Statistik från registret analyseras för att identifiera förbättringsområden. Övergripande visar resultaten en positiv utveckling, med ökad dokumentation av brytpunktssamtal och ökad medvetenhet om patienternas behov i livets slutskede. Det finns fortsatt brister i dokumentation av vårdplaner, symtom- och smärtskattning samt munhälsobedömning. Orsaker till bristerna är bland annat missförstånd kring registrering och prioritering av direkt patientvård framför pappersarbete. Statistiskt underlag är begränsat i vissa verksamheter vilket försvårar jämförelser över tid. Inom förvaltningen för funktionsstöd har endast tre dödsfall registrerats i palliativregistret och det är ett för litet underlag för analys.

Insatser som workshops, teamträffar och stöd av sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut med expertuppdrag har ökat följsamheten och medvetenheten hos legitimerade medarbetare. Vård- och omsorgsboende, hemtjänst och socialförvaltningen Sydväst har genomfört kompetenshövande insatser inom området.

4.4.7 Dokumentation

För att förbättra journaldokumentationen har det under de senaste åren tillsatts dokumentationsgrupper och medarbetare med fördjupade uppdrag inom dokumentation. Journalgranskning som egenkontroll används för att bedöma dokumentationens kvalitet och hitta områden som kan förbättras. Årets journalgranskningar av vårdplaner och hälsotillstånd är en uppföljning av granskningen 2023. Den visar att kvaliteten på dokumentationen skiljer sig mellan medarbetare och verksamheter. Positivt är att antalet upprättade vårdplaner och hälsotillstånd har ökat sedan 2023. Vissa vårdplaner saknar tydliga mål och

åtgärder samt beskrivning av hur och när uppföljning och utvärdering ska ske. Användningen av bedömningsinstrument och checklistor har ökat, men behöver stärkas ytterligare. Patientens delaktighet framkommer tydligare samtidigt som patientens beskrivning av sin hälsa fortfarande är otydlig eller saknas.

Att utveckla journalföringssystemet är viktigt för att medarbetare ska kunna dokumentera tydligt och snabbt hitta relevant information. Under 2025 har sekretessområden förändrats och det har införts möjlighet att nå patientinformation via mobiltelefonen. Under våren 2026 ska en ny modul införas i syfte att tydliggöra patienters vårdplaner.

4.4.8 Medicintekniska produkter

Vårdgivaren ska kunna spåra sina medicintekniska produkter (MTP). Det nya IT-stödet för registrering av MTP är klart och fungerar som det ska.

Enligt delegationsordningen ansvarar MAS och MAR för att anmäla händelser och tillbud med MTP till Läkemedelsverket. Syftet är att säkra att tillverkaren utreder eventuella fel på produkten och åtgärdar dessa. MAR har anmält fem händelser, varav två avser rullstolar, övriga är toaletthjälpmedel, fristående lyftbåge samt badbrädor. Ingen av händelserna har lett till vårdskada.

Inom hälso- och sjukvården genomförs funktionskontroller av MTP, exempelvis blodtrycksmätare, diskdesinfektorer och Tens-apparater. Några produkter underkändes och ersattes genom reparation eller nyinköp.

4.5 Riskhantering

Medarbetare bedömer dagligen risker i patientarbetet som underlag för beslut och åtgärder, exempelvis inför sårvård, delegering av läkemedel, träning och vid förskrivning av hjälpmedel. Utöver det genomför verksamheten riskanalys inför förändringar som kan påverka patientsäkerheten. I riskanalyserna deltar verksamhetschefer och enhetschefer, ofta tillsammans med MAS och MAR, samt medarbetare som påverkas av förändringen eller är delaktiga i processen. Flera riskanalyser har genomförts, exempelvis gällande förändringar i bemanning, införande av läkemedelsautomater, samlokalisering av sjuksköterskor, renoveringar och införande av vårdplansmodul. Inför att Tre Stiftelsers verksamhet övergick till Göteborgs Stad genomfördes riskanalys. Den största risken bedömdes vara att den korta tidsramen kunde medföra att förberedelserna inte hann bli klara. Det skulle kunna leda till felaktig, fördröjd eller utebliven vård. Även inför utökning av platser på korttidsenheter i äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen genomfördes riskanalys. Identifierade risker handlar bland annat om vårdhygien och risk för smittspridning samt risk av förväxling mellan patienter. Inför flytt av korttidsenheten för vuxna i förvaltningen för funktionsstöd genomfördes riskanalys. En identifierad risk är att minskad träningslokal kunde påverka möjligheter att genomföra träning. Alla risker är omhändertagna i handlingsplaner.

