

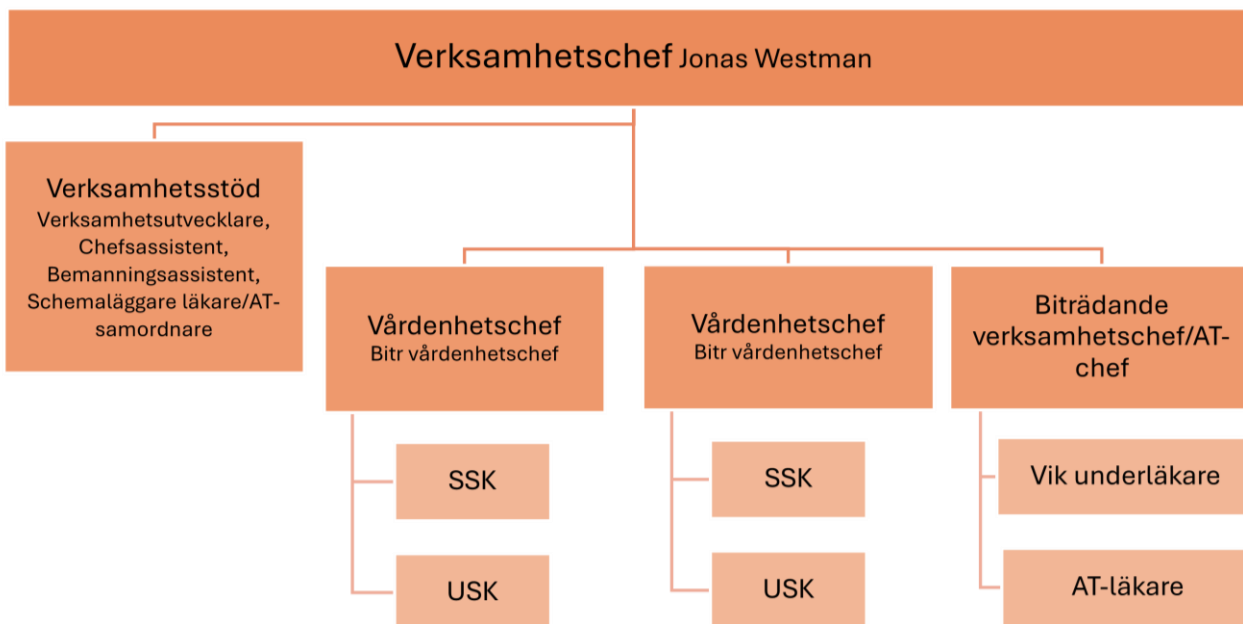
# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

## Bilaga VO Akut 2025



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.



Verksamhetsområdet består av akutmottagningen, närakuten och AVA. På vuxenakuten handläggs patienter i åldrarna 18 år och uppåt (kirurgpatienter 15 år och uppåt). Totalt antal besök på akutmottagningen 2025 uppgick till 33 407. 32 procent av alla akutmottagningsbesök leder till inskrivning i slutenvård. De fem vanligaste sökorsakerna på akutmottagningen är buksmärta, bröstsmärta, andningsbesvär, sjukdomskänsla och yrsel.

På närakuten handläggs patienter i alla åldrar. Totalt antal patienter på närakuten 2025 uppgick till 29 643. Av de sökande var 19 443 vuxna och 10 200 barn. De fem vanligaste sökorsakerna på närakuten är extremitetssvullnad/-värk, feber, sårskada, öronvärk och tå-/fingerskada.

Merparten av alla patienter som söker akutmottagningen med fraktur handläggs på närakuten.

AVA öppnade hösten 2024 och bemannas av akutläkare i samarbete med sjuksköterskor från VO Vård. På AVA vårdas företrädesvis patienter med förväntad kort vårdtid.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för våra patienter arbetar vi exempelvis med snabbspår såsom PSVF sepsis (sepsisalarm), Guldexpressen, Rädda buken 65+, strokeprocessen och höftprocessen. Vi har ett ständigt pågående arbete för att förbättra våra rutiner och arbetssätt och strävar efter att ständigt arbeta evidensbaserat.

Den viktigaste processen vi arbetar med för att öka patientsäkerheten är inskrivningsprocessen, både i kassan och i triage, för att så tidigt som möjligt identifiera patienter med oundgängligt behov av akutsjukvård. Under året har vi schemalagt en sjuksköterska i inskrivningen så ofta som möjligt med plan för att på lång sikt ständigt ha en sjuksköterska i inskrivningen samtliga tider på dygnet.

Vår områdesgrupp för inskrivning och triage har under 2025 förberett för ett test med fristående triage bemannad av antingen läkare och undersköterska eller sjuksköterska och undersköterska. Vår nya vårdlagstruktur, som initierades under 2024, har fortsatt att utvecklas med fokus på kommunikation inom och mellan vårdlagen.

Arbetsättet på AVA med tidig rond och utskrivning av patienter samt teambaserat multiprofessionellt arbetssätt minskar utlokaliserade patienter på akutmottagningen och förbättrar patientflödet på hela sjukhuset.

## Samskapande

Sjukhusövergripande samskapande sker genom, till exempel, PSVF sepsis, Rädda buken 65+, strokeprocessen och höftprocessen. Samskapande med gipstekniker sker med KOU-mottagningen.

Samskapande med primärvården sker genom digital specialistkonsultation. Samskapande med regionens andra akutmottagningar, prehospital organisation och närakuter sker i:

- Akutrådet
- Akutströmmen (mötesforum för verksamhetscheferna på Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Huddinge, Capio S:t Görans sjukhus och närakuter inom SLSO)
- nätverk för verksamhetsutvecklare akutmottagningar
- nätverk prehospital organisation och akutmottagningar/närakuter
- nätverk närakuter i regionen
- regionalt arbete med akutliggaren.

## Kvalitetsparametrar utöver kvalitetsindikatorer redovisade i HSF-rapporten

Kvalitetsparameter	2025	2024	2023	2022
Total vistelsetid (h:min) akutmottagning, median	03:24	03:38	03:57	04:01
Total vistelsetid (h:min) närakuten, median	01:12	01:18	01:21	01:39
Tid till läkare Närakuten (h:min) median	00:24	00:29	00:31	00:40

*Tabell 1 kvalitetsparametrar*

## Kort analys av kvalitetsutfall, inklusive åtgärder

Samtliga ledtider beskrivna i tabellen ovan samt de kvalitetsparametrar som rapporteras till HSF har förbättrats sedan föregående år. Detta trots att antalet patienter har ökat, både på akutmottagningen och på närakuten. Den största ökningen av patienter har skett på närakuten, från 27 301 år 2024 till 29 643 år 2025, en ökning med nästan 6 procent. Ökningen på akutmottagningen från 31 879 till 33 407 motsvarar en ökning med nästan 5 procent.

