

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus



Mars 2025

Ansvariga för innehållet:

Chefläkare: Annica Ahl, [annica.ahl@regionstockholm.se](mailto:annica.ahl@regionstockholm.se)

Chefsjuksköterska: Lena Swedberg, [lena.swedberg@regionstockholm.se](mailto:lena.swedberg@regionstockholm.se)

# Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare. Dessutom har fem nationella fokusområden valts ut, vilka ligger som grund för innehållet i patientsäkerhetsberättelsen:

- Öka kunskap om inträffade vårdsador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

<b>INLEDNING .....</b>	<b>2</b>
<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>4</b>
LEDNING OCH STYRNING.....	4
PATIENTSÄKERHETSKULTUR.....	4
KUNSKAP OCH KOMPETENS .....	4
PATIENTEN SOM MEDSKAPARE .....	4
DE VIKTIGASTE ÅTGÄRDerna FÖR SÖDERTÄLJE SJUKHUS 2025 ÄR ATT .....	4
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....</b>	<b>6</b>
ENGAGERAD LEDNING OCH TYDLIG STYRNING.....	6
<i>Övergripande mål och strategier</i> .....	6
<i>Organisation och ansvar</i> .....	6
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i> .....	7
<i>Informationssäkerhet</i> .....	7
<i>Strålsäkerhetsarbete</i> .....	8
EN GOD SÄKERHETSKULTUR .....	8
<i>Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)</i> .....	9
ADEKVAT KUNSKAP OCH KOMPETENS .....	10
<i>Yrkeskompetens för säker vård ges på KTC</i> .....	10
<i>Magnetmodellen – för en säker omvårdnad</i> .....	12
PATIENTEN SOM MEDSKAPARE .....	13
<i>God och Nära vård</i> .....	13
<i>Utskrivningsprocessen</i> .....	14
<i>Patientnöjdhet</i> .....	14
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>15</b>
ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR FÖR LÄRANDE OCH FÖRBÄTTRINGAR.....	15
<i>Har vården varit säker</i> .....	15
<i>Händelseanalyser</i> .....	16
TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER.....	17
SÄKER VÅRD HÄR OCH NU .....	18
<i>Riskområden</i> .....	18
<i>Vårdrelaterade infektioner (VRI)</i> .....	19
<i>Trycksår</i> .....	19
<i>Undernäring</i> .....	20
<i>Fallskador</i> .....	20
<i>Läkemedel</i> .....	21
STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING.....	23
<i>Avvikelser</i> .....	23
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	23
ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP .....	24
<i>Sjukhusets planering av det robusta sjukhuset</i> .....	24
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>25</b>
LEDNING OCH STYRNING.....	25
PATIENTSÄKERHETSKULTUR.....	25
KUNSKAP OCH KOMPETENS .....	25
PATIENTEN SOM MEDSKAPARE .....	26
<b>SEPARATA BILAGOR</b>	
1. Strålsäkerhetsbokslut	
2. Kvalitetsindikatorer, resultat 2024	
3. VO-bilagor: Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelser	

## Sammanfattning

Södertälje sjukhus kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse beskriver det intensiva arbete som bedrivits under året. Vi presenterar sjukhusets resultat, analyser och åtgärder inom kvalitets- och patientsäkerhet. Respektive verksamhetsområde redovisas i separata bilagor vilka kompletterar denna sjukhusövergripande rapport. Verksamheten bedrivs i enlighet med vår värdegrund *Patienten först, Varje medarbetare gör skillnad, Engagemang för helheten, Kvalitet.*

## Ledning och styrning

Sjukhusets ledning och styrning har genomgått förändringar under 2024 då ett nytt koncept för styrning och ledning beslutats. Detta beskriver framför allt vilka fora som ska finnas för samarbete över verksamhetsgränser samt hur arbetet ska bedrivas målinriktat, strukturerat och genom ett grundläggande regelverk som skapar systematik i arbetet. Implementeringen av detta har inletts under 2024 men kommer fortgå under 2025. Sjukhusets ledningssystem för patientsäkerhet och kvalitet har granskats och ett sammanfattande ramverk har tagits fram.

## Patientsäkerhetskultur

Sjukhuset har arbetat med patientsäkerhetskulturens åtta dimensioner. Patientsäkerhetsutbildningar har genomförts för ett flertal medarbetargrupper, till exempel verksamhetschefer. Multiprofessionell verksamhetsöverskridande workshop avseende patientsäkerhetskultur har hållits.

## Kunskap och kompetens

Utbildningar i kvalitet och patientsäkerhet har hållits på alla nivåer inom sjukhuset. Fler medarbetare har utbildats i metoden händelseanalys. Kompetensutveckling som bidrar till säker vård är prioriterat med flera genomförda aktiviteter. Sjukhusets deltagande i Magnet4Europe-studien har bidragit till tydligare strukturer för omvårdnads kvalitet och omvårdnads kompetens, vilket stärker patientsäkerheten. Strukturer för arbete inom nationella kunskapsstyrningen med personcentrerade standardiserade vårdförlopp har förtydligats ytterligare. Visualisering av vård och kvalitetsdata har förbättrats med nya IT-system.

## Patienten som medskapare

Bland annat har dialogmöten med patientföreningar startats inom ramen för God och Nära vård. I arbetet med utskrivningsprocessen är utgångspunkten personcentrerad vård med patientens behov i fokus, där förstärkt utskrivning är en del i detta. Patienters och närståendes involvering i händelseanalysarbetet har förtydligats.

## De viktigaste åtgärderna för Södertälje sjukhus 2025 är att

- slutföra implementering av koncept för styrning och ledning med stärkt deltagande från olika medarbetargrupper
- utveckla det systematiska arbetet avseende våra största vårdskadeområden
- utbilda fler medarbetare i metoden händelseanalys med starkare representation från alla professioner

- underlätta teambaserat medarbetardrivet förbättringsarbete
- förbättra förutsättningar för patientmedverkan
- implementera kloka kliniska val och minska lågvärdevård
- förenkla vägen till rätt kunskapsstöd och aktuella rutiner och riktlinjer
- förbättra visualisering och uppföljning av kvalitets-, patientsäkerhets- och förbättringsarbete
- stärka patientsäkerhetskulturen genom proaktivt arbete med bland annat fler riskanalyser
- vidareutveckla samverkan med kommunerna och primärvården i närområdet
- fortsätta implementering av kompetensstegar
- stärka STS strategiska satsningar inom kompetensutveckling
- stärka sjukhusets förmåga att bedriva vård i kris och katastrof

# Grundläggande förutsättningar för säker vård

## Engagerad ledning och tydlig styrning

### Övergripande mål och strategier

Södertälje sjukhus värdegrund är ”*Patienten först, Varje medarbetare gör skillnad, Engagemang för helheten och Kvalitet*” och utgör en viktig bas för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Sjukhusets verksamhetsplan innehåller också verksamhetsstrategin för de kommande åren - Agenda 2027. Den utgår från 4 av de totalt 17 globala målen som världens länder har antagit för en hållbar utveckling, där sjukhuset utifrån sitt uppdrag och ansvarsområde har möjlighet att bidra.



Utifrån de mål, indikatorer och uppdrag som åläggs sjukhuset från regionens olika instanser upprättas en verksamhetsplan där samtliga indikatorer med angivna målnivåer ingår. Mål och indikatorer bryts ner till respektive verksamhet, för en tydlig och länkad styrning internt inom sjukhuset. Verksamhetsplan fastställs årligen, där framgår målområden samt vilka aktiviteter som planeras för att uppnå dessa. Verksamhetsplanen tas fram för rapportering till nämnd likväl som för sjukhus- och verksamhetspecifik nivå.