5 Granskning och tillsyner

5.1 Interna

5.1.1 Kommunala akutläkemedelsförråd (KAF)

KAF granskas årligen av MAS. Resultaten visar generellt god följsamhet till rutiner. För förråden finns det utsedda läkemedelsansvariga samt ansvariga för narkotikakontroll. Brister som identifierades gällde bland annat narkotikakontroller, märkning av läkemedel, temperaturkontroller och hantering av akutväskor. Direkt återkoppling har getts till läkemedelsansvariga och enhetschefer. Åtgärder är vidtagna eller ingår i handlingsplaner. Se även 4.4.3

5.1.2 Läkemedelsskåp ordinärt boende

Farmaceuter och MAS har granskat läkemedelsskåp hos patienter i ordinärt boende i äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Granskningen omfattade få patienter, vilket innebär att resultaten endast ger en ögonblicksbild och inte kan generaliseras till hela verksamheten. Granskningen visade en god följsamhet till rutiner.

5.1.3 Granskning läkemedelsskåp på vård- och omsorgsboende

MAS har även granskat läkemedelsskåp på vård- och omsorgsboenden i ett stadsområde. Identifierade brister är bland annat läkemedel utan ordination och läkemedel där bäst-före-datum passerat. Detta indikerar på bristande följsamhet till riktlinje för läkemedelshantering. Enhetschefen har tagit fram en åtgärdsplan. Vid uppföljning av MAS kvarstod dock bristerna. En ny uppföljning planeras till våren 2026.

5.1.4 Granskning journalföring

En kvalitativ granskning av dokumentation har utförts av MAS i ett stadsområde. Enhetschefer och sjuksköterskor har intervjuats och resultatet visar att sjuksköterskor har bristande kunskap om riktlinjen för journalföring och att enhetschefer i låg grad följer upp kännedom att riktlinjen är känd i verksamheten.

5.1.5 Granskning avvikelser

MAR har granskat hur avvikelserrapporter inom rehabilitering och hjälpmedel har hanterats. Granskningen fokuserade på tidpunkten för rapportering av avvikelser, när bedömningen av rapporten påbörjades och när den avslutades. Den omfattade även samverkan och dokumentation av utredning samt vidtagna eller planerade åtgärder. Resultatet visade att det finns brister i hantering av avvikelser.

5.1.6 Granskning av verksamheters egenkontroll av medicintekniska produkter (MTP)

Verksamheterna ansvarar för skötsel och hantering av MTP, vilket kontrolleras genom årliga egenkontroller. MAR har granskat de egenkontroller som utförs på vård- och omsorgsboenden inklusive korttidsenheter. Nästan alla enheter har genomfört och dokumenterat egenkontroller. Förbättringsområden är bland annat tydligare instruktioner för egenkontroller och hur dessa ska dokumenteras.

5.2 Externa

IVO genomförde en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling på vård- och omsorgsboenden efter covid-19. Göteborgs Stad var en av de kommuner som granskades. Tillsynen påbörjades 2023, följdes upp 2024 och avslutades 2025. Tillsynen omfattade bland annat individuell bedömning, dokumentation, kompetens, läkemedelshantering, personalkontinuitet och vård i livets slutskede. I augusti 2025 meddelade IVO att ärendet avslutas, men att uppföljning kan ske vid behov och att vårdgivaren ska utvärdera effekten av vidtagna åtgärder och fortsätta förbättra patientsäkerheten. För att stärka tryggheten för patienterna och få en säkrare vård har flera åtgärder vidtagits. Omsorgsmedarbetarnas språkförmåga ska utvecklas genom utbildningar i yrkessvenska och språkombud. Fler specialistundersköterskor har anställts för att handleda och stödja medarbetare i komplexa vårdssituationer. Sjuksköterskors kontinuitet har stärkts successivt genom minskad inhyrdbemanning till förmån för fler tillsvidareanställda. Inom ramen för ÄVO 2.0 ska chefer ges bättre förutsättning till ett nära ledarskap genom färre medarbetare per chef. Digitala lösningar för läkemedelshantering har utvecklats, bland annat genom digital utbildning för läkemedelsdelegering och läkemedelsautomater. Farmaceuternas uppdrag ska succesivt utökas med läkemedelsgenomgångar i olika verksamheter. Utbildning i palliativ omvårdnad har genomförts och rutiner för vård i livets slutskede har utvecklats och införts. Arbetet med informationsöverföring och rapportering fortsätter genom arbete för att öka användningen av rapporteringsstödet SBAR och kommande införande av digital signering. Sammanlagt syftar alla åtgärder till att utveckla kvalitet, trygghet och kontinuitet i vården för alla patienter.