Utöver att vi ser en ökning av antalet sökande varje år från år 2022, på både närakuten och akutmottagningen, ser vi en stadig ökning av antalet mer vårdtunga och resurskrävande patienter på akutmottagningen, såsom sköra äldre.

Förbättrade ledtider är multifaktoriellt men de främsta förbättringar som påverkat resultatet bedömer vi är att vi har under det gångna året arbetat fortsatt bemanna bättre efter inflödet av patienter, stärkt teamarbetet samt arbetat med att säkerställa att rätt och högre kompetens finns på plats varje arbetspass. Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.

Övriga aktiviteter som skett under året för att öka kvaliteten och patientsäkerheten:

- Implementering och utbildning av evidensbaserade standardiserade arbetsätt och rutiner samt vårdförlopp, fortlöper kontinuerligt.
- Vi har anställt en omvårdnadsledare med ansvar för att utveckla omvårdnad på akutmottagningen.
- Vi har bildat ett lokalt Magnetteam som arbetar med att förbättra omvårdnaden på akutmottagningen.
- Vi har påbörjat implementering av individuell omvårdnadsplanering för samtliga patienter som söker akutmottagningen.
- Vi har implementerat ett crowdingverktyg, i syfte att lättare kunna förutspå crowding, underlätta patientflödet samt öka samarbetet med slutenvården.
- Under året har vi infört ett årshjul för morgonutbildningar, med korta miniteach som hålls av ledningsläkaren, med olika teman varje vecka.

## Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2025	2024	2023	2022
Läkare (varav specialistkompetenta)	35 (14)	32 (13)	26 (9)	22 (6)
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	48 (15)	51 (13)	43 (7)	43 (7)
Disputerade/doktorander	0	0	0	0
Undersköterskor	33	41	35	35
Övriga	4	4	4	4

Tabell 2 kompetens inom verksamhetsområdet

Under 2025 ser vi ut att ha färre undersköterskor och sjuksköterskor anställda jämfört med 2024 vilket delvis handlar om att vi sannolikt gjorde en felkalkylering under 2024. År 2025 hade vi också en del tjänstledigheter för studier (denna personal är inte medräknad i tabellen).

För att säkerställa en långsiktigt hållbar kompetens-försörjning och därigenom stärka patientsäkerheten har verksamheten en aktiv rekryteringsstrategi för både undersköterskor och sjuksköterskor. Rekryteringsarbetet är ständigt pågående och planering samt tillsättning av flera tjänster inom båda yrkeskategorierna sker successivt. Redan under första kvartalet av 2026 förväntas flera nya undersköterskor och sjuksköterskor tillträda, vilket bedöms bidra till förbättrad bemanning, ökad kontinuitet och minskad sårbarhet i verksamheten, vilket i sin tur givetvis gynnar patientsäkerheten.

Ytterligare rekryteringar är planerade, vilket innebär att ett flertal medarbetare inom båda yrkeskategorierna kommer att vara på plats under första halvan av 2026. Under 2026 förväntas vi också få tillskott av fler specialistsjuksköterskor i akutsjukvård.

Parallellt med rekrytering har bemanningsassistenterna arbetat intensivt med få till en jämnare fördelning på antal arbetspass med önskad kompetensnivå på omvårdnadssidan utifrån nuvarande bemanning samt arbetat

för en jämnare fördelning av specialistläkarkompetens över dygnet. Utifrån vår vision och målbild om en linjelös akutmottagning 24/7 behöver vi anställa fler läkare på ST- och specialistläkarnivå samt fler sjuksköterskor. Fler ST-läkare i akutsjukvård samt fler specialistläkare i akutsjukvård har anställts de senaste åren som ett led i att uppnå denna vision.

Arbetsstrukturen kring schemalagningen med långsiktigt mål att skraddarsy varje vårdlag utifrån rätt kompetens (rätt man på rätt plats) fortgår under 2026.

På närakuten har vi under det gångna året fortsatt att säkerställa bemanningen så att det alltid tjänstgör minst en sjuksköterska på varje pass. Läkarbemanningen på närakuten har förstärkts genom att vi har lagt till extrapass, framför allt helger och måndagar, där vi ser fler sökande jämfört övriga veckodagar. Arbetet med att göra närakuten oberoende av hyrläkare fortsätter. På omvårdnadssidan är Vo:t fortsatt helt oberoende av hyrsjuksköterskor sedan hösten 2023.

Inom området FoUUi finns engagemang i grundutbildning av läkare, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och undersköterskor, däremot saknar vi i dagsläget engagemang inom forskning. Ett möte mellan verksamhetsområde Akut och FoUUi är planerat under april 2026, där eventuella öppningar för forskning ska diskuteras.

Medarbetarna är vana vid ständigt pågående förbättringsarbeten som bedrivs i enlighet med förbättringskunskapens strukturerade metoder och verktyg. Kvarstannandegraden på verksamhetsområdet har under 2025 legat på strax över 90 procent, vilket möjliggör kontinuitet i det ständiga kvalitets- och förbättringsarbetet som bedrivs på verksamhetsområdet. Förbättringsarbete initieras ofta av medarbetarna själva och bedrivs med stöttning av verksamhetsutvecklare.

För att säkerställa och utöka kunskap och kompetens inom patientsäkerhet har vi en patientsäkerhetsläkare som är anställd på 40 procent. Tillsammans med verksamhetsutvecklare, vårdenhetschefer, biträdande vårdenhetschefer, verksamhetschef och biträdande verksamhetschef hanterar patientsäkerhetsläkaren avvikelser och händelseanalyser.

### **Patienten som medskapare**

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål tas emot via 1177, telefonsamtal, brev, Patientnämnden, LÖF och e-post.

Övervägande handlar inkomna synpunkter och klagomål om brister i bemötande eller att patienten inte känt sig tillräckligt informerad om sin vård och behandling. Vi arbetar aktivt med bemötandefrågor och har sedan några år tillbaka haft det som återkommande tema på våra utvecklingsdagar.

Vi har en kontinuerlig patientenkät (utöver den nationella patientenkäten) som vi använder i patientsäkerhets- och förbättringsarbete. Närstående och patienter blir involverade och bjuds in till delaktighet när händelseanalyser genomförs.

Information till patienter och närstående rullar på tv-apparater i väntrum. Via dessa skärmar får patienterna översiktlig information om vad de kan förvänta sig när de besöker akutmottagningen och närakuten. Där förklarar vi även varför patienter kan få vänta samt hur vi prioriterar vårt patientarbete. På skärmarna finns det information om vart patienter kan vända sig med synpunkter eller klagomål och det finns även en QR-kod till vår kontinuerliga patientenkät.

