

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus



Februari 2026

Ansvariga för innehållet:

Annica Ahl, chefläkare

Lena Swedberg, chefsjuksköterska

Karin Sämskar Brandt, verksamhetsutvecklare patientsäkerhet och kvalitet

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 (se även i figur):

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- 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”

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
ENGAGERAD LEDNING OCH TYDLIG STYRNING.....	5
<i>Övergripande mål och strategier</i>	<i>5</i>
<i>Organisation och ansvar.....</i>	<i>5</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	<i>6</i>
<i>Informationssäkerhet.....</i>	<i>5</i>
<i>Strålsäkerhetsarbete.....</i>	<i>7</i>
EN GOD SÄKERHETSKULTUR.....	7
<i>Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE).....</i>	<i>8</i>
ADEKVAT KUNSKAP OCH KOMPETENS	9
<i>Yrkeskompetens för säker vård - ges på KTC</i>	<i>10</i>
<i>Magnetmodellen – för en säker omvårdnad.....</i>	<i>11</i>
PATIENTEN SOM MEDSKAPARE	13
<i>God och Nära vård</i>	<i>13</i>
<i>Utskrivningsprocessen</i>	<i>14</i>
<i>Patientnöjdhet.....</i>	<i>14</i>
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR FÖR LÄRANDE OCH FÖRBÄTTRINGAR.....	15
<i>Har vården varit säker.....</i>	<i>15</i>
<i>Händelseanalyser</i>	<i>16</i>
TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER	17
SÄKER VÅRD HÄR OCH NU	19
<i>Riskområden.....</i>	<i>19</i>
<i>Vårdrelaterade infektioner (VRI)</i>	<i>19</i>
<i>Trycksår</i>	<i>20</i>
<i>Undernäring</i>	<i>20</i>
<i>Fallskador</i>	<i>21</i>
<i>Läkemedel</i>	<i>22</i>
STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING.....	22
<i>Avvikelse</i>	<i>22</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>23</i>
ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP	24
<i>Sjukhusets planering av det robusta sjukhuset.....</i>	<i>24</i>
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SEPARATA BILAGOR

- Strålsäkerhetsbokslut
- Kvalitetsindikatorer, resultat 2025
- 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

Forum för ledning och styrning som implementerades under 2024 har under 2025 vidare utvecklats. Under kommitté Patientsäkerhet och Kvalitet finns utskott som arbetar med de största patientskadeområdena. Systematik kring avrapportering och uppföljning av arbetet är implementerat. Under året har också visualisering av bland annat kvalitetsdata i systemet QlikSense vidareutvecklats och tillgängliggjorts för fler medarbetare.

Patientsäkerhetskultur

Sjukhuset har fortsatt med temadagar inom konceptet *Team för säker vård* där fokus är att stärka samsyn och samarbete inom teamet. Patientsäkerhetskulturmätning (HSE) är genomförd i samband med medarbetarundersökning. Resultatet var likvärdigt med tidigare år. Den uppdaterade patientsäkerhetskulturtrappan är ett verktyg som använts för att arbeta vidare med resultatet. Sjukhuset har vidareutvecklat arbetet med riskbedömningar med helhetssyn avseende arbetsmiljö och patientsäkerhet, något som behöver utvecklas ytterligare under kommande år.

Kunskap och kompetens

Utbildningar i kvalitet och patientsäkerhet har hållits på alla nivåer inom sjukhuset. Fler medarbetare har utbildats i metoden händelseanalys under våren utfördes en riktad utbildning för läkare och under hösten genomfördes utbildning för blandad medarbetargrupp. 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 -kompetens, vilket båda stärker patientsäkerheten. Strukturer för arbete inom nationella kunskapsstyrningen med personcentrerade standardiserade vårdförlopp har förtydligats ytterligare. I samband med inflytt i nya lokaler så har simuleringsövningar gjort för att skapa samsyn i arbetssätt och främja patientsäkert arbete.

Patienten som medskapare

I samband med patientsäkerhetsutbildningar för tex ST-läkare lyftes metoden *Safety netting* för att öka patientens möjlighet att bidra till säker vård. Sjukhusets patientvägledningsfunktion och hantering av synpunkter och klagomål har reviderats efter att nytillsatt verksamhetsutvecklare med sjuksköterskekompetens fått särskilt ansvar. Förarbete inför tillskapande av patientnärståenderåd har inletts. Inom ramen för arbete med Kloka kliniska val så har vikten av att patientens personliga önskemål och förutsättning som underlag för medicinska beslut betonats

De viktigaste prioriterade åtgärderna för Södertälje sjukhus 2025

- Slutföra implementering av koncept för styrning och ledning med stärkt medarbetardeltagande och utveckla det systematiska arbetet i största vårdskadeområden
- Fler medarbetare från alla professioner utbildade i metoden händelseanalys
- Förbättra förutsättningar för patientmedverkan
- Implementera kloka kliniska val och minska lågvärdevård
- Förbättrad visualisering och uppföljning av kvalitets-, patientsäkerhetsarbete
- Stärka patientsäkerhetskulturen genom proaktivt arbete med bl.a. fler riskanalyser.
- Utveckla samverkan med kommunerna och primärvården i närområdet vidare
- Fortsatt implementering av kompetensstegar
- Stärka STS strategiska satsningar inom kompetensutveckling
- Stärka sjukhusets förmåga till 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 och 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 verksamhetsspecifik nivå.

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

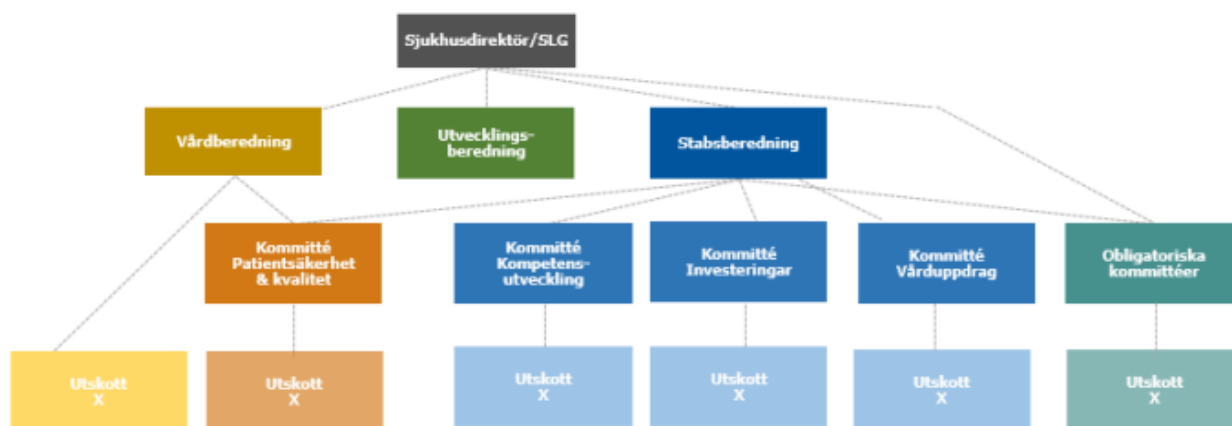
Sjukhusets sjukhusövergripande riktlinje Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet beskriver ansvar, roller, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet.