Hälso- och sjukvården och vård- och omsorgsboenden beställde 2024 en extern granskning av medarbetarnas användning av SBAR vid muntlig informationsöverföring. Resultatet visade skillnader mellan tidigare stadsdelar och mellan yrkesgrupper. Bland omsorgsmedarbetare känner 71% till SBAR och 52% använder det. Alla legitimerade medarbetare känner till SBAR, men användningen varierar. Användandet bland sjuksköterskor är 100%, medan 45 % av arbetsterapeuter och fysioterapeuter använder SBAR. Fördjupade samtal visar att arbetsterapeuter och fysioterapeuter använder SBAR som grund vid informationsöverföring, även om metoden inte alltid benämns som sådan. Alla förvaltningar har som mål att höja medarbetarnas kompetens och öka användningen av SBAR 2026.

6 Samverkan för att förebygga vårdskador

6.1 Intern

Många patienter får stöd från flera verksamhetsområden. Det ställer krav på fungerande samverkan för att ge en effektiv och säker vård. Brister i samverkan och informationsöverföring är en vanlig orsak till avvikelser. Anledningar kan vara brister i följsamhet till samverkans rutiner, brist på digital lösning, kompetensbrist och bristande kontinuitet i bemanning. Verksamheterna har arbetat för att stärka samverkan, bland annat genom gemensamma workshopar där brister har diskuterats med förslag på åtgärder tagits fram. Även införande av regelbundna tvärprofessionella teammöten i syfte att stärka samverkan. Flera verksamheter har utvecklat samverkan och förbättrat informationsöverföringen. Arbetet med förbättringsområdet fortsätter.

Under året har det varit regelbundna möten mellan MAS, MAR och verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen. Samverkan har skett både inom och mellan förvaltningarna. Syftet är att ta fram mål och aktiviteter för att stärka samverkan och patientsäkerhet.

Inom äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen behöver samverkan mellan dagverksamhet och hälso- och sjukvård stärkas, samtidigt som hälso- och sjukvårdsansvaret behöver tydliggöras. Inom förvaltningen för funktionsstöd har en uppdaterad rutin för hälso- och sjukvårdsansvar på daglig verksamhet införts. Arbetet fortsätter under 2026 med att förtydliga och utveckla rutinen verksamheten.

För en ökad tillgänglighet pågår införandet av nytt arbetssätt för inkommande av telefonsamtal. Det pågår parallellt en upphandling av ett nytt telefonväxelsystem, vilket beräknas bli klart under 2026. Syftet är att öka tillgängligheten, att ha en likvärdig hantering och ge legitimerade medarbetare bättre förutsättningar i det patientnära arbetet.

Ett nytt mötesforum (Kvalitetsråd) infördes i början av året inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen som ett led att stärka och systematisera kvalitetsarbetet. Varje stadsområde har ett kvalitetsråd som hanterar gemensamma frågor. Kvalitetsorganisationen kommer fortsätta utvecklas under 2026. Inom förvaltningen för funktionsstöd har ett liknande mötesforum startats under hösten 2025.

6.2 Extern

För att möta välfärdsutmaningen med en åldrande befolkning och färre i arbetsför ålder kommer vården i högre grad ske i patientens hem. Personer som är utskrivningsklara på sjukhus har ofta fortsatt vårdbehov i hemmet på primärvårdsnivå. Patienten behöver i högre grad involveras i sin egen vård och att

olika vårdgivare behöver samverka. För att möta behoven hos de mest sköra äldre och patienter med stora omvårdnadsbehov önskar verksamheten att särskilt utsedda vårdcentraler får patientansvar. Dialog förs med regionen på olika nivåer bland annat genom medverkan i vårdsamverkansforum.

Verksamheten har aktivt deltagit i framtagandet av ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal i Västra Götaland där regionen och samtliga 49 kommuner behöver ställa sig bakom avtalet. Enligt tidsplanen träder det nya avtalet i kraft 1 januari 2027.