Under året har tv-skärmar köps in och satts upp på fem patientrum, där vi i framtiden kommer visa riktat informationsmaterial. Planen är att utvärdera och sedan eventuellt utöka till fler patientrum.

## Säkerhetskultur

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete genom att vi identifierar risker utifrån vårdavvikelse, synpunkter och klagomål från patienter samt genom händelseanalyser.

Vidare arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker samt skapa tid för lärande och reflektion. Utifrån upptäckta risker utformas riktade utbildningsinsatser, rutiner och riktlinjer samt medarbetardrivna förbättringsarbeten.

Ledningsgruppen, och i första hand cheferna, arbetar för att främja psykologisk trygghet i medarbetargruppen. De arbetar med att främja medarbetarnas förmåga att ge och ta emot konstruktiv feedback. Syftet är bland annat att skapa öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och misstag samt skapa tid för lärande och reflektion.

Vidare arbetar verksamhetsområdet aktivt med att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att medarbetarna aktivt uppmanas att skriva avvikelser när de upptäcker brister. I årets medarbetarenkät bibehålls en hög nivå avseende att våga rapportera egna fel och brister till närmaste chef. Arbetet med att snabbare hantera avvikelser har underlättats genom att vi har tillfört mer resurser, i form av två biträdande vårdenhetschefer.

Under året har vi infört en strukturerad informationsstrategi för att nå ut med information till fler medarbetare, där bland annat avvikelser tas upp. Avvikelse och påtalade risker återkopplas och kommuniceras på morgonmöten, APT, professionsmöten och i veckobrev. Om en avvikelse påvisar att en rutin behöver ändras eller skapas påbörjas ett medarbetardrivet förbättringsarbete via områdesgrupper i samverkan med verksamhetsutvecklare och chefer.

**Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell.**

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

HSE Index	2025	2024	2023	2022	Tabell 3 HSE-index
	74,1	73	72	71	

Följande aktiviteter har genomförts under året för att utveckla säkerhetskulturen:

- Avslutade händelseanalyser och avvikelser presenteras regelbundet på APT och professionsmöten med efterföljande gruppdiskussion.
- Vi har utbildat ytterligare en läkare i Händelseanalyserarbete.
- Aktuella avvikelser tas upp på professionsmöten och vid behov på uppstartsmöten.
- Personal/områdesgrupper engageras att starta förbättringsarbeten när tydliga brister i rutiner framkommer i avvikelser.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2026:

- fortsätta förbättra ledtider
- implementera triageteam för det gående flödet
- fortsätta implementera individuell omvårdnadsplanering
- anställa omvårdnadsledare med ansvar inom området smärta
- delta i utbildningsprogrammet "Att leda för excellent omvårdnad"
- förbättra utskrivningsprocessen från akuten till kommunal vård och SÄBO
- utveckla årshjul/temamånader för utbildning med syfte att temat ska genomsyra alla professionsmöten, uppstartsmöten och tisdagsföreläsningar. Medarbetare i de olika områdesgrupperna ska engageras i att hålla i utbildning inom respektive tema.
- införa regelbundna samarbetsmöten med andra Vo:n för att förbättra akutprocessen
- utreda och eventuellt implementera realtidsdata om väntetider på tv-skärmar i patientutrymmen
- fortsätta arbetet mot en linjelös akutmottagning 24/7.

### Avvikelse och patientsynpunkter

Dokumentation/ informationsöverföring	50	46	54	27
Patientolycksfall	3	4	0	0
Utredning/bedömning/diagnos	45	94	52	35
Läkemedel	17	7	9	5

Tabell 4 klassificering av rapporterade avvikelser VO Akut

Antalet avvikelser gällande medicinska bedömningar har halverats, vilket vi bedömer bero på generell kompetenshöjning, evidensbaserade arbetssätt och att vi har agerat på tidigare skedda vårdskador. Vi bedömer att eftersom vi pratar och informerar mer om avvikelser har förmågan att rapportera avvikelser inom vissa områden ökat, såsom "läkemedel samt behandling/omvårdnad".

Under året har vi haft ett ökat fokus på basal omvårdnad samt läkemedelshantering vilket kan ha bidragit till att medarbetarna uppmärksammar och påtalar fler brister inom dessa områden.

Det totala antalet avvikelser har minskat sedan föregående år, vilket bedöms bero på aktivt förbättringsarbete med rutiner, riktlinjer och arbetssätt. Att antalet händelseanalyser och Lex Maria har minskat sedan 2022 ser vi också som en direkt koppling till ökad kompetensutveckling samt ökad kompetens och bemanningstäthet inom samtliga professioner.

	2025	2024	2023	2022
Avvikelse	195	263	200	129
Händelseanalyser	5	4	4	12
Lex Maria	?*	1	1	11

\* De händelseanalyser som inleddes under 2025 har ännu inte färdigställts, varför vi inte vet hur många som har lett till Lex Maria.

Tabell 5 antal avvikelser. Händelseanalyser och Lex Maria

Inom verksamhetsområdet får vi patientklagomål och synpunkter genom olika kontaktvägar, se även under rubrik "Patienten som medskapare". I möjligaste mån får enskild medarbetare som är involverad i synpunkten/klagomålet svara patienten själv. Vid behov rings patienten upp av verksamhetschef eller

vårdenhetschef. Synpunkter/klagomål som berör till exempel brister i rutiner genererar förbättringsarbeten och ibland händelseanalyser.

Typ	2025	2024	2023	Källa
Patientnämnden (PaN) AKM+NA	62+24=86	67+24=91	42+13=55	PaN
IVO- enskild anmälan	6	4	1	Edit
I 177 Synpunkter och klagomål	57	72	43	HändelseVis

Tabell 6 antalet patientsynpunkter och klagomål

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- bemötande gentemot patienter eller kollegor
- svårigheter att nå ut med gällande rutiner/riktlinjer och arbetssätt till tillfällig personal, såsom randande läkare, AT-läkare, vikarierande underläkare och timanställda
- avvikelser från vårdavdelningar, där de påpekar briser i omvårdnad på patienter som läggs in i slutenvården, övervägande kopplat till hög belastning på akutmottagningen
- bristande kommunikation och missförstånd mellan akuten och andra enheter
- överbelastningssituationer på akutmottagningen som lett till patientsäkerhetsbrister
- Patienter feltriageras eller hamnar på fel vårdlag från kassan.