Under 2025 så har arbete med tydligare och mer lättillgänglig uppföljning av sjukhusets resultat med visualiseringsverktyget QlikSense vidare utvecklats.

Organisation och ansvar

Sjukhusdirektör 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 (avd. 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 2025 har sjukhusets koncept för styrning och ledning för fungerade forum där arbetet sker målinriktat, strukturerat och följer ett grundläggande regelverk som skapar systematik i arbetet vidare utvecklats. 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 2025 driftsattes utskott för övergripande frågor patientsäkerhet och kvalitet likväl som utskott specialiserade på de stora patientskadeområdena. Utskotten samlar bred kompetens för sjukhusets verksamhetsområden och professioner och har till uppdrag att ta se till att sjukhuset skapar förutsättningar för god och patientsäkervård inom respektive uppdragsområde. Det görs genom att utskottet håller sig uppdaterad inom området, ser till att rutiner och sjukhusövergripande riktlinjer finns och följer upp följsamhet, utfall, risker och avvikelser. Utskotten rapporterar regelbundet till kommitté patientsäkerhet och kvalitet enligt strukturerad mall. Under nästkommande år kompletteras med utskott som ska arbeta för mer sammanhållet arbete avseende patientinvolvering på sjukhuset.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Internt på sjukhuset så sker samverkan mellan de processorienterade och resursorienterade verksamhetsområdena på ett flertal nivåer, bland annat i vårdberedningen som leds av chefläkare och där samtliga verksamhetsområdeschefer och chefsjuksköterska ingår och bereder gemensamma frågor. Under denna beredning så finns tvärprofessionella utskott som arbetar med operativa processen, trauma, införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp mm.

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. T.ex har verksamheterna representanter i regionens kunskapsstyrningsorganisation (RPO) och i regionala och nationella nätverk.

Informationssäkerhet

Arbetet med informationssäkerhet bedrivs enligt Region Stockholms styrande dokument Policy för verksamhetsskydd samt Riktlinjer för informationssäkerhet, baserade på standarderna i SS-ISO/IEC 27000-serien. Aktiviteter inom informationssäkerhet framgår av den årliga handlingsplanen och årshjulet, vilka utgör en del av sjukhusets systematiska informations-säkerhetsarbete.

Sjukhuset använder regionens fastställda compliance-process för att genomföra riskbedömningar av verksamhetskritiska IT-system och verksamheter samt inför införande av nya informations-behandlande system. Vid upphandlingar krävs potentiella leverantörer i enlighet med Region Stockholms informationssäkerhetskrav.

Under 2025 genomfördes GAP-analyser av tre skyddsvärda IT-system samt tre verksamheter. För dessa har riskanalyser, dokumenterade åtgärder och genomgångar vid arbetsplatsträffar (APT) genomförts kopplat till verksamhets-compliance. Identifierade risker har hanterats inom ramen för sjukhusets risk- och sårbarhetsanalys (RSA) med tillhörande åtgärdsplaner, och uppföljning sker genom årlig revision.

Under året infördes informationshanteringsverktyget IRIS från iFacts, vilket ersatte den tidigare Complianceportalen. Införandet genomfördes i syfte att modernisera och strukturera arbetet med informationssäkerhet och compliance genom ett mer sammanhållet systemstöd. IRIS används för att samla och följa upp riskbedömningar, GAP-analyser, åtgärdsplaner och andra aktiviteter kopplade till verksamhetens informationssäkerhetsarbete, vilket bidrar till förbättrad spårbarhet, uppföljning och en mer enhetlig hantering av informationssäkerhetsrelaterade processer.

I oktober 2025 tillträdde en ny informationssäkerhetssamordnare med ansvar för att vidareutveckla och samordna verksamhetens informationssäkerhetsarbete.

Som ett led i att stärka säkerhetsmedvetenheten i organisationen initierades arbetssättet ”Månadens informationssäkerhetsfakta”, där informationssäkerhetssamordnaren varje månad publicerar aktuella nyheter och vägledning på intranätet kopplat till informations- och IT-säkerhet.

Informationssäkerhetssamordnaren inom ASN har under året även arbetat för att stärka samverkan, erfarenhetsutbyte och gemensam utveckling av informationssäkerhetsarbetet mellan sjukhusen inom akutsjukhusnämnden, i syfte att bidra till en mer enhetlig och robust hantering av informationssäkerhetsfrågor.

Strålsäkerhetsarbete

(se separat Strålsäkerhetsbokslut 2025)

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en 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: övergripande kvalitetsengagemang, prioritering av patientsäkerhet, benägenhet att rapportera händelser, avvikelshantering, lärande organisation, kommunikation av patientsäkerhetsfrågor, patientsäkerhet och arbetsmiljö, utbildning och träning kring patientsäkerhet.

Hur sjukhuset arbetat med dimensionerna framgår under respektive avsnitt för fokusområde nedan. Övergripande har fokus under 2025 för dimensionerna övergripande kvalitetsengagemang och prioritering av patientsäkerhet varit att implementera 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 sjukhusets arbete med att införa Magnetmodellen, vilket beskrivs mer nedan. Arbete för att bredda tillämpningen av det medarbetardrivna strukturerade förbättringsarbete som etablerats inom denna studie till fler verksamheter och professioner kommer att fortgå under 2026.

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. Alla inskickade Lex Maria-ärenden publiceras på intranätet för ökat lärande. Multiprofessionellt möte för kliniskt verksamma ledare Team för säker vård är etablerat med sex möten per år, med olika patientsäkerhetsteman.

Sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har lyfts fram tydligare bland annat genom fastställd riskbedömningsrutin med integrerad analys av risker avseende såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet. Arbete med implementering och spridning av denna rutin har fortgått under året men ytterligare arbete återstår tills rutinen satt sig och blivit en självklarhet i alla förändrings- och utvecklingsarbeten. Sjukhuset arbetar även med Gröna korset – ett verktyg för att systematiskt lyfta arbetsmiljö och patientsäkerhetsfrågor i medarbetargruppen i realtid.