Progress i aktiviteterna samt uppfyllnad av målen följs upp regelbundet vid möten i sjukhusets ledningsgrupp samt vid verkställande direktörs månatliga uppföljningar med berörda verksamhetschefer. Där redovisas resultat och vidtagna åtgärder för att nå måloppfyllelse. I ledningens uppgifter ingår också att skapa förutsättningar genom att stödja chefer och medarbetare med metoder och verktyg för uppföljning och förbättringsarbete.

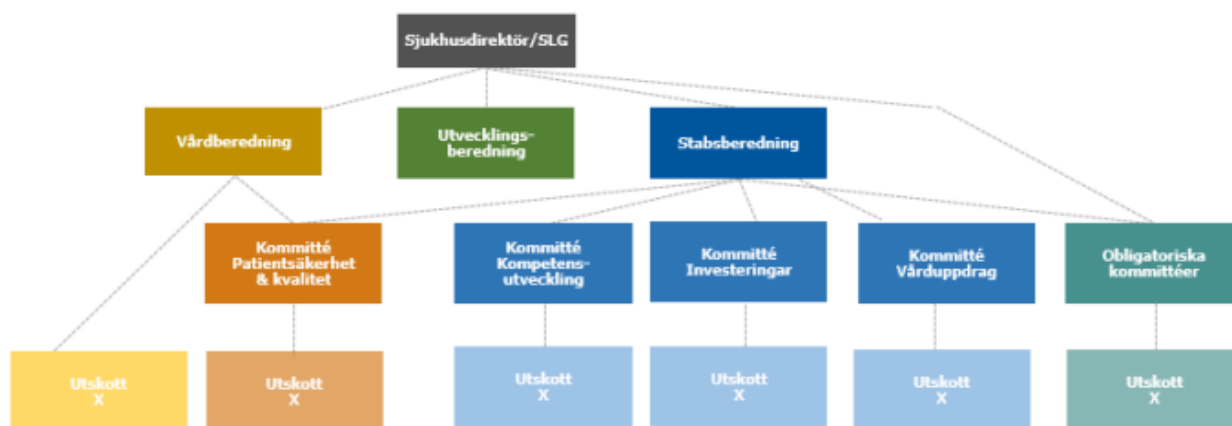
Sjukhusets sjukhusövergripande riktlinje *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet* beskriver ansvar, roller, rutiner och arbetsätt för patientsäkerhetsarbetet.

Under 2024 har arbete med tydligare och mer lättillgänglig uppföljning av sjukhusets resultat inletts i och med införande av visualiseringsverktyget QlikSense. Detta arbete kommer fortgå under 2025.

### Organisation och ansvar

Verkställande direktör är ytterst ansvarig för all verksamhet inom sjukhuset och har stöd i arbetet med kvalitet, kunskapsstyrning och patientsäkerhet av chefläkarfunktionen och chefsjuksköterska. De leder i sin tur arbetet inom avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet (PSK). De utgör också en länk mellan externa kravställare och sjukhusets interna arbete med dessa frågor och har en särskilt avdelad controller till visst stöd för arbetet. Chefläkare och chefsjuksköterska ingår i sjukhusets ledningsgrupp.

Under 2024 antog sjukhuset ett nytt koncept för styrning och ledning. Syftet var att få ett väl fungerande forum där arbetet sker målinriktat, strukturerat och i enlighet med ett grundläggande regelverk som skapar systematik i arbetet. Sjukhusets ledningsgrupp formulerar grunduppdraget för respektive forum. Varje år definieras en årsplan för det kommande året. Kommittéer hanterar frågor som inbegriper flera verksamhetsområden.



Kommitté för patientsäkerhet och kvalitet har i uppdrag att samordna och leda sjukhusets arbete för god och säker vård. Arbetet bedrivs i utskott som rapporterar till kommittén. Under året påbörjades arbetet med att formulera uppdrag och tillsätta ordförande i dessa utskott. När konceptet är driftsatt ska det finnas utskott för övergripande frågor som patientinvolvering, patientsäkerhet och kvalitet, likväl som utskott specialiserade på de stora patientskadeområdena.

Utskotten ska samla bred kompetens för sjukhusets verksamhetsområden och professioner och har som uppdrag att se till att sjukhuset skapar förutsättningar för god och patientsäkervård inom respektive uppdragsområde. Det görs genom att utskottet håller sig uppdaterat inom området, ser till att rutiner och sjukhusövergripande riktlinjer finns och följer upp följsamhet, utfall, risker och avvikelser. Dessa utskott kommer att ersätta tidigare råd och grupperingar.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

Internt på sjukhuset sker samverkan mellan de processorienterade och resursorienterade verksamhetsområdena på flera nivåer. Bland annat leder chefläkare vårdberedningen, där samtliga verksamhetsområdeschefer och chefsjuksköterska ingår och bereder gemensamma frågor. Den nya stödjande organisationen för styrning och ledning, med kommittéer och utskott beskrivna ovan, ska ytterligare stödja sjukhusintern samverkan.

Chefläkare och chefsjuksköterska ingår i regionala och nationella nätverk avseende patientsäkerhet och kvalitet och kan på så sätt samverka med vårdgrannar och andra intressenter. De deltar också i veckovisa avstämningsmöten med företrädare från sjukhuset och representanter för Vårdhygien Stockholm.

Sjukhusets utskrivningsteam har regelbundna möten med företrädare för kommun och primärvård.

Fler exempel på samverkansarbete framgår av respektive verksamhetsområdes patientsäkerhetsberättelse, bifogade som bilagor till detta dokument. Till exempel har verksamheterna representanter i regionens kunskapsstyrningsorganisation (RPO) och i regionala och nationella nätverk.

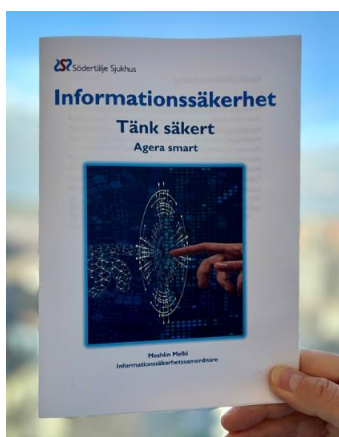
### Informationssäkerhet

Arbetet med informationssäkerhet sker enligt Region Stockholms styrande dokument, *Policy för verksamhetsskydd och Riktlinjer för informationssäkerhet*, baserat på standarderna i SS-ISO/IEC 27000-serien. Aktiviteterna för informationssäkerhet framgår i den årliga handlingsplanen och årshjulet, som är en del av det systematiska informationssäkerhetsarbetet.

Sjukhuset använder regionens fastslagna process (Compliance-processen) för att genomföra riskbedömningar av sjukhusets mest kritiska IT-system och verksamheter men även innan införande av nya informationsbehandlande system. Dessutom krävs potentiella leverantörer utifrån Region Stockholms informationssäkerhetskrav i upphandlingsprocessen.

Under 2024 gjordes det GAP-analyser på tre skyddsvärda IT-system och två verksamheter, med dokumenterade åtgärder och riskanalyser. Det gjordes även APT- genomgångar som är kopplade till verksamhets-compliance. Det gjordes även behörighetskontroller på de tre skyddsvärda IT-systemen. Alla risker är riskbedömda i RSA:n med åtgärdsplaner och årlig revision.

Intranätet har uppdaterats med information som är riktad till bland annat chefer och medarbetare. APT-material togs fram med uppmaning att införa informationssäkerhet som en punkt på APT.



Broschyren "Tänk säkert, Agera smart", som är riktad till medarbetare, togs fram i samband med informationssäkerhetsmånaden. Statistik på antalet genomförda DISA-utbildningar har följts upp.

I samarbete med HR och Kommunikation har informationssäkerhetsaspekter lyfts fram tydligare i introduktionen vid nyanställning, men även under anställningen.

Vidare har samverkan med Region Stockholm CERT (regionens funktion för it-säkerhetsrelaterade hot och händelser) har stärkts för att lättare identifiera sårbarheter i dels systemen men även ute hos verksamheterna.