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- förändrings- och förbättringsvilja inom arbetsgruppen
- att alla professioner ingår i samma verksamhetsområde
- interprofessionell psykologisk trygghet
- förbättrade ledtider
- ledningsgrupp med alla yrkesprofessioner representerade och med stor psykologisk trygghet i gruppen

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits utifrån detta under året:

- implementering av områdesgrupper som arbetar med att förbättra rutiner och arbetssätt samt arbeta ännu mer evidensbaserat
- linjelös akutmottagning under vissa dygn (måndag och tisdag)
- infört tydligare informationsstruktur
- individuell omvårdnadsplanering vid ankomst
- mentorskap för nya sjuksköterskor samt för erfarna sjuksköterskor
- fortsatt utveckling av vårdlagsstrukturen och jämn kompetens över dygnet och dagar
- utökat antalet pass med sjuksköterska i receptionen samt på närakuten
- senior läkare som teamleader i vårdlagen
- påbörjat planering för att införa regelbundna samverkansmöten mellan akuten om mottagande enheter på sjukhuset
- påbörjat planering inför test av triageteam och samt utbildning om triagering

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom kontinuerlig patientenkät, där deras utvärdering och fritextsvar tas med i förbättringsarbeten.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus att ligga på aktiviteter från verksamhetsplanen som berör kvalitet och patientsäkerhet:

- fortsatt utveckling och implementering av arbetet i områdesgrupper
- fortsatt arbete med "Magnetaktiviteter" som en del i sjukhusets arbete att försöka bli Magnetcertifierade
- test av triageteam för det gående flödet
- fortsätta implementera individuell omvårdnadsplanering
- anställa omvårdnadsledare med ansvar inom smärta
- delta i utbildningsprogrammet "Att leda för excellent omvårdnad"
- förbättra utskrivningsprocessen från akuten till kommunal vård och SÄBO
- utveckla årshjul/temamånader för utbildning, med syfte att temat ska genomsyra alla professionsmöten, uppstartsmöten och tisdagsföreläsningar. Medarbetare i de olika områdesgrupperna ska engageras i att hålla i utbildning inom respektive tema.
- införa regelbundna samarbetsmöten med andra Vo:n för att förbättra akutprocessen
- se över och förbättra arbetssätt/bemanningsstruktur på helger
- fortsätta arbetet med att bli en linjelös akutmottagning 24/7
- utveckla och förbättra arbetssätt på närakuten.
- fortsätta att förbättra schemastruktur och kompetensfördelning över dygnet och mellan dagar
- fullfölja kompetensbeskrivning för omvårdnadspersonal.

VO Akut kommer, genom att använda vår styrka i förändrings- och förbättringsvilja samt interprofessionell psykologisk trygghet, fortsätta att identifiera risker och svagheter samt utveckla styrkor och kvaliteter.



## Analys kvalitetsindikatorer 6a-e VO Akut

Samtliga ledtider/kvalitetsindikatorer på akutmottagningen har förbättrats sedan föregående år, detta trots att vi har haft fler sökande patienter jämfört tidigare år. Våra äldre sköra patienter, som i regel har högre vårdtyngd och kräver mer resurser på akutmottagningen, har också ökat sedan föregående år.

Vi har fortsatt att:

- utveckla teamarbetet
- bemanna efter patientflöde
- arbeta med att fördela samt höja kompetensen jämt över dygnet. Fler seniora läkare jobbar i vårdlagen/teamen och på så sätt är det fler beslutskompetenta läkare närmare patienterna i enlighet med principen högsta möjliga kompetens så långt fram som möjligt
- utökat utbildningsinsatser.

Antalet patienter som har behövt stanna kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats har minskat sedan föregående år, vilket påverkar ledtiderna i positiv riktning. Sjukhuset arbetar aktivt med att ständigt förbättra vårdplatssituationen och att kunna ta upp patienter snabbt från akutmottagningen.

Indikator	Min	Mål	2024	2025
Akutmottagning, andel patienter med vistelsetid ≤4 tim alla patienter	≥36%	≥55%	59%	63%
Akutmottagning, medianväntetid till första läkarbedömning, minuter alla patienter	≤87 min	≤52 min	00:40	00:36
Akutmottagning, Medianväntetid till första läkarbedömning patienter ≥ 80 år			00:31	00:29
Akutmottagning, andel patienter ≥80 år med vistelsetid ≤8 tim	≤60%	≤90%	90%	93%
Akutmottagning, medianväntetid till första läkarbedömning. Patienter med RETTS triage orange. Alla patienter			00:31	00:25

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

## Bilaga VO AnOpIVA



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvalitet och patientsäkerhet inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.

Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är de som är i behov av kirurgisk behandling, både planerad och akut kirurgi, ortopedi, urologi, gynekologi samt obstetrisk kirurgi. Vidare vårdas och behandlas de patientgrupper som är i behov av intensivvård och intermediär vård. Smärtmottagningen och Smärtcentrum Syd – Utredningsenhet tillser specialiserad smärtvård inom både öppenvård och slutenvård, samt specialiserade utbildningsinsatser.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård strävar alla enheter att följa de vårdprogram och rutiner som är aktuella för verksamhetsområdets patientgrupper. Egenkontroller och uppföljning av vårdkvalitet genomförs månadsvis utifrån styrkort och produktionsbudget samt med hjälp av specialitetsregistren Svenskt Perioperativt Register (SPOR) och Svenskt Intensivvårdsregister (SIR). Operationsprocesserna följs upp på veckobasis, där flöden, planering, avvikelser och strykningar går igenom i team med representation från alla enheter i patientflödet. Kvalitet inom smärtvården säkerställs genom multidisciplinära teamkonferenser, samt genom att erbjuda konsultation och vägledning till primärvård och andra aktörer.