Aktiviteter avseende dimensionen utbildning och träning kring patientsäkerhet bestod under 2025 var flera. Praktisk träning och utbildning ingår i de obligatoriska yrkesintroduktioner som ges via sjukhusets Kliniska Träningscentrum (KTC) (beskrivs mer utförligt under avsnitt adekvat kompetens) och dels av riktade utbildningar. En workshop avseende patientsäkerhetskultur och negativa händelser med utgångspunkt från Socialstyrelsens och Chefläkarnätverkets material har hållits med medarbetargrupper. Under 2025 har också introduktionsutbildning i händelseanalysarbete hållits för analysteammedlemmar. Under våren 2025 gavs en riktad insats för att få fler läkare delaktiga i arbete; under hösten genomfördes utbildning för en blandad grupp. Totalt utbildades cirka 20 medarbetare.

För fler exempel på vad som gjorts på sjukhuset under 2025, se VO bilagor.

Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)

Sedan många år ingår 11 regionsgemensamma frågor avseende säkerhetskultur, Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE), 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 2025 till 76,6. Detta index visar små variationer mellan åren och ligger i samma nivå som Region Stockholms 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. Under året publicerades en uppdaterad version av patientsäkerhetskultur trappan, där kopplingen till HSE-frågorna tydliggjordes. Verksamheterna uppmuntrades att använda detta verktyg i sitt arbete med HSE.

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.

	Värde	2025 - OSA Region Stockholm	2024 - OSA Södertälje sju...
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	4	3.9	3.9
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	4	4	4
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	3.9	4	3.9
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	3.8	3.7	3.7
Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	4.5	4.5	4.4
Jag vågar prata om mina misstag	4.5	4.5	4.3
Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	4.2	4.3	4.2
På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	3.9	3.8	3.8
På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	3.9	3.9	3.8

HSE tillägsfrågor (ingår inte i HSE-index)

	Värde	2025 - OSA Region Stockholm	2024 - OSA Södertälje sju...
Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats	4	4.1	3.9
På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete	3.5	3.3	3.5

Adekvat kunskap och kompetens

Adekvat bemanning med rätt kompetensmix samt fungerande kompetensförsörjning är av yttersta vikt för att kunna bedriva patientsäker vård. Att stabilitet i personalgrupper med erfarna medarbetare tillgängliga för stöd till yngre kollegor har positiva effekter på såväl patientsäkerheten som arbetsmiljön är väl känt.

Sjukhusets arbete med att öka andelen egenanställda medarbetare och minska antalet konsulter fortsätter med oförminskad kraft och glädjande kan vi notera att arbetet har effekt med en mycket hög andel kvarstannande, sjuknande sjuktal och minskande övertidstimmar.

För att upprätthålla en god säkerhets- och förbättringskultur är det viktigt att alla medarbetare får en allmän kunskap som bas; både vad gäller kunskap om de lagar och regelverk som styr vårdens kvalitet och säkerhet men även på vilket sätt som sjukhuset och dess medarbetare arbetar systematiskt med dessa viktiga frågor. Anpassade föreläsningar inom området patientsäkerhet och kvalitet ges kontinuerligt 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

I sjukhusets systematiska arbete för en hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö är yrkesintroduktioner och kompetenshöjande insatser prioriterade.

På KTC (Kliniskt träningscentrum) samlas resurser och kompetens inom klinisk vård, pedagogik och simulering för att ge medarbetare goda möjligheter till ett kontinuerligt lärande. Samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor erbjuds professionsspecifika fysiska introduktionsprogram med fokus på säkra arbetssätt. För att stärka teamarbetet speglas programmen med stort fokus på standardiserade arbetssätt inom t.ex. akut omhändertagande, läkemedelshantering och infektion/hygien.

I programmen varvas föreläsningar kring viktiga rutiner med praktiska inslag och simulering. Nya grupper tillkommer och under året har även transportörer samt elever och studenter fått anpassade introduktioner. Totalt deltog ca 250 medarbetare och elever/studenter i programmen som är uppskattade och utvärderas positivt.

Därutöver deltog ett 30-tal sjuksköterskor i programmet för nyutexaminerade som ökat från en termin till två. Där ges tid till både fördjupningar av omvårdnadskunskap, dialoger kring nya rollen genom reflektion samt praktisk träning genom simulering. Hot och våld berörs genom träning i VR-miljö.

Under 2025 skapades, genomfördes och utvärderades ett nytt kompetenshöjande terminslångt program för undersköterskor. Programmet kommer att ges fortlöpande. En mängd andra kompetenshöjande aktiviteter har genomförts; hjärtlungräddning, instruktörskurser och diplomering av nya hygienombud för att nämna några. Riktade kurser utifrån verksamheternas behov är i ständig fokus där simulering inför flytt till nya geriatriska vårdavdelningar samt munvårdskurs i samarbete med Folktandvården är två exempel.



Flyttssimulering, geriatriken

Hjärtlungräddning (HLR) och teamträning

Under 2025 har målet att 70 procent av personalen på sjukhuset genomgått HLR-utbildning uppnåtts. Bakom siffror ligger systematiskt arbete som leds av sjukhusets HLR-koordinator. Sjukhuset har i dag cirka 60 instruktörer inom de HLR-discipliner som är relevanta för uppdraget och dessa instruktörer utbildar kollegor på de egna enheterna.

För att säkerställa att utbildningsmålet nås kompletterar centrala utbildningar via KTC inom alla HLR-discipliner. Under året har KTC utbildat 170 medarbetare i grund- och repetitionsutbildningar. Därutöver har 12 nya S-HLR instruktörer utbildats, varav flera ska vidareutbildas till instruktörer i A-HLR.

Interprofessionella teamövningar har genomförts där såväl kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor som – studenter har tränat akuta situationer tillsammans. ”Larmet går”, dvs. träning i verklig vårdmiljö med syfte att höja verklighetsförankringen och träna i rätt miljö, har genomförts på flera vårdavdelningar. ”Larmet går” har genomförts främst på de enheter med många hjärtstopp men även på enheter där avvikelser identifierat brister i arbetssätt.

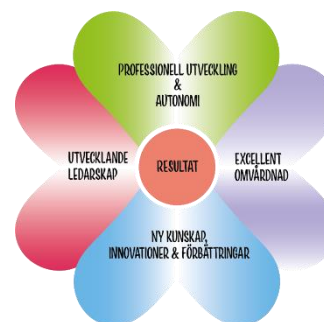
Simuleringskompetensen och aktiviteten är generellt stor på sjukhuset. Förlossningen tränar regelbundet hela teamet kring den födande kvinnan i formatet "Concept for Patient Simulation (CEPS)". Simuleringarna syftar till att utöver att följa de medicinska riktlinjerna optimera patientomhändertagandet genom fokus på teamarbete och ledarskap. Även akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen har fokuserat på, och under året utökat sin teamträning i olika verksamhetsanpassade utbildningskoncept.