I Regionledningskontorets årsuppföljning av informationssäkerhetsarbetet för 2024 nådde sjukhusets 92 procent av de uppsatta målen, vilket är över det regionala målvärdet 90 procent och en ökning med hela 28 procent från 2023.

## Strålsäkerhetsarbete

(se separat Strålsäkerhetsbokslut 2024)

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god patientsäkerhetskultur, vilket skapas av gemensamma attityder och värderingar i kombination med hur man arbetar. Ett mått på säkerhetskulturen är mätning av hållbart säkerhetsengagemang, vilket ingår i den årliga regionsgemensamma mätningen enligt nedan.



I patientsäkerhetskulturtrappan identifieras åtta dimensioner:

1. övergripande kvalitetsengagemang
2. prioritering av patientsäkerhet
3. benägenhet att rapportera händelser
4. avvikelshantering
5. lärande organisation
6. kommunikation av patientsäkerhetsfrågor
7. patientsäkerhet och arbetsmiljö
8. utbildning och träning kring patientsäkerhet.



Hur sjukhuset arbetat med dimensionerna framgår under respektive avsnitt för fokusområde nedan. Övergripande har fokus under 2024 för dimensionerna övergripande kvalitetsengagemang och prioritering av patientsäkerhet varit att se över styrning och ledning och tydliggörande av ansvar för helheten enligt ovan. För att underlätta kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har en översyn av ledningssystemet gjorts. Patientsäkerhet och kvalitet är stående punkter på agendan för sjukhusledningen, där såväl chefläkare som chefsjuksköterska ingår.

Avseende lärande organisation har en hel del arbete utförts inom ramen för Magnet4Europe-studien som beskrivs nedan. Arbete för att bredda tillämpningen av det medarbetardrivna strukturerade förbättringsarbete som etablerats inom denna studie till fler verksamheter och professioner kommer fortgå under 2025.

I dimensionen kommunikation av patientsäkerhetsfrågor finns sedan flera år en rutin för att utförda händelseanalyser presenteras för medarbetargrupperna, bland annat genom Morbidity – och Mortality konferenser. Sedan januari 2024 publiceras alla inskickade Lex Maria-ärenden på intranätet för ökat lärande. Multiprofessionellt möte för kliniskt verksamma ledare, *Team för säker vård*, är etablerat med åtta möten per år med olika patientsäkerhetsteman.

Sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har lyfts fram tydligare, bland annat genom en ny sjukhusgemensam riskbedömningsrutin med integrerad analys av risker avseende såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet. Sjukhuset arbetar även med Gröna korset – ett verktyg för att systematiskt lyfta arbetsmiljö och patientsäkerhetsfrågor i medarbetargruppen i realtid.

Aktiviteter kring dimensionen utbildning och träning kring patientsäkerhet bestod under 2024 dels av praktisk träning och utbildning via sjukhusets Kliniska Träningscentrum (KTC), dels av teoretisk utbildning i form av introduktionsutbildningar för samtliga medarbetare. De gavs även riktade utbildningar för olika grupper (se nedan, avsnitt Adekvat kunskap och kompetens).

Verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare har under 2024 genomgått gemensam patientsäkerhetsutbildning som utgått från Socialstyrelsens framtagna utbildningsmål. Workshop avseende patientsäkerhetskultur och negativa händelser med utgångspunkt från Socialstyrelsens och Chefläkarnätverkets material har hållits för kliniskt verksamma ledare. Under 2025 kommer denna workshop att hållas ute på enheterna.

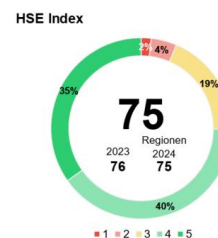
För mer exempel på vad som har gjorts på sjukhuset under 2024, se VO bilagor.

### **Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)**

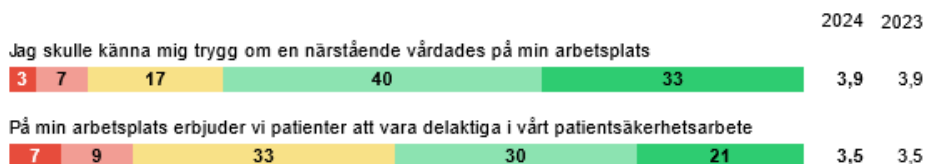
Sedan många år ingår Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE), bestående av elva regionsgemensamma frågor avseende säkerhetskultur, i den årliga medarbetarenkäten. HSE-frågorna besvaras av medarbetare som har direkt eller indirekt patientkontakt. Svaren finns redovisade på enhetsnivå, verksamhetsnivå samt sjukhusnivå. Förutom de separata frågorna skapas även ett index-värde som ger möjlighet att följa resultaten över tid.

HSE-index uppgick år 2024 till 75. Detta index visar små variationer mellan åren och ligger i nivå med regionens övriga verksamheter. Index är med andra ord ett trubbigt instrument för utveckling och utvärdering men delfrågornas resultat kan användas som utgångspunkt för dialog och förbättringsarbete. Sjukhusets resultat följs upp i ledningsgruppen. Varje verksamhet följer upp sina resultat och gör handlingsplaner.

Att stärka säkerhetskulturen i en organisation är ett långsiktigt och komplext arbete som innefattar flera viktiga aspekter, både inom arbetsmiljö och inom patientsäkerhet. Resultat av handlingsplaner och åtgärder är svåra att se från år till år i mätningen.

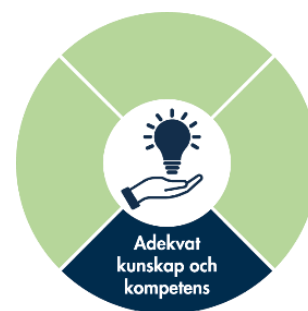


### HSE tillägsfrågor (ingår inte i HSE-index)



## Adekvat kunskap och kompetens

Bemanning och kompetensförsörjning är av yttersta vikt för att kunna bedriva patientsäker vård. Sjukhuset har under året arbetat hårt med att öka andelen egenanställda medarbetare och minska antalet konsulter. Att ha en stabil fast personalgrupp är positivt för en god patientsäkerhetskultur och ett välfungerande teamarbete. Glädjande nog så har detta fokuserade arbete fallit mycket väl ut med mycket hög andel kvarstannande, sjuknande sjuktal och minskande övertidstimmar.



För att upprätthålla en god säkerhetskultur och förbättringskultur är det viktigt att alla medarbetare får en allmän kunskap som bas. Det gäller både kunskap om de lagar och regelverk som styr vårdens kvalitet och säkerhet, och hur sjukhuset systematiskt arbetar med dessa frågor. Anpassade föreläsningar inom området patientsäkerhet och kvalitet ges av avdelning PSK till riktade grupper – chefer, läkare och vårdpersonal – inom ramen för deras introduktioner. Därutöver ingår ämnet i sjukhusgemensamma tvärprofessionella möten – *Teamet för säker vård* – samt temadagar för vårdpersonal som ges i större format i sjukhusets aula.

### Yrkeskompetens för säker vård ges på KTC

Sjukhusets Kliniska Träningscentrum (KTC) är organisatoriskt en del av avdelning PSK och starkt integrerat i det systematiska patientsäkerhetsarbete för att möta upp verksamheternas behov av

såväl teoretisk kunskap som färdighets- och teamträning, i syfte att upprätthålla en god och säker vård. Utbudet baseras på evidensbaserad kunskap, riktlinjer och vårdprogram och ska ses som ett komplement till inskolning och utbildning som ges på respektive verksamhetsområde.

Introduktionskurser ges med jämna intervaller och under året deltog cirka 200 undersköterskor, sjuksköterskor och läkare i sina respektive program med ämnen som patientsäkerhet och kvalitet, vårdhygien, akut omhändertagande, läkemedel och dokumentation. Därutöver har två terminslånga väl utvärderade program för nyutexaminerade sjuksköterskor genomförts med cirka 30 deltagare. Under 2025 kommer ”nyex-programmet” att bli ettårigt och ett utökat program för undersköterskor kommer att startas.