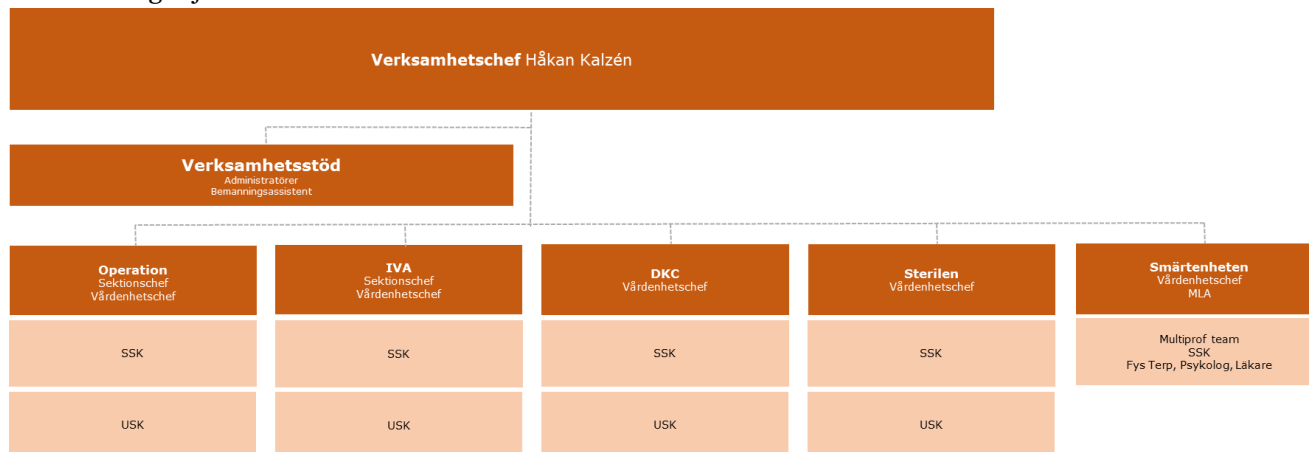
Samskapande sker genom ett flertal olika flöden som påverkar både vårdkvalitet och patientsäkerhet. Genom den perioperativa processen sammanförs de nyckelfunktioner som arbetar för att de perioperativa patienterna omhändertas på ett säkert sätt. Vidare finns samarbetsytor mellan intensivvårdsavdelningen (IVA), akuten och internmedicin för att säkerställa specifika processer utifrån nationella vårdprogram.

Anestesiläkare och anestesisyterskor samverkar med VO Röntgen kring de patientflöden som behöver sedering i samband med röntgenbehandling. Steriltekniska enheten samarbetar med externa aktörer, genom sterilteknisk service till, bland annat, vårdcentraler inom kommunen. Smärtenheten har specialiserade samverkansytor inom Region Stockholm likväl som nationellt, samt specifik samverkan genom regelbundna avstämningsmöten med Danderyds smärtrehab och utredningsenhet.

Kvalitetsparameter	2025	2024	2023
SAPS3 (Ny indikator)	70.5%	62%	
Standard mortality rate, IVA	0.74	0.67	0.74
SPOR´s kvalitetsindex	4.0	4.5 p	6.5 p
Patientnöjdhet (Smärt och DKC)	80%	86 %	
Basal hygien och klädrutin, ppm	76%	80 %	91 %

Under 2025 infördes en ny sjukhusspecifik indikator, Komplet registrering av SAPS3. Indikatorn innebär registrering av kritiska variabler som uppskattar hur svårt sjuk en patient är och en bedömning av mortalitet i samband med intensivvård. Vidare har arbetet fortgått för en godkänd rankning i SPORs kvalitetsindex, i samverkan med övriga verksamhetsområden som medverkar vid operationssjukvård. Följsamheten till BKH har fortsatt följts upp som ett utfallsmått i arbetet med VRI på enheten. De kontinuerliga patientnöjdhetsmätningarna fortgår på Smärtmottagningen och Dagkirurgiskt center, för att säkerställa en hög nivå på patientomhändertagande.

Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.



## Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2025	2024	2023
Läkare/specialistkompetenta	13/19	14/16	13/14
Sjuksköterskor/ specialistkompetenta	10/98	16/79	13/84
Disputerade/doktorander	4/1	4/1	3/2
Undersköterskor	54	53	51
Steriltekniker/Usk STE	6/8	4/11	4/10
Fysioterapeut	4	3	3
Psykolog	2	1	1
Administrativt stöd	5	5	6

Redovisningen avser antal personer, inte antal heltidsanställda.

VO:t arbetar vidare med inskolningsprogrammen för ny personal, i syfte att stötta till trygghet och förtroendenhet med den specialistvård som bedrivs (inklusive dess avancerade medicintekniska utrustning). Inskolningsprogrammen är resurskrävande och följs upp i samband med månadsrapporteringen med sjukhusdirektör, ekonomidirektör och HR-direktör, eftersom de är direkt relaterade till utmaningen att behålla erfaren personal inom VO:t.

FoUUI-frågor berörs i form av deltagande i studier inom olika vetenskaper (medicin och omvårdnad), doktorand- och magisterarbeten, student- och ST-handledning med dedikerade personer som har dessa ansvarsområden inom VO:t. VO:t arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete genom att rekommendera PDSA-struktur och återrapportering från de olika enheternas utvecklings- och processgrupper. Som exempel leds Perioperativa processen av både läkare och sjuksköterska med erfarenhet i utvecklingsarbete. Under 2025 har vi etablerat ett patientsäkerhetsteam som består av senior överläkare och en steg-5 sjuksköterska.

För att utveckla fördjupad kunskap och kompetens planeras utvecklings- och studiedagarna i samråd med medicinsk kompetens och omvårdnadskompetens utifrån behov, som lokaliserats utifrån avvikelser, nya riktlinjer/rekommendationer och/eller beslut inom Region Stockholm och på sjukhuset. Under 2025 genomfördes studiedagar på IVA enligt plan, men de lokala studiedagarna på operation ställdes in till förmån för förhöjd produktion.

### **Patienten som medskapare**

Beroende på typ av enhet är patienterna delaktiga i den egna vården på olika sätt. Inom smärtvården erbjuds olika mötesformer och mötesforum. Inom alla enheter där patientvård bedrivs stöttas patienterna till att leda och vara delaktiga i sin egen vård, i enlighet med omvårdnadsvetenskapens metaparadigm. Patienters och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara genom avvikelse- och klagomålshandlingen, som beskrivs nedan, samt via direkt dialog i samband med vårdtillfället. Patient- och närståendemedverkan sker i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på samma sätt som tidigare beskrivet.

### **Säkerhetskultur**

Inom VO AnOpIVA arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker samt skapa tid för lärande och reflektion. Detta görs genom att gå igenom avvikelser och händelseanalyser i samband med avdelningsmöten. Tid för lärande och reflektion sker även vid utbildningstillfällen, såsom studiedagar och kategorimöten inom professionsgrupperna.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell.

<b>HSE Index</b>	<b>2025</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>
VO AnOpIVA	74	74	76

Aktiviteter genomfördes på respektive enhet, genom att arbeta med medarbetardrivna åtgärder utifrån medarbetarenkäten och HSE-resultatet.

### **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete genom uppföljning av nationella medicinska och omvårdnadsvariabler, sammanställda från relevanta kvalitetsregister. Vidare sker noggrann produktionsuppföljning, i syfte att lokalisera patientsäkerhetsrisker inom de perioperativa flödena.

### **Avvikelser och patientsynpunkter**

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada. När vi går igenom åtgärder i samband med möten (APT, kategorimöten, studiedagar) lyfter vi vikten av rapportering.