Magnetmodellen – för en säker omvårdnad

Inför verksamhetsåret 2025 beslutade sjukhusets ledningsgrupp att samtliga delar av sjukhuset ska arbeta med införandet av Magnetmodellen. Arbetet är inskrivet i verksamhetsplanen under aktivitetsområdet "Magnet för STS".

Under året har samarbetet med vårt tvillingsjukhus, Summa Health System i Ohio, USA, fortsatt. Samarbetet har bland annat omfattat frågor rörande de kvalitetsindikatorer som ska följas av ett magnetsjukhus samt utvecklingen av ett evidensbaserat omvårdnadsråd, ett så kallat *evidence-based practice council*, vilket utgör ett krav för magnetcertifierade sjukhus.



Sjukhusets evidensbaserade omvårdnadsråd (EBO) har under året arbetat med införandet av *Fundamentals of Care* samt tagit fram en plan för införandet av sjukhusets egen omvårdnadsmodell. Flera medarbetare från Södertälje sjukhus deltog vid den nationella konferensen för *Fundamentals of Care* i Karlstad under året.

Första linjens chefer deltog under våren i det nyinrättade forumet "Magnetforum för chefer". Syftet med forumet är att stärka chefers kunskap om Magnetmodellen samt att möjliggöra diskussion och beslut om de delar av modellen som är specifikt riktade till chefskapet.

I juni representerade chefssjuksköterska och verksamhetsutvecklare sjukhuset vid Magnet4Europe Network Conference i Helsingfors, både som talare och i paneldiskussion. Vid konferensens posterutställning tilldelades Södertälje sjukhus första pris för postern "Our magnet journey toward excellent nursing".

Sjukhusdirektör Anna Gerber Ekblom deltog under Almedalsveckan i Svensk sjuksköterskeförenings seminarium "Bidrar Magnetmodellen till en effektiv och hållbar sjukvård för regioner och kommuner?". Bland övriga medverkande fanns sjukhusdirektören för Karolinska Universitetssjukhuset, region Skånes chefsjuksköterska samt Socialstyrelsens generaldirektör.

Under året tecknades avtal med Press Ganey, en amerikansk databas för kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Databasen kommer att möjliggöra jämförelser med andra sjukhus avseende omvårdnadskvalitet.

Både sjuksköterskans dag och undersköterskans dag uppmärksammades under året, med fokus på att synliggöra yrkesrollerna samt lyfta fram de möjligheter och fördelar som professionerna innebär.

Magnet4Europe-konferens Helsingfors, juni 2025

Södertälje Sjukhus

Our Magnet Journey Toward Excellent Nursing

1. Introduction
Södertälje hospital joined Magnet4Europe 2022 as the fourth Swedish hospital and received a lightly shortened project plan. Summa Health System, Ohio USA became designated winning partner with invaluable support. During the study period (2022-2024), improvement areas were identified and projects - Magnet activities - were started. Some of the activities are already shown success and Södertälje hospital now prepares for its next step on the magnet journey.

2. Magnet4Europe study results
Our nurses scored high on engagement!

- Nurse engagement increased (65% to 79%)
- Job satisfaction increased (23% to 53%)
- Recommending hospital to colleagues increased (32% to 60%)
- Intention to leave decreased (35% to 20%)

JAF-analysis*
Total score increased (2.0 to 2.2)
Survey and Gap analysis 1 (2022) & 2 (2023)

Södertälje hospital

- One of five acute hospitals in Region Stockholm
- Employees 1 400
- Registered nurses, 450
- Licensed practical nurses 330
- Population base 227 000
- Inpatient beds 190

3. Our successful Magnet activities

- Professional Development**
Program for newly graduated nurses
Hygiene diploma program for nurses
Competence ladder
- Shared Governance**
• Nursing councils, unit & hospital level
• Evidenced based practice council
• Magnet forum for nurse managers
- Patient Safety & Quality**
• SEUPP & Green Cross for daily check
• Realtime data - NSQI
• Framework for nursing care

4. Positive results - this far
Turnover rates coming down
New nurses feel more safe and prepared
Nurses engaged and proud of their work
More focus on patient safety, quality and evidenced based practice

Pain Assessment - Geriatric Inpatient

5. Next step - Start our process to become Magnet designated!
Approved by hospital board (Q1 2025)
Contacts taken with ANCC (Q1 2025)
License with vendor for benchmarking in place (Q2 2025)
Great support from our binning partner Summa Health!

"The partnership between Summa Health and Södertälje Sjukhus has been invaluable. We enjoy providing guidance and strategies to assist Lena and her team, lead their organization to becoming a Magnet Designated Hospital. We look forward to celebrating their successes!"
- Summa Nursing Leadership Partners

Contacts:
Lisa Havelberg, RN, PhD, Chief Nursing Officer
lisa.havelberg@regionstockholm.se
Andreas Pettersson, RN, Quality Manager
andreas.pettersson@regionstockholm.se

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.



Patienter 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 patient- 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. Under 2025 så har detta arbete vidare utvecklats då sjuksköterska fått uppdraget som ansvarig för patientvägledning och övergripande analys. Detta beskrivs närmare under kapitel Stärka analys, lärande och utveckling.

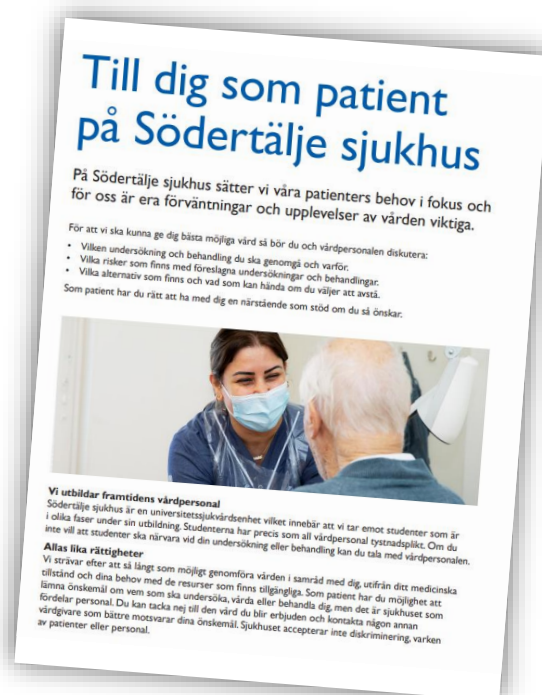
Även i det kliniska mötet så är det av största vikt att patientens ställning som medskapare i sin egen vård stärks. I sjukhusets patientsäkerhetsutbildningar för bland annat ST-läkare så ingår konceptet Safety netting där patientens förmåga att säkra uppföljning av vården stärks. I arbetet med kloka kliniska val så betonas betydelsen av patientens önskemål och hela livssituation i valet av behandlingsstrategi.