KTC medverkar aktivt för en kvalitetssäkrad kompetensutveckling för sjukhusets medarbetare. Några av årets insatser var kurser för undersköterskor inom utvalda omvårdnadsåtgärder. Medel från Omställningsfonden möjliggjorde en riktad insats inom kunskapsområdet urinkateter (KAD), vilket innebär att 200 undersköterskor nu är delegerade. 2025–2026 kommer en liknande insats på området syrgashantering.

Andra insatser berör träning där nya tekniker används, till exempel VR-utbildning inom hot och våld samt simulering av vårdavdelningsarbete. Förutom fysiska och digitala kurser på KTC uppmärksammas nationella fokusdagar med öppna föreläsningar för samtliga medarbetare i sjukhusets aula. Under året arrangerades Alla hjärtans dag, Handhygiendagen, Patientsäkerhetsdagen samt Trycksårsdagen. Dessa event är årligen återkommande.

En ny terminslång utbildning och diplomering av sjukhusets 35 hygienombud genomfördes med kursansvariga från sjukhusets hygiengrupp, i samarbete med Vårdhygien. Kursen innehöll teori, praktik och examination. Efter kursen erhöll deltagarna diplom och skylt, vilket skapade kompetenta och stolta hygienombud.



### *Hjärtlungräddning (HLR)*

Under 2024 har målet 70 procent HLR-utbildad personal på sjukhuset uppnåtts. Bakom siffrorna ligger systematiskt arbete som leds av sjukhusets HLR-koordinator. Sjukhuset har i dag cirka 50 instruktörer inom de HLR-discipliner som är relevanta för uppdraget och dessa instruktörer utbildar kollegor på de egna enheterna. Via KTC kompletteras dessutom med centrala utbildningar inom alla HLR-discipliner, för att säkerställa att utbildningsmålet nås. Sammanlagt har KTC utbildat 150 medarbetare i grund- och repetitionsutbildningar under året. Därutöver har 14 nya S-HLR instruktörer utbildats.

### *Teamträning*

Under året har interprofessionella teamövningar ökat och både kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor samt studenter har tränat akuta situationer tillsammans. "Larmet går" är träning i verklig vårdmiljö med syfte att höja verklighetsförankringen och träna i rätt miljö. Träningen har genomförts på flera vårdavdelningar och har varit uppskattad. "Larmet går" har genomförts främst på enheter med många hjärtstopp men även på enheter där avvikelser har identifierat brister i arbetssätt. Simuleringskompetensen är generellt stor på sjukhuset.

Förlossningen tränar regelbundet hela teamet kring den födande kvinnan i formatet Concept for Patient Simulation (CEPS). Simuleringarna syftar till att följa de medicinska riktlinjerna och att optimera patientomhändertagande genom fokus på teamarbete och ledarskap. Även akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen har fokuserat på teamträning i olika verksamhetsanpassade utbildningskoncept.

### **Magnetmodellen – för en säker omvårdnad**

2024 avslutades den EU-finansierade studien Magnet4Europe som Södertälje sjukhus var en del av sedan 2022. Södertälje sjukhus deltog i studien som ett av tre svenska sjukhus, tillsammans med ett 60-tal andra sjukhus från Europa. Det övergripande syftet med projektet var att utvärdera effekten av sjukhusens arbete med magnetmodellen på sjuksköterskors och läkares mentala hälsa och välbefinnande. Sjukhusets deltagande har letts av chefsjuksköterskan och har inneburit dels ett förbättringsarbete inom verksamhetsområde Vård med magnetmodellen som princip, dels en enkätstudie till kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor om deras upplevda arbetsmiljö och arbetssituation. Studien innebar även att Södertälje sjukhus fick tilldelat ett Magnet-certifierat sjukhus i USA för stöd och erfarenhetsutbyten: Summa Health Ohio, USA.

Magnetmodellen och magnetcertifierade sjukhus har funnits sedan 1990-talet med ursprung i USA. Magnetmodellen berör främst omvårdnadsprofessionen och dess kompetens, ledarskap och arbetsmiljö. Även teamet och det interprofessionella samarbetet lyfts fram som viktiga. Studier visar att magnetsjukhus lyckas rekrytera och behålla sjuksköterskor i större grad än andra sjukhus, med ökad omvårdnads kvalitet och patientnöjdhet som följd.

En kartläggning-gapanalys, likt en magnetcertifiering, genomfördes initialt och aktiviteter identifierades inom fyra huvudområden:

- stärkt ledarskap inom omvårdnad
- standarder för säker vård
- kompetensutveckling och karriärvägar
- ökat stöd till nyutexaminerade sjuksköterskor.

### *Några resultat*

En mängd förbättringar har genomförts under studietiden inom omvårdnadsorganisation, evidensbaserade arbetssätt och kvalitet, främst inom Verksamhetsområde Vård (VO Vård), där studien haft sitt största fokus. Ett exempel är magnetteam bestående av sjuksköterskor och undersköterskor på vårdavdelningar som systematiskt utvecklar omvårdnaden och säkerställer att standarder fungerar. Ett annat exempel är ett nätverk för evidensbaserad omvårdnad, bestående av sjuksköterskor och barnmorskor med omvårdnadsledande tjänster (kompetenstege 5-7). Dessutom genomförde 20 sjuksköterskor och barnmorskor en uppdragsutbildning på Karolinska Institutet i evidensbaserad omvårdnad under hösten. Ett ramverk för omvårdnad – *Fundamentals of Care* – har introducerats med stöd av forskare och arbete med brett införande pågår.

Tydligaste resultaten finns att hämta inom rekryteringsläget av sjuksköterskor inom VO Vård som förbättrats betydligt samt i det stora engagemanget och stoltheten bland de som deltagit i Södertälje sjukhus resa mot att bli mer "magnetisk". Studien är nu avslutad men intresset att

fortsätta är stort, bland annat har verksamhetsområde Akut genomfört egen gapanalys med aktiviteter och andra verksamheter följer efter. Intresset har även visat sig genom flertalet förfrågningar om studiebesök, föredrag och konferenser. Fortsatt arbete med magnetmodellen finns med i sjukhusets verksamhetsplan för 2025.



## Patienten som medskapare

Södertälje sjukhus verksamhetsstrategi Agenda 2027 anger som ett långsiktigt mål att vi ska bedriva en personcentrerad vård med sammanhållna vårdförlopp, där vi strävar efter hög delaktighet, trygghet och egenansvar från patienterna. Både individens hälsa och sjukdom ska vara i fokus i patientmötet.



Patients och närståendes involvering i händelseanalysarbetet har förtydligats och lyfts fram som fokusfråga under året där deras input och förbättringsförslag värderats högt.

Inom ramen för *God och Nära vård* har dialogmöten hållits med patientföreningar och pensionärsföreningar och i utskrivningsprocessen är utgångspunkten personcentrerad vård (se nedan).

De synpunkter och klagomål som patienter och närstående framför till verksamheten muntligt, via 1177 och patientnämnden, är en värdefull källa till förbättringar av verksamheten. Detta beskrivs närmare under kapitel Stärka analys, lärande och utveckling.

Sjukhuset kommer under 2025 arbeta vidare med att skapa bättre förutsättningar för patientinvolvering på alla nivåer, i såväl det kliniska patientmötet som i förbättrings- och utvecklingsarbetet inom ramen för utskott patientinvolvering.

## God och Nära vård

I syfte att bidra till förflyttningen mot god och nära vård har styrgrupp god och nära vård Södertälje bildats. Deltagare i styrgruppen är Södertälje sjukhus, Södertälje kommun och SLSO primärvård samt psykiatri. Målbild för styrgruppen är "att tillsammans kunna ge en god och nära vård och omsorg där medborgaren befinner sig". En gemensam lokal samverkansöverenskommelse för Södertälje är framtagen och ska gälla 2024–2030.