	2025	2024	2023
Avvikelser	228	174	140
Händelseanalyser	1	3	4
Lex Maria	1	0	0

Orsaksområde avvikelser	2025	2024	2023
Behandling/omvårdnad	76	61	46
Dokumentation/ informationsöverföring	34	18	13
Patientolycksfall	0	0	0
Utredning/bedömning/diagnos	6	3	5
Läkemedel	19	16	15

Inom verksamhetsområdet får vi synpunkter och klagomål från patienter genom Patientnämnden, IVO och 1177. Dessa bevakas av verksamhetschefssekreterare och verksamhetsutvecklare som distribuerar klagomålet/anmälan eller synpunkten till lämplig mottagare. Sammanställning och analys presenteras på APT i berörd grupp och ledningsgrupp inom VO:t. Klagomål som berör flera VO:n presenteras i operationsflödesmötet månadsvis av ansvarig för utredning/analys.

	2025	2024	2023	Källa
Patientnämnden	3	3	2	PaN
IVO- enskild anmälan	1	2	0	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	6	7	10	HändelseVis

Identifierade förbättringsområden genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Behålla adekvat och erfaren kompetens inom VO:t
- Höja och specialisera kompetensen hos alla medarbetare
- Säkerställa informationsöverföring inom perioperativa processen

Styrkor inom verksamhetsområdet som ska vidareutvecklas:

- En hög omvårdnadskompetens som ska samordnas och utvecklas genom evidensbaserade arbetssätt
- Implementering av Magnet på VO:t
- En högspecialiserad smärt enhet som fortsatt vidareutvecklas genom sitt utökade uppdrag (till och med 2027 enligt avtal) som Smärtcenter Syd
- Möjligheten att samverka mellan enheter genom flexibla lösningar som säkerställer en säker vård, till exempel under semesterperioder (UVA, postop/IVA, DKC)

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året:

- Omorganisation av UVA
- Implementering av ett patientsäkerhetsteam, med läkare och steg 5 sjuksköterska
- Fortsatt etablering av Smärtcenter Syd, fortsatt rekrytering och implementering till och med 2027
- Konceptet snabbspår och DKC-salen har fortsatt modifierats och resursats med operations- och anestesijuksköterska.

Patienter och närstående involveras i verksamhetsområdets arbete, främst inom smärtvården, där det finns ett nära samarbete med patienter och närstående i det multidisciplinära teamet. Vidare sker kontinuerlig dialog inom intensivvården, både i samband med vård och behandling, men också via post-IVA-uppföljningen. På DKC följs patienterna upp i samband med sin vård, med fokus på deras upplevelser av flödeskonceptet samt det generella perioperativa omhändertagandet.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Inför kommande år kommer fokus att ligga på:

- att behålla personal och kvalitetssäkra både basal och relevant specialistkompetens, genom att etablera patientsäkra flöden, till exempel vid robotkirurgi med mera
- att implementera Magnet på verksamhetsområdet, i samverkan med projektgruppen för Magnet
- att fortsatt förbättra och säkra hög nivå på kvalitetsvariabler och tillgänglighet.

VO:t avser att fortsatt arbeta som beskrivet ovan, då flera av dessa arbetssätt är under pågående utveckling, implementering eller omorganisering.



# **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**

## **Bilaga VO Geriatrik - Internmedicin**



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet (VO), bland annat genom att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. VO organisation beskrivs i Figur 1.

VO:ts huvudsakliga patientgrupper är akut internmedicinska och geriatriska patienter. Verksamhetsområdet bedriver även ASIH samt specialiserad palliativ vård. Inom öppenvården utreds och behandlas patienter med främst kroniska tillstånd.

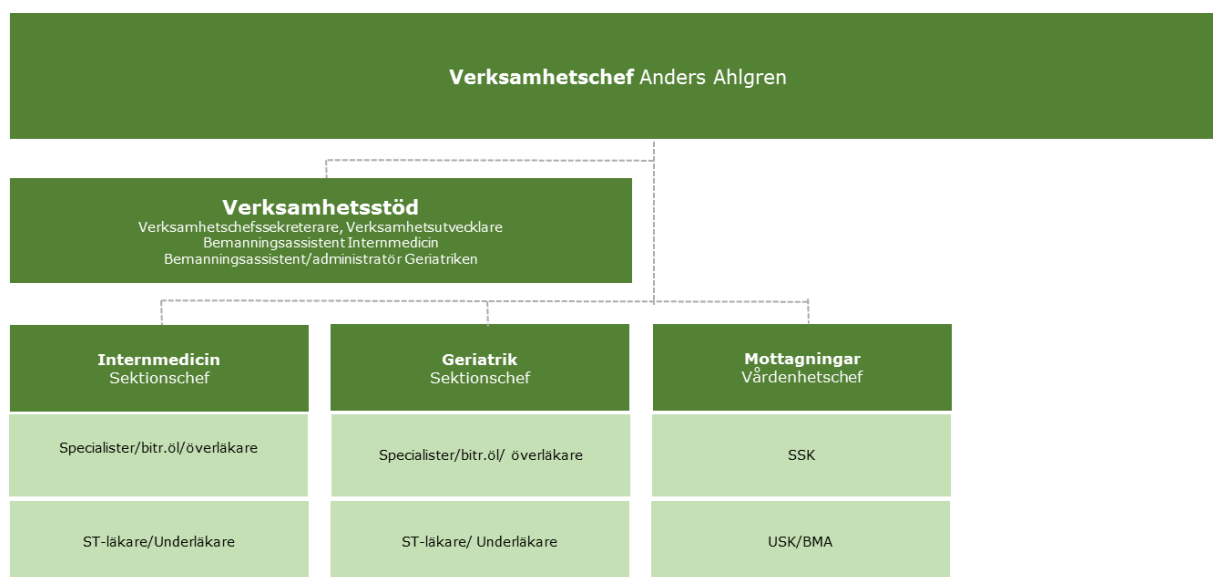
För att säkerställa säker, tillförlitlig och god vård arbetar VO:t med förbättringar i olika arbetsgrupper. Under året har verksamhetsområdet haft fokus på bland annat PSVF (personcentrerat sammanhållet vårdförlopp). Arbetsgrupperna är tvärprofessionella och tillsatta med bred kompetens. De arbetar med att skapa rutiner och riktlinjer utifrån vårdprogrammen.

## Samskapande

I arbetet med PSVF samverkar VO:t med andra verksamhetsområden och har startat upp samverkan med primärvården gällande palliativ och geriatrisk rond för hemsjukvårdspatienter. VO:t samverkar även med övriga regionsjukhus gällande patienter i behov av subakut koronarangiografi. Nytt uppdrag för hjärtcentrum innebär att primärvården kan remittera öppenvårdspatienter med kardiologisk frågeställning direkt till Södertälje sjukhus.