Sjukhuset tog under året fram informationsmaterial avseende vilka förväntningar patienten kan ha på sjukhuset samt hur de vilka frågor de bör diskutera med personalen. Detta för att patienternas delaktighets skulle stärkas.

Förarbete har gjorts för att Utskott patientinvolvering ska startas under 2026 med uppdrag att skapa bättre förutsättningar för patientinvolvering på alla nivåer i såväl det kliniska patientmötet som i förbättrings och utvecklingsarbetet inom ramen för utskott patientinvolvering. En delaktivitet för utskottet blir att starta ett patient- och närstående råd.

God och Nära vård

I syfte att bidra till förflyttningen mot god och nära vård finns styrgrupp God och nära vård Södertälje. 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 som 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.

Under mars 2024 till 31 december 2025 genomfördes ett samverkansprojekt, "Förstärkt utskrivning (FU)" för sköra äldre. Syftet med projektet var att öka tillgängligheten till vård, minska återinläggningarna och förbättra vårdövergången från slutenvården till öppenvården för patientgruppen.

Återinläggningarna för patientgruppen visade sig vara svårt att minska, dels på grund av att patienterna var sköra och behövde resurser från akutsjukhuset som inte kunde tillgodoses i hemmet, dels då antalet patienter som var inskrivna i FU under projektet var för få i jämförelse med totala inskrivningar på geriatriken. En del av utvärderingen för projektet var genom patientenkäter som patienterna fick besvara vid utskrivning från FU. Patienterna upplevde god tillgänglighet till vård under tiden de var inskrivna i FU. Samtidigt framkom behov av tydligare information samt ökad delaktighet i utskrivningsprocessen från slutenvården.

Projektet har bidragit till ökad samverkan mellan sjukhus, kommun och primärvård samt identifierat utvecklingsområden i utskrivningsprocessen. Dessa förbättringsområden kommer att fortsatt arbetas med under 2026.

Patientnöjdhet

Patienternas och deras närståendes synpunkter och erfarenheter är en ovärderlig resurs och deras upplevda vård ger värdefull information och indikatorer på förbättringsområden. Det finns i dag förvisso olika sätt för patienter att bidra med sina synpunkter, men metoderna behöver bli fler. Fram till i dag har vi endast haft den Nationella Patientenkäten (NPE) där SKR, vartannat år, skickar ut enkäter till ett urval av vårdade patienter. Under 2025 skickades enkäter till patienter vårdade i slutenvård och besökt den specialiserade öppenvården. Jämfört med föregående mätning (2023) förbättrades resultaten för slutenvårdade patienter inom bland annat tillgänglighet, smärtlindring och sjukhusmaten. För det öppenvårdade patienterna var resultaten likvärdiga med 2023.

Flera avdelningar och mottagningar har också egna mätningar där patienten skannar en QR-kod för att delta och ge sina synpunkter.

Den tekniska lösningen för automatiserade enkäter via 1177 (s.k. PREM-enkäter) till samtliga patienter har under året utvecklats tillsammans med övriga akutsjukhus i ASN-nämnden. Basenkäter, med några frågor som täcker dimensionerna ur NPE, har testats på enstaka enheter under 2025 för att i januari 2026 implementeras på hela sjukhuset. Under 2026 kommer implementeringen att följas upp och ASN-gemensamma arbetssätt och regler skapas i ett nyinrättat PREM-råd.

Se vidare under avsnitt Stärka analys, lärande och utveckling.

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 sjukhusdirektör, 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 så skapas aktiviteter för att nå målen. Detta processas sedan ned till enhetsnivå för att aktiviteterna ska bli så konkreta som möjligt.

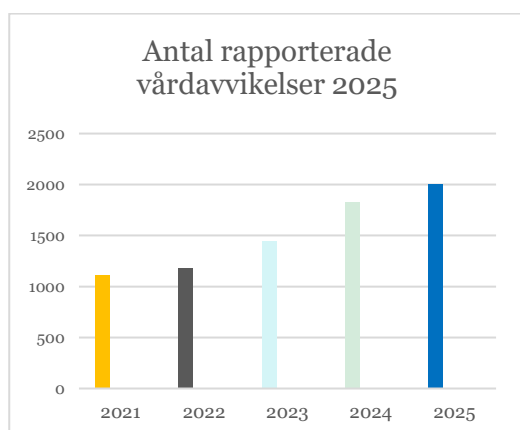
Utförligare beskrivning av de verktyg sjukhuset använder samt ved som följs upp när av vem beskrivs i Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker?

Antal rapporterade vårdavvikelser 2025



Rapporteringsbenägenheten av vårdavvikelser fortsätter att öka under 2025. 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 avvikelseyp, handlagda vårdavvikelser

Av handlagda	Antal 2024	Andel 2024	Antal 2025	Andel 2025
Risk	681	40 procent	705	39 procent
Tillbud	598	36 procent	652	36 procent
Negativ händelse	404	24 procent	448	25 procent
Totalt	1683		1805	

Vid analys av de avvikelser som handlades under 2025 ligger andelen rapporterade risker fortsatt högt, vilket är glädjande. Att risker rapporteras i högre utsträckning indikerar en förbättrad, mer proaktiv patientsäkerhetskultur.

Vanligaste orsaksområdena i vårdavvikelser 2025

Klassificering/orsaksområde (av handläggare år 2025)	Totalt
Behandling/omvårdnad	523
Dokumentation/informationsöverföring	422
Utredning/bedömning/diagnos	208
Patientolycksfall	164
Läkemedel	209

Vilka som är de vanligaste förekommande orsaksområdena har legat konstant och liknar de mönster som ses hos andra vårdgivare med samma uppdrag.

Systematiskt 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 att förbygga vårdskador 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 året har 11 händelseanalyser slutförts och av dessa anmäldes 8 till IVO enligt Lex Maria. Antalet händelseanalyser och Lex Maria-anmälan är något färre jämfört med 2024 (19/11 st).

Exempel på händelser som anmälts till IVO enligt Lex Maria 2025

- Försenad diagnos testistorsion
- Hjärtstopp efter elektiv höftprotesoperation
- Fallskada med ansiktsfraktur

I en god patientsäkerhetskultur är händelseanalyser av allvarliga inträffade händelser en viktig del i lärandet och det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Med tanke på sjukhusets storlek och uppdrag är 11 slutförda händelseanalyser få. De allvarliga inträffade händelserna uppmärksammas i hög grad, men sjukhuset har tyvärr fortfarande alltför långa utredningstider av dessa. Detta beror främst på resursbrist och avsatt tid för analysteamerna. Under året har läkares involvering i händelseanalyserna ökat efter den utbildningsinsats som genomfördes 2025.