6.2.1 NOSAM – närområdessamverkan

NOSAM har omorganiserats från fyra stora enheter till tio områden som utgår från närområdesplanen (Nop). Varje Nop gäller för ett geografiskt område och omfattar vårdcentralerna i det området. NOSAM består av utvalda funktioner från de olika parterna. Ledamöterna utses av sina organisationer och samarbetar i gemensamma frågor nära verksamheten. Inom NOSAM finns fyra temagrupper: Barn och unga, Psykiatri, Rehabilitering och habilitering samt Äldre. Temagrupperna är en del av NOSAM och deras arbete kopplas till det gemensamma arbetet. Processledare för temagrupperna kan delta vid NOSAM-möten när frågor rör deras område. Specialistsjukvården bjuds in vid behov.

Exempel på gemensamt arbete för att utveckla vårdsamverkan är ”Projekt sköra äldre” som drivs utifrån Nosam:s temagrupp Äldre. Syftet med projektet är att identifiera äldre personer som bor hemma och riskerar att utveckla skörhet, vilket kan öka risken för exempelvis depression. Projektet ska möjliggöra ett gemensamt förebyggande arbete med denna patientgrupp.

Nop tecknas årligen och en viktig del i Nop handlar om läkarsamverkan. Variationer i Nop leder till ojämn läkartillgång för patienterna. Under 2025 påbörjades ett arbete med att få likvärdiga skrivningar i Nop, bland annat i palliativ vård. Under 2026 kommer hälso- och sjukvården fortsätta arbetet med lika skrivningar för att skapa möjlighet till jämlikhet inom olika områden i Göteborgs Stad.

6.2.2 Ny arbetsbeskrivning för in- och utskrivning från slutenvården

I vårdsamverkan har en arbetsbeskrivning för in- och utskrivning från slutenvården tagits fram för att trygga vårdövergångar och tydliggöra vad varje part ska göra. Processen beskriver både den kommunala primärvårdens, socialtjänstens, den regionala primärvårdens och slutenvårdens ansvar. Implementeringen är påbörjad med fokus på att öka medvetenheten om behovet av förändring. En handlingsplan med ansvar och tidsplan har tagits fram och förvaltningarna samarbetar för att införa den nya processen tillsammans med regionen.

7 Övergripande mål och aktiviteter för kommande år

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att alla patienter ska få en god och säker vård. Patientsäkerhet kräver ett långsiktigt och systematiskt arbete på alla nivåer i verksamheten. Alla medarbetare bidrar genom att förebygga risker, upptäcka brister tidigt och vidta åtgärder som skyddar patienten och främjar hälsa. Digitala vårdformer och digital teknik används för att stödja vård och omsorg, öka livskvalitet och skapa en trygg och säker vård. En utmaning är att utveckla digitalisering och arbetssätt som både stärker patientsäkerhet och minska onödig administration.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs inom alla tre förvaltningar. Varje verksamhet ansvarar för att ta fram egna mål och aktiviteter för kvalitet och patientsäkerhet. Dessa mål utgår från lokala behov och prioriteringar och kompletterar det gemensamma mål som finns på övergripande nivå. Genom att dokumentera aktiviteter i verksamhetsplanerna och följa upp resultat säkerställs att arbetet bidrar till en trygg och säker vård.

För att säkerställa en sammanhållen och trygg vård inom Göteborgs Stad har ett gemensamt mål för 2026 tagits fram:

- Patienter ska ges en trygg och säker vård genom tillförlitlig delning av information väsentlig för att kunna ge rätt vård

Informationsöverföring är en central del av vård- och omsorgsprocessen och har en direkt betydelse för patientens säkerhet. Ett gemensamt fokus på säker informationsöverföring förebygger brister i kommunikation och minskar risken för vårdskador. Det ger en mer sammanhållen och förutsägbar vård.

Målet är långsiktigt och gäller under tre år för att ge kontinuitet i förbättringsarbetet och möjliggöra uppföljning över tid. Efter tre år görs en utvärdering och analys av hur målet har uppfyllts.

Ett gemensamt delmål har tagits fram:

- Ökad användning av SBAR för strukturerad informationsöverföring

Kunskapen om och användningen av rapporteringsstödet SBAR ska öka inom alla förvaltningar. Syftet är att ge patienterna en tryggare vård genom säker och tillförlitlig informationsöverföring. SBAR ska användas vid muntlig informationsöverföring.

Insatser ska genomföras för att öka kunskapen om och användningen av SBAR. Resultaten rapporteras i nästa års patientsäkerhetsberättelse. Målet är att under treårsperioden tydligt visa förbättringar i medarbetares kunskap, användning av SBAR och kvaliteten på informationsöverföringen, vilket stärker patientsäkerheten och tryggheten för patienterna.