### Utskrivningsprocessen

Sjukhusets utskrivningsteam arbetar med att sprida kunskap om utskrivningsprocessen och etablera välfungerande samverkansformer och gemensamma överenskommelser mellan alla aktörer som är involverade i utskrivningsprocessen. Detta för att öka förståelsen för hela vårdkedjans betydelse för en effektiv, säker och trygg övergång mellan slutenvården och hemmet för en personcentrerad vård. Ett samverkansprojekt är förstärkt utskrivning (FU) för sköra äldre som startade 5 mars 2024.

### Patientnöjdhet

Nationella Patientenkäten (NPE) ger oss viktig information om hur patienter och närstående upplever och uppfattar vården från ett kundperspektiv. Trots relativt låga svarsfrekvenser och långa intervaller mellan mätningarna (vartannat år) bidrar det till värdefull information och indikatorer på förbättringsområden. Under hösten 2024 skickades enkäter till patienter som besökt landets akutmottagningar och närakutmottagningar. Nedan följer en kort summering av sjukhusets resultat av patienters upplevelse av vården, i jämförelse med föregående mätning 2022:

- Bättre helhetsresultat har uppnåtts på samtliga dimensioner, både på närakuten och akuten.
- Informationen har förbättrats och arbetet med information om väntetider på TV-skärmar har gett effekt.
- Väntetiderna upplevs som kortare, vilket stämmer väl överens med de förbättrade ledtiderna på akuten.
- Bemötandet upplevs bättre, vilket tolkas som ett resultat av flertalet aktiviteter som genomförts inom ramen för verksamhetens nolltolerans mot dåligt bemötande.
- Smärtlindring upplevs något bättre, men ytterligare fokus behövs och en smärtlindringsstrategi är framtagen i verksamhetsplanen för 2025.

Flera avdelningar och mottagningar har också egna mätningar där patienten skannar en QR-kod för att delta och ge sina synpunkter. Ett beslut har tagits om automatiserade enkäter via 1177 till samtliga patienter och arbete med att hitta en tekniskt säker lösning där akutsjukhusen i Stockholm kan ingå pågår. Detta ska implementeras under 2025.

## Agera för säker vård

Södertälje sjukhus följer kontinuerligt upp verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Egenkontroller görs i första hand inom verksamheten genom uppföljning av avvikelser, klagomål och utfall i kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister samt genom journalgensomgångar och valideringar. Detta följs sedan upp vid månadsvisa uppföljningsmöten (MUM) med vd, chefläkare, HR-direktör och ekonomidirektör. Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsutfall följs därutöver regelbundet upp av sjukhusets ledningsgrupp, styrelse och av beställarna Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Varje år skapas en verksamhetsplan med mål för bland annat kvalitet och patientsäkerhet. Kopplat till detta skapas aktiviteter för att nå målen. Därefter anpassas de till enhetsnivå för att aktiviteterna ska bli så konkreta som möjligt.

Utförligare beskrivning av de verktyg som sjukhuset använder samt vad som följs upp, när uppföljning sker samt vem som utför uppföljningen, beskrivs i *Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet*.

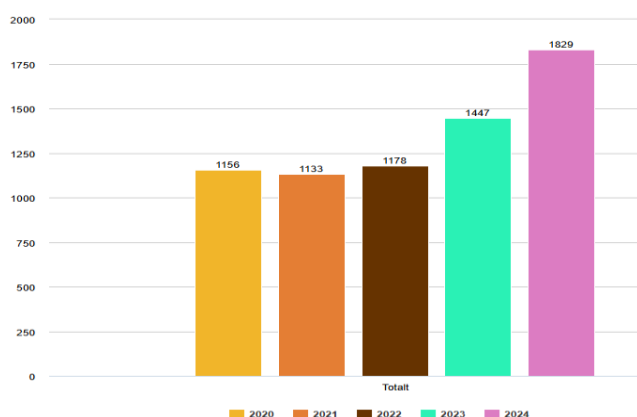
## Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

Genom identifiering, utredning och 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.



### Har vården varit säker

#### Antal rapporterade vårdavvikelser 2024



Rapporteringsbenägenheten av vårdavvikelser fortsätter att öka under 2024 med cirka 20 procent efter en tillfällig minskning under pandemiåren. Detta är fortsatt glädjande då rapportering av avvikelser är en förutsättning för att kunna arbeta med risker och lärande. I en god patientsäkerhetskultur bör rapporteringsbenägenheten vara hög.

## Fördelning avvikelsetyp, avvikelser handlagda 2024

Avvikelse handlagda	Antal 2024	Andel 2024	Antal 2023	Andel 2023
Risk	681	40 %	448	37 %
Tillbud	598	36 %	418	34 %
Negativ händelse	404	24 %	350	29 %
Totalt	1683		1216	

Vid analys av de avvikelser som hanterades under 2024 har andelen som berodde på en risk ökat jämfört med tidigare år, vilket är mycket glädjande. Att risker rapporteras i högre utsträckning tyder på en mer proaktiv och förbättrad patientsäkerhetskultur.

## Vanligaste orsaksområdena i vårdavvikelser på Södertälje sjukhus 2024

Klassificering/orsaksområde (av handläggare) år 2024	Totalt
Behandling/omvårdnad	460
Dokumentation/informationsöverföring	276
Utredning/bedömning/diagnos	255
Patientolycksfall	216
Läkemedel	173

Vilka som är de vanligaste förekommande orsaksområdena har legat konstant och följer i stort sett samma mönster som hos övriga vårdgivare.

Arbete pågår med att säkra processerna för att minska riskerna inom dessa orsaksområden, vilket beskrivs nedan i avsnittet *Säker vård här och nu*. De största patientsäkerhetsriskerna inom respektive verksamhetsområde framgår av VO bilagorna.

### Händelseanalyser

Händelser som kan ha medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada utreds och följs upp med händelseanalyser. Kunskap, systematik och engagemang i arbetet har fortsatt att öka. Syftet med risk- och händelseanalyser är alltid att förebygga vårdskada genom att föreslå åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar i framtiden. Arbetet ska bidra till en ökad säkerhetskultur, där risker och händelser diskuteras på ett konstruktivt sätt.

Under 2024 har 19 händelseanalyser genomförts och slutförts jämfört med 17 stycken under 2023.

Av dessa 19 händelseanalyser har 11 stycken lett till anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Antalet anmälningar enligt Lex Maria är väsentligen oförändrat jämfört med 2023 (12 stycken).

Exempel på händelser som har anmälts till IVO enligt Lex Maria 2024:

- Patient utvecklade trycksår
- Felordination av morfin
- Försenad diagnos brustet magsår

Att så stor andel som 11 av 19 händelseanalyser har lett till en Lex Maria-anmälan kan tyda på att tröskeln för att initiera händelseanalyser fortfarande är något hög. Under året har en ny förtydligad rutin avseende händelseanalyser tagits fram. Den ska tydliggöra roller och ansvar i arbetet för att säkerställa en jämnare kvalitet och ett gemensamt arbetssätt på sjukhuset. Målet är att få kortare handläggningstid från händelse till slutförd händelseanalys. Sjukhuset har



tyvärr fortfarande för långa handläggningstider, framför allt på grund av brist på medarbetare utbildade i metoden. Under året har läkares involvering i arbetet med händelseanalyser ökat. Sjukhuset har dock fortsatt endast ett fåtal läkare med utbildning och erfarenhet av händelseanalysmetoden, vilket ska förbättras under 2025.

Under 2024 har sjukhusets uppföljning av att fastställda åtgärdsplaner följs förtydligats och stärkts.