Målet är fortsatt kortare handläggningstid från händelse till slutförd händelseanalys.

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

Samtliga arbetsprocesser på sjukhuset påverkar patientsäkerhet och kvalitet, direkt eller indirekt, ofta med påverkan på såväl medarbetares arbetsmiljö som patienters vård. Mål och mätetal följs på alla nivåer från verksamhetsområdesnivå till sjukhusledning och nämnd. Aktiviteter och förbättringsarbeten är framtagna som ska säkerställa måluppfyllelse.



Sjukhuset är väl representerat i regionala forum så som i kunskapsstyrningens olika Regionala Programområden (RPO) och Regionala Arbetsgrupper (RAG) vilket beskrivs under avsnittet samverkan i denna text samt i VO bilagor. Bland annat är verksamhetsområdeschef för anestesi RPO ordförande, chefsjuksköterska är vårdsakkunnig inom RPO Anestesi IVA samt chefläkare är ledamot i Regionala samverkansgruppen avseende patientsäkerhet. Genom dessa nätverk så 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 progress till vårdberedning varje tertiäl.

Systematiken i arbetet, roller och ansvar framgår av Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet.

Urval av processer och system:

Process/system	Kommentar
Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF)	Verksamhetsövergripande arbete. Följs av styrgrupp samt rapporteras till sjukhusledning. Exempel sepsis, stroke, höftartros, vård i livets slutskede.
Säker läkemedelshantering	Sjukhusövergripande läkemedelsenhet med anställda farmaceuter, multiprofessionellt Utskott Läkemedel som tar fram sjukhusgemensam standard, i så väl processer som lokaler.
Palliativ vård	Vidareutveckling av sjukhusets palliativa vård med palliativ team, specialiserad palliativ vårdavdelning, palliativ konsult så väl intern som extern.
Hjärtlungräddning	Införande av nya defibrillatorer med sjukhusgemensam standard. Ny mobil akututrustning vid akuta insatser på sjukhuset.
Antibiotikaanvändning	Systematiskt arbete för att förbättra sjukhusets antibiotikaanvändning genom: ökat samarbete med Infektion Karolinska sjukhuset, aktivt arbete med infektionsverktyg, STRAMA-grupp, uppföljning av kvalitetsparametrar samt utbildning.
Sköra äldre	<p>Fokus på sköra äldres behov genom aktiviteter på sjukhusets alla verksamheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Snabbspår på akuten för patienter >80 prioriteras och direktinläggning till Gava. ▪ Omvårdnadsronder utförs på akutmottagningen. ▪ Geriatrisk konsult på akutmottagningen för optimerad bedömning och handläggning på akuten. ▪ Clinical frailty scale- skattning av geriatriska patienter. ▪ Utskrivningsteamet stöttar utskrivning till hemmet och fortsatt planering särskilt i tider med hög belastning. <p>God samverkan mellan sjukhus, kommuner och primärvård</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Samverkan med geriatrikkonsult och fysiska ronder av geriatriker i primärvård och SÄBO. ▪ Ökat fokus på samtal vid allvarlig sjukdom för att identifiera patientens önskemål gällande inläggning på sjukhus vid försämrat hälsotillstånd.

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

Under kommitté Patientsäkerhet- och kvalitet finns utskott som systematiskt arbetar med de största riskområdena: Utskott Fall, Sår, HLR Akutlarm, Hygien, Kvalitet och patientsäkerhet, Nutrition, Palliation och Läkemedel

Ytterligare risker är till exempel de patienter som vårdas utlokaliserade och överbelastningssituationer. Ny rutin för bedömning och hantering av överbelastningssituationer på sjukhuset är framtagen inklusive rutin för att hantera överbeläggningar.

Exempel på genomförda eller pågående riskanalyser:

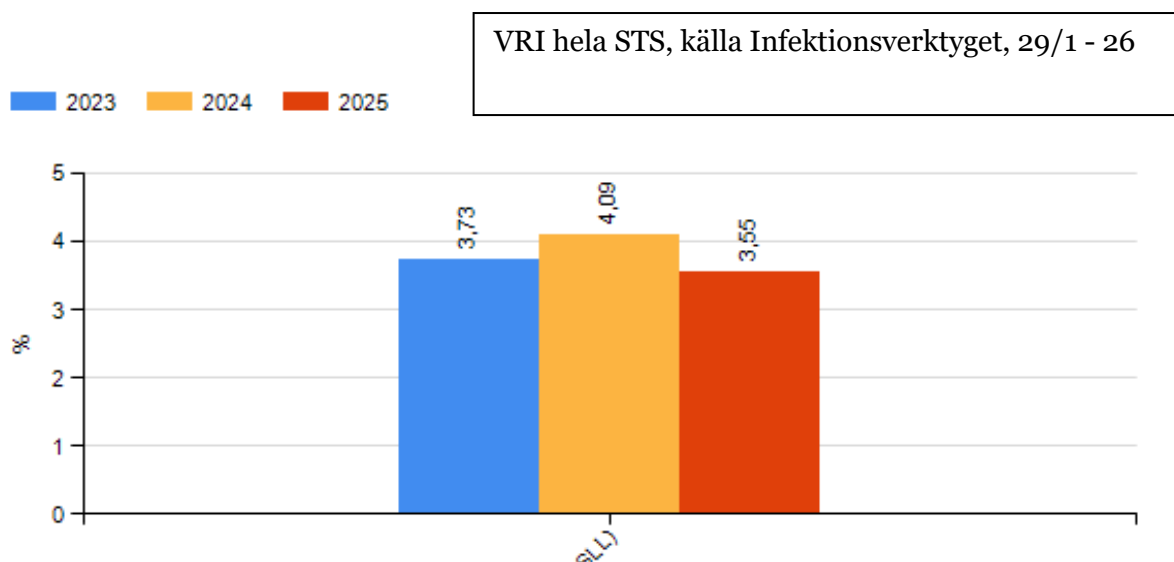
- *Inflytt nya lokaler "Framtidens geriatrik"*
- *Patienter med höftfraktur direktinläggning Geriatriken*
- *Utökade fysioterapeuter helgtid*
- *Rutin vid behov att vårda patient på överbeläggingsplats*

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Sjukhusets vårdhygieniska arbete är brett och sker kontinuerligt med fokus på såväl minskning av vårdrelaterade infektioner och förhindrad smittspridning som korrekt antibiotikaanvändning.

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.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) för hela sjukhuset var 3,6 procent vilket är minskning jämfört med 2024 (4,0 procent), fördelat på 2,8 procent för akutsomatiska avdelningar inklusive BB/Förlossning och 7,5 procent för geriatriska avdelningar. Resultaten ligger under regionens mål för akutsomatisk vård (<4,2 procent) och visar att sjukhusets systematiska förebyggande arbete har effekt.



Validering av utförda antibiotikaordinationer görs för att kvalitetssäkra registreringar i IV och under året validerades 4,6 procent av samtliga ordinationer. Resultatet av denna validering analyseras och förbättringsarbete görs utifrån detta.

Insatser görs för att öka kunskapen hos ordinerande läkare, bland annat genom utbildning av Strama samt utökade dialoger om antibiotikaordinationer. Under 2025 utökade samarbete med Karolinska sjukhusets infektionskonsulter som kan stödja arbetet mot VRI och rätt val av antibiotika. Start av antibiotikaronder planeras under 2026.

Under året har Utskott Hygien och VRI etablerats, där nyckelpersoner från sjukhuset deltar tillsammans med representanter från Vårdhygien Stockholm. Vidare samverkar sjukhuset med Vårdhygien Stockholm genom att utbilda i vårdhygien vid samtliga introduktionsutbildningar för läkare, AT-läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Exempel på hygienrelaterade utbildningar som utförts kontinuerligt i samarbete med KTC är BHK, KAD, PVK och städning av vådrum. Under hösten genomfördes även en diplomeringsutbildning av 17 nya hygienombud där samtliga vårdprofessioner även läkare deltog. Vidare har sjukhusets hygienombud erbjudits Vårdhygiens Nano-utbildning med korta lektioner och test i digital form.

Under hösten genomfördes en egenkontroll i händelse av Calici-fall på enheterna, i syfte att säkerställa att ombud tillsammans med respektive chef hade kännedom och beredskap på enheterna/avdelningarna innan säsongen för aktuell smitta inträdde. Merparten av alla avdelningar, både slutenvård och öppenvård, genomförde egenkontrollen. Trots ett förbättringsbehov i följsamheten av basala hygienrutiner, har ingen smittspridning noterats under 2025, enligt Vårdhygien Stockholm uppföljningssystem vilket är glädjande.

Trycksår

Sjukhuset arbetar enligt regionalt vårdprogram ”Trycksår – förebyggande åtgärder och behandling” och sedan 2023 rapporteras endast resultat från kontinuerlig mätning via TakeCare. De flesta patienter (över 90 procent) blir korrekt riskbedömda för trycksår. Den kontinuerliga mätningen av prevalens utifrån sökord i journal har brister. Under 2026 kommer dokumentationsgrupp arbeta med journalföringen avseende trycksår för att förbättra detta.

Sjukhuset har sedan några år ett system för behandlande och avlastande mekaniska madrasser som innebär att madrasser finns tillgängliga i förråd för direktuttag av vårdpersonal. Detta har inneburit att patienter med hög risk för att utveckla trycksår får en behandlande madrass inom ett par minuter från beslut jämfört med tidigare system då det beställdes och kördes ut med leverans till sjukhuset.

Kunskap om betydelsen av förebyggande insatser, riskbedömning samt åtgärder ingår i introduktionsutbildningar som ges till nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor. Trycksårsdagen i november uppmärksammas varje år på sjukhuset där intresserade bjuds in till produktvisning, föreläsningar och tipspromenad på KTC. Aktiviteten är välbesökt och populär.

Kost och risk för undernäring

Arbetet med att förbättra patienternas nutrition i syfte att förebygga undernäring kräver både god kunskap, standardiserade arbetssätt samt ett gott teamarbete med de involverade professionerna.

Under våren genomfördes en större och välkommen omläggning av patientkosten genom ett nytt matkoncept. Innebörden är att patienterna nu får större möjlighet att både välja vilken mat som serveras samt vid vilken tidpunkt de vill äta. Maten tillagas på Södersjukhuset vilket också innebär en betydligt kortare transportväg än tidigare vilket även gynnar miljön. En första utvärdering visade på mycket nöjda patienter.

Införandet av IDDSI, ett internationellt klassificeringssystem för konsistensbestämning vid sväljningssvårigheter, leds av logoped och en omfattande utbildningsinsats har genomförts under året. Kort sammanfattat görs en bedömning av logoped avseende IDDSI-nivå för mat och dryck som sedan blir ett stöd vid val och beredning av patientens måltider. Förhoppning finns att arbetssättet med IDDSI är helt implementerat under 2026 vilket kommer att öka patientsäkerheten för patienter med sväljproblematik.

Nutritionsutbildning av dietist och logoped ingår numera i den obligatoriska introduktionen av 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.



Fallskador

Antalet registrerade fall med och utan skada ökade mellan år 2024 och 2025. En delorsak till ökningen kan bero på bättre registrering då en journalmall för fallincidenter införts. Genom detta kan registrering ske under hela vårdtiden och inte bara i slutanteckning/omvårdnadsepikris som tidigare. Detta medför en säkrare rapportering av fall och fallskador.

Antal fall inom akutsomatiken var under året 188 (1,8 procent) fördelat på 55 med skada och 133 utan skada. Fall är mer vanligt inom geriatriken och där ramlade 161 patienter vilket motsvarar 10,1 procent, fördelat på 67 med skada och 94 utan skada.

Att förhindra fall är högprioriterat och det finns en stor medvetenhet i verksamheten om vikten att arbeta förebyggande och skademinimerade. Flera insatser görs; utbildning om risker och åtgärder, mätning av följsamhet till riskbedömning, användande av larmmattor för att nämna några. Det standardiserade arbetssättet SEUPP- ett väl fungerande arbetssätt för att säkra patientens miljö i vådrummet och bland annat minska risken för fall, blir mer och mer implementerat och rutinen börjar sitta. Följsamheten till SEUPP följs regelbundet upp genom Gröna Korset som egenkontroll.

Under året har en fallpreventiv vecka ägt rum. Denna vecka innefattar utbildning för personal och ökad uppmärksamhet på fallprevention. Sjukhuset har en väl fungerande arbetsgrupp med ombud från respektive slutenvårdsavdelning. Möten i ombudsgruppen sker regelbundet under året.

Tillsammans med Södertälje kommun har utbildning genomförts för pensionärsförening i Nykvarn. Flera händelseanalyser har avseende fall har gjorts under året. Under 2026 skall en lokal fallrutin tas fram för som komplement till Vårdhanboken.