Riskområden som identifierats i händelseanalyser överensstämmer i mångt och mycket med riskområden beskrivna nedan under *Säker vård här och nu*.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

I stort sett påverkar alla sjukhusets arbetsprocesser patientsäkerhet och kvalitet, antingen direkt eller indirekt, exempelvis arbetsmiljöns påverkan på patientsäkerhet. Mål och mätetal följs i styrkort som bevakas på alla nivåer, från verksamhetsområdesnivå till sjukhusledning, styrelse och ägare. Aktiviteter och förbättringsarbeten är framtagna för att säkerställa måluppfyllelse.



Sjukhuset är väl representerat i regionala forum, såsom i kunskapsstyrningens olika Regionala Programområden (RPO) och Regionala Arbetsgrupper (RAG), vilket beskrivs under avsnittet om samverkan i denna text samt i VO-bilagor Verksamhetsområdeschefen för anestesi är ordförande i RPO, chefsjuksköterskan är vårdsakkunnig inom RPO Anestesi IVA, och chefläkaren är ledamot i den regionala samverkansgruppen för patientsäkerhet. Genom dessa nätverk har sjukhuset en god förankring och kännedom om regionala riktlinjer, vårdprogram och rutiner.

Sjukhuset implementerar ett flertal personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF), vilket är en del av den nationella kunskapsstyrningen. Vårdförloppsarbetet leds av utsedda styrgrupper och avrapporterar framsteg till vårdberedning sjukhusledning varje tertiäl.

Systematiken i arbetet, roller och ansvar framgår av *Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet*, som är förtydligat under 2024.

## Urval av processer och system

Process/system	Kommentar
Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF)	Verksamhetsövergripande arbete. Följs av styrgrupp samt rapporteras till sjukhusledning. Exempel sepsis, stroke, nydebuterad hjärtsvikt, vård i livets slutskede
Säker läkemedelshantering – ny tjänst med utlämning av smärtkit till nyopererade patienter inför hemgång	Smärtkiten är framtagna i samråd med operatörer och farmaceuter och finns i flera varianter utifrån ingrepp. Process övervakas och följs upp av läkemedelsråd som leds av sjukhusapotekaren.
Beslut om livsuppehållande behandling	Förbättrat resultat då detta varit ett fokusområde och sjukhusspecifik kvalitetsindikator. Palliativt råd inrättat
Hjärtlungräddning	HLLR-råd tar fram riktlinjer, beslutar om utrustning och rutiner samt följer kvalitetsindikatorer i HLLR-register
Antibiotika användning	STRAMA-grupp är inrättad, arbete pågår Följer arbetet med validering av infektionsverktyget
NRFit- Införande av internationell standard för säkra kopplingar av neuraxiala kopplingar (epidural, spinal, lumbalpunktion). Minskar risken för förväxlingar	Implementering har genomförts i samverkan med Region Stockholm för en säker övergång under samma tidsperiod. Lokalt följs process upp av avdelning PSK och sjukhusets Smärtenhet.

## 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.

### Riskområden

Några av de patientsäkerhetsrisker vi ser är väl kända och hanteras genom mätning av förekomst, förbättringsåtgärder och uppföljning. Det rör vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, undernäring, fall och läkemedel. Dessutom ser vi risker i form av diagnostiska fel och brister i följsamhet till nationella och regionala vårdprogram. De hanteras bland annat genom arbete med personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och standardiserade vårdförlopp, utbildning och falldiskussioner.

Ytterligare risker är otydligheter när patienten ska vårdas på högre vårdnivåer samt övergångar mellan vårdnivåer. Slutligen är risker med utlokaliserade patienter och överbelastningssituationer på sjukhuset uppmärksammade, vilket har lett till att en sjukhusövergripande, partsgemensam riskanalys genomförts för att förbättra både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Rutiner för att hantera ovanstående risker har förtydligats men arbetet kommer fortgå även under 2025.



Exempel på genomförda eller pågående riskanalyser:

- enheten för Logopedi genomfört riskbedömningar avseende risker vid akut omstyrning av personal från öppenvård till slutenvård
- riskbedömning akut brist på RingerAcetat
- riskanalys överbelastning på sjukhuset – partsgemensam slutfört arbete under 2024
- öppnande av akutvårdsavdelning (AVA)
- start av Södertälje Sjukhus Hemma – ny vårdform som startas 2025

### Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) för hela sjukhuset var 4,0 procent, vilket är en liten ökning jämfört med 2023 (3,6 procent), fördelat på 3,0 procent för akutsomatiska avdelningar inklusive BB/Förlossning och 9,7 procent för geriatriska avdelningar. Resultaten ligger under regionens mål för akutsomatisk vård (mindre än 4,2 procent) och visar att sjukhusets systematiska förebyggande arbete har effekt.

Uppföljning av VRI baseras på kontinuerlig mätning via Infektionsverktyget (IV), ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och visa information om VRI och antibiotikaanvändning. IV är kopplat till TakeCare för korrekt registrering, och underlaget används som stöd vid planerade aktiviteter för att minska VRI.

#### *Riskminimerande åtgärder:*

Sjukhuset fortsätter det kontinuerliga arbetet med förbättrande aktiviteter och insatser för att minska förekomsten av VRI, däribland tätt samarbete med Vårdhygien Stockholm, aktiva hygienombud samt flertalet utbildningar inom vårdhygienområdet.

Under året utökades samarbetet med Strama Stockholm, och den lokala Strama-gruppen fick stöd i sitt arbete med valideringar av registreringar i Infektionsverktyget (IV), vilket ökade till 699 valideringar, mer än en fördubbling jämfört med 2023. Valideringarna identifierade felregistreringar av VRI och SFI i samband med antibiotikaordination, och orsaken ansågs vara att definitionen för VRI enligt IV inte varit tillräckligt känd. Under 2025 planeras utökat samarbete med Karolinska sjukhusets infektionskonsulter, som kan stödja arbetet mot VRI och rätt val av antibiotika med hjälp av, bland annat, ökat antal antibiotikaronder. Samtliga introduktionsutbildningar som ges till läkare, AT-läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har vårdhygien på schemat. KAD-utbildning, PVK-utbildning och städutbildning samt certifieringsutbildning av hygienombuden genomförs kontinuerligt.

Punktprevalensmätning för basala hygienrutiner och klädregler utförs på samtliga avdelningar på sjukhuset två gånger per år. Egenkontroll för PVK med genombrottsmetoden har införts på vårdavdelningarna. Även dokumentationsgruppen där kliniska sjuksköterskor deltar har haft fokus på att kvalitetssäkra registreringarna genom att använda in- och utfarter i mätvärden (i TakeCare).

### Trycksår

Sjukhuset arbetar enligt regionalt vårdprogram ”Trycksår – förebyggande åtgärder och behandling” och sedan 2023 rapporteras endast resultat från kontinuerlig mätning via TakeCare till HSF. Tidigare har fokus varit andel riskbedömda/insatta åtgärder, men från 2024 rapporteras i stället andel patienter som förvärvat trycksår (kategori 2-4) under vårdtillfället vilket var 0,15 procent. Kvinnor har fler trycksår än män, både vid årets och föregående års mätning. Antalet patienter med trycksår är lågt i förhållande till tidigare punktprevalensmätningar (PPM). Därför genomfördes under hösten en PPM som visade på 3,7 procent trycksår vid tillfället för mätningen.

*Riskminimerande åtgärder:*

Samtliga vårdavdelningar har trycksår-förebyggande madrasser och sårvårdsmaterial är i hög utsträckning standardiserad på sjukhuset. Kunskap om betydelsen av förebyggande insatser, riskbedömning samt åtgärder ingår i introduktionsutbildningar som ges till nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor.

En ny metod för att hyra växeltrycksmadrasser implementerades under året. Metoden ger möjlighet att kunna erbjuda rätt madrass till riskpatienter snabbare.

Sårgruppen har under året haft regelbundna möten för såransvariga på avdelningarna. Ett vändschema har tagits fram och en rutin för sår har påbörjats.

Dokumentationsgruppen fortsätter att arbeta med dokumentation avseende trycksår. Internationella Trycksårsdagen uppmärksammas alltid i november, och sjukhusets sårombud och andra intresserade erbjuds utbildningsinsatser samt visning av sårbehandlingsprodukter på KTC. Aktiviteten är välbesökt och populär.

**Undernäring**

Risk för undernäring mäts kontinuerligt via Take Care som andel riskbedömda inneliggande patienter. Andelen riskbedömda patienter var 85 procent inom akutsomatiken och 95 procent inom geriatriken, båda resultaten i linje med föregående år.

*Riskminimerande åtgärder:*

Arbetet med att förbättra patienternas nutrition i syfte att förebygga undernäring kräver dels ett standardiserat arbetssätt, dels ett gott teamarbete med de involverade professionerna.

Nutritionsutbildning av dietist och logoped ingår numer i den obligatoriska introduktionen för nyanställd omvårdnadspersonal. Måltidens kvalitet och miljö påverkar patienters lust och vilja att äta och därför är dessa aspekter även viktiga för att minimera risk för undernäring.

IDDSI – ett internationellt klassificeringssystem för konsistensbestämning vid sväljningssvårigheter – infördes under hösten och implementering med utbildningsinsatser fortsätter under 2025.

Ett nytt matkoncept, där patienterna får större möjlighet att både välja vilken mat som serveras och vid vilken tidpunkt, introduceras under första kvartalet 2025.

**Fallskador**

Andel fall registreras kontinuerligt via TakeCare och är en ny kvalitetsindikator till HSF. Det totala antalet fall för helåret blev 326 patienter (2,9 procent) fördelat på 242 patienter utan skada och 84 patienter med skada. Antalet fall är högre för män än kvinnor.

*Riskminimerande åtgärder:*

Omvårdnadsronder – SEUPP – är implementerat som arbetssätt för att säkra patientens miljö i vårdrummet och bland annat minska risken för fall. Följsamheten till SEUPP har märkbart förbättrats genom vårdavdelningarnas systematiska arbete med Gröna Korset som egenkontroll.

En tvärprofessionell fallpreventiv grupp har under året arbetat med en fallpreventiv vecka tillsammans med närliggande kommuner (Södertälje, Salem och Nykvarn) och tagit fram utbildningsmaterial samt utformat en patientbroschyr för träning i hemmet. Den fallpreventiva gruppen kommer att fortsätta sitt arbete med ett lokalt tillägg till Vårdhandbokens rutin för fall och

fallprevention. Tillsammans med dokumentationsgruppen kommer en journalmall specifikt för fallincidenter att utarbetas.

Ett fallpreventivt projekt med artificiell intelligens och övervakning genomfördes 2023 med positiv effekt på minskning av antalet fall. Under projektet minskade antalet fall med 57 procent på två vårdavdelningar. Projektet resulterade dels i ett regiongemensamt beslut att upphandla system för AI-fallövervakning, dels i "publikens pris" på Regionen Stockholms Patientsäkerhetsdag.

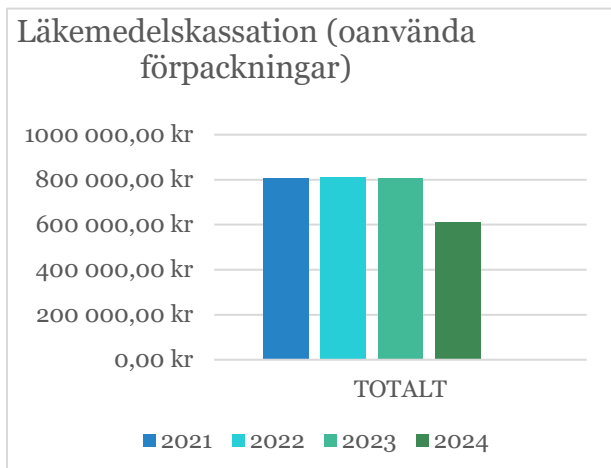
### **Läkemedel**

Under året har Läkemedelsenheten bidragit till fortsatt utveckling av viktiga processer för en säker läkemedelsförsörjning och hantering. Exempel på detta är beredskapslager för läkemedel; ökad läkemedelstillgång på sjukhuset genom optimering av lagernivåer samt bevakning av aktuella restsituationer och sjukhusövergripande licenser samt vätskevagnar för alla enheter för att öka tillgången till vätskor på enheten. Samtliga förbättringar förväntas att leda till ytterligare robusthet inom läkemedelsförsörjningen. Detta arbete underlättade hanteringen av akut leverensstörning inom vätskebehandling hösten 2024.

Konceptet med sällanförråd fortsätter att utvecklas och under året startades ytterligare ett sällanförråd på geriatriken, geografiskt placerat nära och med anpassat innehåll för geriatriska patienter. Sällanförråden har visad på goda effekter för att öka säkerheten inom läkemedelsförsörjningen samt påverkar kassationen i positiv riktning enligt nedan. Läkemedelsenhetens kontinuerliga arbete med att optimera lagerhållningen för läkemedel och sällanförrådets optimering visar även goda resultat på Kassationsmätning för oanvända läkemedel. Under 2024 kasserades läkemedel till ett värde av 600 tusen kronor, vilket är en sänkning med 200 tusen kronor jämfört med åren innan.

Läkemedelsrådet med representanter från samtliga kliniska verksamheter och sjukhusapotekaren hanterar övergripande frågor som berör läkemedel och läkemedelshantering. Möten med läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt regelbundna utskick som rör hantering av läkemedel har genomförts. Läkemedelsenheten deltar i flera av sjukhusets utbildningar där säker läkemedelshantering ingår.

Läkemedelsenhetens farmaceuter arbetar även med regionala uppdrag för Slutenvårdsdos och Beredskapslager. Sjukhusapotekaren representerar sjukhuset och/eller Regionen i olika upphandlingar, är sjukhusets representant i Strama Stockholm slutenvård och även adjungerade ledamot i Region Stockholms läkemedelskommitté. Under 2024 genomfördes även informationskampanj inför införandet av den nationella läkemedelslistan (NLL)



#### Resultat 2024:

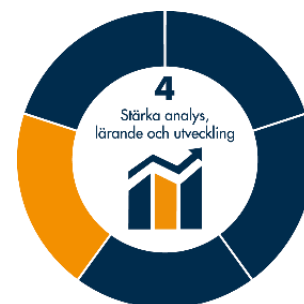
- Följsamheten till Kloka listan är fortsatt god, över 80 procent för recept.
- Följsamheten till upphandlade läkemedel uppgick till över 90 procent.
- Rapporterade läkemedelsavvikelser i HändelseVis har ökat jämfört med tidigare år. En positiv utveckling som bidrar till att uppmärksamma och förbättra riskområden. En del rapporterade avvikelser har berört läkemedelsordinationer, en del administreringen och iordningställandet. Arbetet med favoritordinationer är ett kontinuerligt arbete som fortsatte under 2024.
- Bristssituationer som till exempel acetylcystein eller för infusionsvätskor hanterades med god följsamhet till Regionens och/eller nationella rekommendationer genom ett nära samarbete mellan Läkemedelsenheten, läkemedelsansvariga läkare och läkemedelsansvariga sjuksköterskor
- ATC-kodsordning infördes i alla läkemedelsrum med större läkemedelsförråd.
- Alla vårdavdelningar arbetar med mobila läkemedelsvagnar
- Läkemedelsautomaten för akutmottagningen och beredskapslager installerades.

#### Fokusområden 2025:

- Säker ordination, iordningsställande och administrering.
- Farmaceutiskt kunskapsstöd till vårdavdelningar.
- Uppföljning förfyllda sprutor, slutna system för antibiotikahantering samt användandet av slutenvårdsdos.
- Fortsatt kassationsmätning av oanvända och utgångna läkemedel.
- Säkerställa omsättning av beredskapslagret och optimering av lagerhållning.