Under året har förberedelser fortsatt inför införandet av AI-baserad fallprevention inom ramen för Framtidens geriatrik. Medel är erhållna för upphandling och införande, men tyvärr blev tidsramen för projektet försenat och en fungerande metod inte klar inför geriatrikens flytt till nya lokaler Q1 2026. Arbetet fortsätter därför under 2026t.

Läkemedel-

Sjukhuset har en välutbyggd läkemedelsenhet som tillsammans med sjukhusets verksamheter driver en effektiv och patientsäker läkemedelshantering. Genom ett systematiskt arbete anpassar läkemedelsenheternas farmaceuter läkemedelssortiment på enhetsnivå. Varje månad görs hållbarhetskontroll på enheterna och kassation av oanvända utgångna läkemedel mäts.

Beredskapslagret för läkemedel och ökad läkemedelstillgång på sjukhuset har byggts upp till en stabil nivå. Lagernivåer likväl tillgängligheten av läkemedel bevakas dagligen för att snabbt kunna agera. Hur väl processen och samarbetet med vårdenheterna inom sjukhuset och inom Regionen fungerar visade sig rent praktiskt i den goda hanteringen av den stora leveransstörningen inom vätskebehandling som pågick under första halvåret.

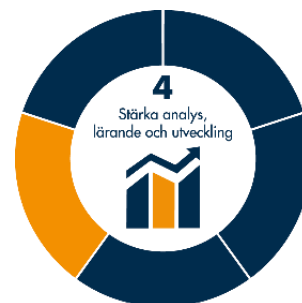
Läkemedelsutskottet under ledning av sjukhusapotekaren med representanter från samtliga kliniska verksamheter hanterar övergripande frågor som berör läkemedel och läkemedelshantering. Möten med läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt utskick som rör hantering av läkemedel genomförs på regelbunden basis. 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 samt ingår i projektgruppen Läkemedel för nya huvudjournalssystem samt stödfunktion vid användning av infektionsverktyget.

Resultat 2025; ett urval:

Följsamheten till Kloka listan är fortsatt god, över 80 procent för recept.
Följsamheten till upphandlade läkemedel uppgick till 90 procent.

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, 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 2026 kommer befintligt avvikelshanteringssystem att bytas ut i Region Stockholm. Inför detta byte måste alla pågående ärenden i det gamla systemet avslutas. Detta arbete har påbörjats under 2025 och aktivitetsplan samt kommunikationsplan för införandet av det nya systemet är under uppbyggnad.

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 där de framförs. En relativt stor andel av synpunkter och klagomål berör fler än en verksamhet. Chefläkare tillsammans med verksamhetsutvecklare patientsäkerhet 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 hen själv, annan chef eller lämplig medarbetare tar personlig kontakt med patient/närstående för återkoppling.

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 centralt till sjukhuset.

Antal klagomål från enskilda till IVO är oförändrat jämfört med 2024. Ärenden via Patientnämnden har minskat. Övriga synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga via 1177 har fortsatt öka jämfört med 2024, en trend som pågått under ett antal år. Detta är en önskvärd utveckling då vi under de senaste arbetat för att de ska kontakt oss som vårdgivare direkt så att vi snabbare kan reda ut frågorna. Under 2025 utökades patientvägledningen på sjukhuset med sjuksköterskekompetens så att vi bättre kan stötta patienter och ta vara på deras värdefulla återkoppling.

Antal ärenden	2025	2024	Källa
Patientnämnden	96	105	PaN
IVO- enskild anmälan	15	11	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	234	190	HändelseVis

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Sjukhusets planering av det robusta sjukhuset

Sjukhusets driver ett ständigt utvecklingsarbete avseende kontinuitet- och robusthet samt katastrofberedskap. Under året gjordes en utredning hur detta arbete ska organiseras inom region Stockholm. Sjukhusets befintliga organisering stämde väl överens med de direktiv som fastställdes utifrån denna utredning endast smärre justeringar har gjorts avseende benämning och roller.



Katastrof och beredskapskommitté



Sjukhuset genomför regelbundet Risk och Säkerhetsanalyser (RSA) enligt fastställd metod. För de risker som identifierats och skattats högt så tas handlingsplaner fram. Utifrån det förändrade världsläget så bedrivs arbetet med beredskap och robusthet fortsatt mycket intensivt. Sjukhuset har fortsatt byggt upp beredskapslager avseende läkemedel och förbrukningsartiklar i enlighet med regionala beslut. Reservrutiner och handlingsplaner avseende störningar i driften har förfinats.

Rutiner avseende stabsarbete har vidareutvecklats och inventering avseende utbildningsstatus avseende trauma och katastrofmedicin har gjorts inom sjukhusets verksamheter.

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

Sjukhuset lämnar varje år en separat verksamhetsberättelse för den katastrofmedicinska beredskapen till EKMB, Enheten för Katastrofmedicinsk Beredskap inom Region Stockholm där mer detaljerad beskrivning framgår.

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*

Ledning och styrning

- Förbättrad tillgänglighet till kunskapsstöd och aktuella rutiner och riktlinjer i dokumenthanteringssystem och på intranät

Patientsäkerhetskultur

- Stärka patientsäkerhetskultur och identifiering av risker, stärka kompetensen avseende riskbedömningar
- Utveckla arbetet kring händelseanalyser och återkopplingen till verksamheten
- Stärka patientsäkerhetsarbetet med etablering av patientsäkerhetsgrupper på VO nivå

Kunskap och kompetens

- Fortsatt implementering av kloka kliniska val
- Implementera nytt avvikelssystem och i samband med detta se över rutiner
- Förbättra visualisering av patientsäkerhet, avvikelser, risker, vårdskador för att underlätta systematiskt arbete
- Återinföra regelbundna patientsäkerhetsdialoger
- Stärka STS strategiska satsningar inom kompetensutveckling genom Regionens kompetensförsörjningsstrategi
- Underlätta teambaserat medarbetardrivet förbättringsarbete genom utbildning, gemensamma metoder och verktyg
- Möjliggöra simulering för beredskapsarbete och kris- och katastrofmedicin

Patienten som medskapare

- Skapa utskott för samordnat arbete med patientinvolvering på sjukhuset på samtliga nivåer
Starta Patient-närståenderåd
- Vidareutveckla patientvägledning och omhändertagande av synpunkter och klagomål
- Standardiserad patientinformation inkluderande Safety netting
- Implementera regelbundna standardiserade patientenkäter

Utmaningar är fortsatt att få fungerande systematik avseende förbättrings- och utvecklingsarbete. Fokus under 2026 är att underlätta för fler att delta i detta viktiga arbete genom tydliga och enkla verktyg, rutiner och kommunikationsvägar.

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