## 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.



### Avvikelser

Kunskap hos alla medarbetare och chefer om vikten av att rapportera identifierade risker, tillbud och negativa händelser är en förutsättning för en god säkerhetskultur. Information och utbildning är viktig, och målet är att utforma den utifrån behov, till exempel genom lättillgänglig information och länk till system. Det sker även genom digitala och fysiska utbildningar vid till exempel nyanställning och chefsuppdrag. Utbildning i avvikelshantering ingår i dagsläget vid allmän introduktion för AT-läkare, introduktion för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor samt i samband med chefsutbildning.

Hur vårdavvikelse rapporteras och handläggs samt roller och ansvar i denna process framgår av Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet.

Under 2024 genomfördes initiativet "HändelseLyftet", ett strukturerat program med syfte att höja kunskapen och tryggheten kring handläggning av avvikelser hos handläggare och chefer. Programmet genomfördes under våren, där lokal förvaltare av avvikelssystemet och chefer samlades varannan vecka för att gemensamt diskutera och arbeta med olika avvikelser. Cheferna ombads ta med avvikelser från sina verksamheter för att lyfta och diskutera i grupp. Syftet var att skapa en plattform för gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte utöver fokus på lärande i både grundläggande och avancerade funktioner i systemet HändelseVis.

### Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående kommer från Patientnämnden, via IVO och som enskilda klagomål. För systematisk hantering ska de muntliga klagomål som framförs under vårdtiden på sjukhuset registreras som en avvikelse i den verksamhet där de framförts. En relativt stor andel av synpunkter och klagomål berör flera än en verksamhet. Chefläkare utser en huvudansvarig som besvarar ärendet efter att ha inhämtat synpunkter från samtliga berörda. När ärenden leder till händelseanalyser görs patient och/eller närstående alltid delaktiga i analysen, om inga särskilda hinder finns. Även vid de klagomålsärenden som inte leder till händelseanalys ansvarar verksamhetschefen för att själv, genom annan chef eller lämplig medarbetare, ta personlig kontakt med patienten/närstående.

Varje verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och analysera klagomål och synpunkter som inkommit. Chefläkare tar del av samtliga yttranden som lämnas när klagomål och synpunkter inkommit via 1177, Patientnämnden, IVO, patientvägledare eller på annat sätt till sjukhuset.

Antal klagomål från enskilda till IVO är oförändrat jämfört med 2023. Ärenden via Patientnämnden har ökat, under 2023 såg vi en nedgång jämfört med tidigare så är lite oklar vad den beror på. Övriga synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga via 1177 har fortsatt öka jämfört med 2023, en trend som pågått under ett antal år. Detta är en önskvärd utveckling då vi under de senaste åren har arbetat för att de ska kontakta oss som vårdgivare direkt så att vi snabbare kan reda ut frågorna. Under 2025 planeras en utveckling av patientvägledningen på sjukhuset så att vi bättre kan stötta dessa patienter och ta vara på deras värdefulla återkoppling.

	Antal ärenden 2024	Antal ärenden 2023	Källa
Patientnämnden	105	81	PaN
IVO- enskild anmälan	11	11	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	190	125	HändelseVis

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Sjukhusets planering av det robusta sjukhuset

Sjukhusets kontinuitets- och krisplan ger vägledning till chefer och medarbetare vid en särskild eller extraordinär händelse såsom störning eller avbrott som rör det robusta sjukhuset. Det kan till exempel handla om IT-avbrott, störning eller avbrott i ström- och vattenförsörjning, brand eller liknande som berör många. För sådana situationer finns handlingsplaner för första åtgärd och/eller kontakt, kopplade till samtliga identifierade risker. Varje verksamhet har också reservrutiner för det som berör det egna området.



Sjukhuset genomför regelbundet Risk och Säkerhetsanalyser (RSA) enligt fastställd metod. För de risker som identifierats och skattats högt så tas handlingsplaner fram. Under 2024 så har arbetet med beredskap och robusthet intensifierat utifrån det förändrade världsläget.

Som en del i sjukhusets nya forum för styrning och ledning så har även ansvar och roller rörande robusthet, kontinuitet och beredskap förtydligats.



### Obligatoriska kommittéer med utskott rapporterar direkt till Sjukhusdirektör/SLG



Sjukhuset lämnar varje år en separat verksamhetsberättelse för den katastrofmedicinska beredskapen till Enheten för Katastrofmedicinsk Beredskap (EKMB) inom Region Stockholm.



## Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Södertälje sjukhus fortsätter arbetet enligt sjukhusets strategi agenda 2027 med målet att verksamheten och alla medarbetare alltid bedriver arbetet i enlighet med vår värdegrund: *Patienten först, Varje medarbetare gör skillnad, Engagemang för helheten, Kvalitet*

För att uppnå detta behöver vi fortsätta arbeta med de grundläggande förutsättningarna.

### Ledning och styrning

- Förenkla vägen till rätt kunskapsstöd och aktuella rutiner och *riktlinjer*
- Fortsätta implementera modellen med Forum för styrning och ledning med tillsättning av roller och tydliga uppdrag för respektive utskott
- Förbättra visualisering och uppföljning av kvalitets-, patientsäkerhets- och förbättringsarbete
- Förtydligande och samordning av uppdrag och roller i patientsäkerhetsarbetet
- Fortsatt utveckling av uppföljning av beslutade åtgärder från risk och händelseanalyser
- Förbättra förutsättningar för patientmedverkan
- Utveckla samverkan med kommunerna och primärvården i närområdet vidare

### Patientsäkerhetskultur

- Stärka patientsäkerhetskulturen genom proaktivt arbete med bland annat fler riskanalyser.
- Genomföra säkerhetskultur workshop/diskussioner på enheterna ledd av chefläkare
- Ökad följsamhet till rutin för handläggning av avvikelser
- Skapa förutsättningar för en tillitsorienterad organisation
- Ge ökade förutsättningar för kollegialt stöd

### Kunskap och kompetens

- Implementera kloka kliniska val och minska lågvårdevård
- Förbättra förmågan att attrahera och rekrytera
- Stärka STS strategiska satsningar inom kompetensutveckling
- Implementera magnetmodellen på hela sjukhuset
- Motverka vårdrelaterade infektioner och utbredningen av multiresistenta bakterier genom utökat samarbete med Infektionskliniken Karolinska sjukhuset
- Utbilda fler medarbetare i metoderna riskanalys och händelseanalys så att dessa kan genomföras så snart behov uppstår och slutföras i tid
- Riktad satsning för att få med fler utbildade läkare i händelseanalys arbetet
- Stärka det medarbetardrivna förbättringsarbetet med framtagande av ett fåtal standardmetoder och verktyg för förbättringsarbete och implementeringar på Södertälje sjukhus.
- Förbättra omvårdnads kvalitet genom fortsatt arbete med magnetmodell och omvårdnadsorganisation

## Patienten som medskapare

- Skapa utskott för samordnat arbete med patientinvolvering på sjukhuset på samtliga nivåer
- Undersöka möjligheter ett patient-närstående råd på sjukhuset
- Vidareutveckla patientvägledning och omhändertagande av synpunkter och klagomål

En fortsatt utmaning är att hitta tid och energi för förbättrings- och utvecklingsarbete, samtidigt som vi möter den höga efterfrågan på vård i rätt tid. Fokus under 2025 måste därför vara att underlätta för fler att delta i detta viktiga arbete genom att tillhandahålla tydliga och enkla verktyg, rutiner, kommunikationsvägar och andra stödjande åtgärder. Det är av största vikt att medarbetarna driver förbättringsarbetet för att hitta de smarta och effektiva vägarna framåt.

Sjukhusets arbete med beredskapsfrågor, kontinuitet och robusthet kommer under 2025 att prioriteras högt för att säkerställa god och patientsäker vård, trots en osäker och föränderlig omvärld.

För detaljerade mål och åtgärder se respektive verksamhetsområdes kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.