Tabell 1 visar de viktigaste kvalitetsmått för VO:t utöver de som finns i sjukhusets kvalitetsindikatorer

Kvalitetsparameter	2025	2024	2023
Andel subakut angiografi inom 72 h vid NSTEMI (< 80 år)	79%	88 %	65%
Andel tillgänglighet nybesök på medicinmottagningen <30 dagar	71%	100 %	56%
Antal patienter inskrivna på Sjukhus hemma/Antal vårddygn	72/406	0/0	0/0



## Adekvat kunskap och kompetens

### Kompetens anställda inom VO

	2025	2024	2023
Läkare (varav specialistkompetenta)	73 (35)	61 (36)	50 (31)
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	18 (4)	18 (2)	12 (1)
Disputerade/doktorander	2/3	2/1	2/0
Undersköterskor (fotvårdsspecialister)	5 (2)	5 (2)	5 (2)
BMA	2	2	2

På verksamhetsområdet lyfter vi forskningsintresserade, även vid rekrytering, och vi har idag tre doktorandregistrerade ST-läkare.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ingår även i ST-läkarnas utbildning, där vi även aktivt involverar ST-läkare som patientsäkerhetsansvariga läkare. För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet så har VO:t utbildat tre läkare i händelseanalyser under 2025. Medarbetare deltar i utveckling av verksamheten.

### Patienten som medskapare

Synpunkter och klagomål från patient och anhörig kommer främst via 1177. VO:t besvarar dessa så snabbt och personligt som möjligt. Synpunkterna ligger som en del av grunden för förbättringsarbeten. Inom ramen för PSVF har individuella vårdplaner skapats som förtydligar patientens egenvård och vad patienten kan förvänta sig av vården. Planen tas fram tillsammans med patienten. Patient och anhöriga involveras alltid i händelseanalyser vid allvarlig vårdskada.

### Säkerhetskultur

Inom VO Geriatrik-Internmedicin arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring att identifiera risker, samt skapa tid för lärande och reflektion genom stort fokus på patientsäkerhet i det dagliga arbetet. Dialoger, diskussioner och utbildningar som förs intra- och tvärprofessionellt och mellan olika verksamhetsområden syftar till att säkra vården. Inom slutenvården sker kontinuerlig avstämning tvärprofessionellt i team flera gånger per dag för att säkerställa kvalitativ vård för våra patienter. På verksamhetsområdet finns en patientsäkerhetsgrupp som diskuterar, hanterar och analyserar avvikelser. I gruppen ingår patientsäkerhetsansvarig läkare.

### AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom VO bedrivs detta arbete genom systematisk uppföljning av arbetssätt. Som exempel kan nämnas arbetet med att minska tiden till trombolys på strokepatienter. Arbetsgruppen träffas varannan vecka för att följa upp arbetssätt och skapa förbättringsförslag. Vid behov skapas nya arbetsbeskrivningar i ett led att arbeta säkert.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2026: att fortsätta det aktiva arbetet med de av VO:ts indikatorer som behöver förbättras. VO:t driver ett projekt med mål att sänka HbA1c på typ-1-diabetiker.

## Avvikelser och patientsynpunkter

VO:t arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att ge snabb återkoppling och att lyfta patientsäkerhetsfrågor och avvikelshantering på APT.

	2025	2024	2023
Avvikelser	145	131	90
Händelseanalyser	2	2	1
Lex Maria	1	2	0

Orsaksområde avvikelser	2025	2024	2023
Behandling/omvårdnad	24	22	13
Dokumentation/informationsöverföring	19	13	19
Patientolycksfall	0	1	0
Utredning/bedömning/diagnos	45	42	22
Läkemedel	25	19	11

Inom VO:t får vi patientklagomål och synpunkter genom främst 1177. VO:t strävar efter att besvara ärenden i tid och involverar patient och anhörig vid utredning av allvarliga händelser.

Typ	2025	2024	2023
Patientnämnden	10	18	23
IVO- enskild anmälan	6	1	3
1177 Synpunkter och klagomål	23	18	17

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Läkemedelshantering
- Bemötande
- Vårdens övergångar

Styrkor som ska fortsätta utvecklas:

- Avvikelse rapportering
- Casemetodik/M&M
- Kommunikation på VO:t gällande patientsäkerhetsarbete

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits utifrån detta under året:

- Dosdispensering i SLV
- Samverkan med primärvården och SÄBO-aktörer

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att de kontaktas i samband med händelseanalyser. Många 1177 ärenden löses per telefon med patient.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Inför kommande år kommer fokus att ligga på:

- fortsatt arbete med kloka kliniska val
- fortsatt utveckling av samverkan med andra verksamhetsområden, till exempel teamronder
- förbättring av samverkan med SÄBO, korttidsboende och primärvård
- förbättring av utfall avseende sjukhusgemensamma indikatorer
- återkoppling efter avvikelser och händelseanalyser på APT
- fortsätta utveckling av andra vårdformer, såsom "sjukhus hemma" och dagvård.

VO Geriatrik-Internmedicin kommer under året att arbeta aktivt och strukturerat med verksamhetsplanen och dess styrkort genom kvartalsvisa uppföljningar för att bibehålla, förbättra och utveckla verksamhetens styrkor och kvaliteter. Ett projekt har startats för att sänka andelen patienter med högt HbA1c genom samtalsterapi.

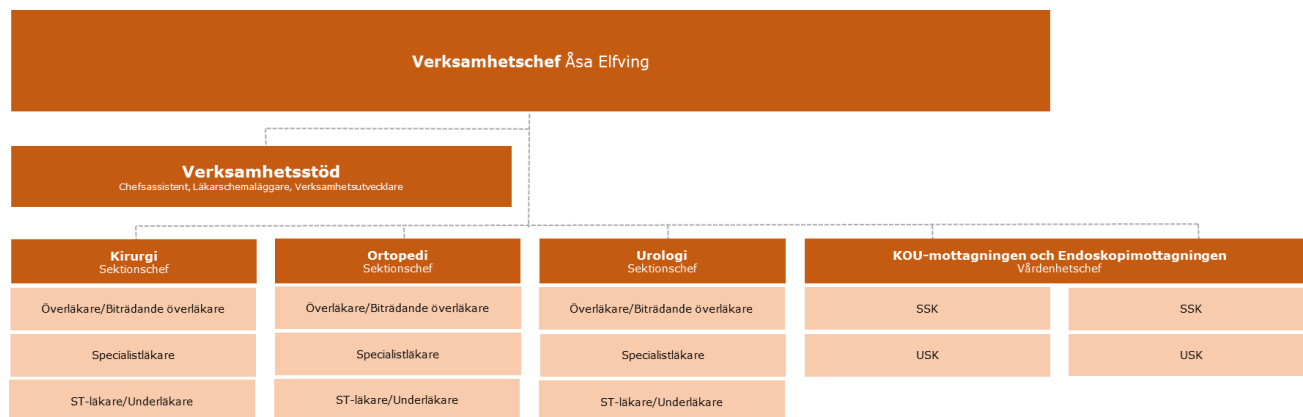
# **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**

## **Bilaga VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi**



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet (VO), bland annat genom att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. VO organisation beskrivs i Figur 1.



Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är patienter med kirurgiska, ortopediska och urologiska åkommor. Vi genomför utredningar och utför akut och elektiv kirurgi inom alla tre specialiteter.

För att säkerställa säker, tillförlitlig och god vård har vi under året arbetat aktivt med tillgängligheten för nybesök till mottagningarna samt till operation. Under 2025 har vi ökat tillgängligheten till operation jämfört med föregående år, se Tabell 1.

Tabell 1. Kvalitetsparameter	2025	2024	2023
Tillgänglighet Nybesök <30d (andel), målsättning >70%			
• Kirurgmottagningen	94	90	80
• Ortopedmottagningen	76	77	94
• Urologmottagningen	81	81	64
Tillgänglighet Operation <90d (andel), målsättning >80%			
• Kirurgi	98	72	67
• Ortopedi	95	75	77
• Urologi	95	72	62
Andel patienter som inkommer via akutmottagningen med höftfraktur som opereras inom 24 timmar, målsättning >75%.	76	79	77

Verksamhetsområdets utmaning har varit att erbjuda operation inom tre månader. Vi har arbetat aktivt under året med att öka tillgängligheten tillsammans med andra verksamhetsområden. Vi ser att arbetet har resulterat i att över 90 procent av patienterna, som väntar enligt vårdgarantin, blir erbjudna operation inom tre månader. Vi följer kontinuerligt upp tillgängligheten och säkerställer att väntelistorna är aktuella.

## Samskapande

Flertalet vårdprocesser berör flera verksamhetsområden på sjukhuset. Exempel på arbeten som genomförs i samarbete med andra verksamhetsområden är implementering av höftfrakturprocessen, ERAS och Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF) höft- och knäartros, proteskirurgi.

Vi arbetar med att se över arbetssätt kring att operera patienter på lägsta effektivaste nivå. Tillsammans med VO Anestesi har vi arbetat fram resurseffektiva arbetssätt. Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.

## Adekvat kunskap och kompetens

	2025	2024	2023
Läkare (varav specialistkompetenta)	54 (34)	47 (27)	45 (27)
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	15 (3)	15 (1)	14 (1)
Disputerade/doktorander	4	4	3
Undersköterskor	13	13	13

Under introduktionsdagen av nyanställda läkare ges information om patient- och kvalitetsarbete, vilket även ingår i ST-läkarnas utbildning. Medarbetare ges möjlighet att delta på intern och extern fortbildning. I verksamhetsplanen ingår målsättningen att varje specialist ska få tio dagar per år för utbildning. VO har fått Sjukhusläkarnas fortbildningsdiplom.

Vi arbetar strukturerat med schemaplanering för att möjliggöra att medarbetare kan driva och delta i förbättringsarbeten. Det kan bidra till ökad förståelse för systemet samt kunskap om förbättringsarbete.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet har ett par medarbetare genomgått uppdragsutbildning inom händelseanalysarbete.

## Patienten som medskapare

VO har under året arbetat med patientdelaktighet och tycker det är viktigt att utvärdera vården tillsammans med patient och anhöriga. Patienter har bland annat kunnat ge synpunkter på patientinformation. Patient och anhöriga involveras alltid i händelseanalysarbeten vid allvarlig vårdskada.

## Säkerhetskultur

Inom VO KOU arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården. Vi främjar öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring att identifiera risker och vi skapar tid för lärande och reflektion. Inom de olika specialiteterna tas regelbundet patientfall upp för diskussion och lärande. Tillsammans med andra VO genomförs konferenser om Morbidity och Mortality (M & M), där patientfall diskuteras.

Aktiviteter som har genomförts under året för att utveckla säkerhetskulturen är utbildning för underläkare tillsammans med VO Akut. Utbildningen har innehållit presentationer av händelseanalyser samt genomgång av handläggning av akuta tillstånd.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom VO bedrivs detta arbete genom systematisk uppföljning av vårdprocesser. Andelen patienter som genomgår höftoperation (på grund av höftfraktur) inom 24 timmar från ankomst till akutmottagningen, är ett exempel på uppföljning som verksamhetsområdet gör. Uppföljning sker månadsvis. Om andelen är under 75 procent kvalitetsgranskar en överläkare i ortopedi orsaken till det, och därefter sker återkoppling till verksamheten.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2026:

- preoperativ inskrivning på geriatrisk avdelning för patienter med höftfraktur (från vissa kommuner)
- implementering av robotkirurgi
- Specialistutbildningsråd (SPUR) – inspektion inom ortopedi och urologi
- genomgå revision av ProtesRelaterade Infektioner Ska Stoppas (PRISS)
- kvalitetsgranskning av ledtider för Standardiserade vårdförlopp (SVF) inom urologisk cancer

### Avvikelser och patientsynpunkter

VO arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att återkoppla aktuella avvikelser till medarbetare.

Tabell 3.	2025	2024	2023
Avvikelser	91	87	61
Händelseanalyser	3	6	5
Lex Maria	2	5	3

Tabell 4. Orsaksområde avvikelser	2025	2024	2023
Behandling/omvårdnad	19	22	16
Dokumentation/ informationsöverföring	19	13	12
Patientolycksfall	0	1	0
Utredning/bedömning/diagnos	22	18	11
Läkemedel	8	7	3

Inom VO tar vi emot synpunkter och klagomål från patienter genom patientenkäter, 1177, direktkontakt med verksamhetschef, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Tabell 5. Typ	2025	2024	Källa
Patientnämnden	26	26	PaN
IVO- enskild anmälan	0	4	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	112	27	HändelseVis

Genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall samt patientsynpunkter har följande risker och förbättringsområdena inom VO identifierats:

- läkemedelslistor (ej uppdaterade/signerade) inom slutenvården
- VO Akuts möjlighet att skylta bilder på ortopedens röntgenrond utan tydligt överlämnande av patientansvar
- PAD-svar prostatabiopsier dröjer för länge
- Patientinformation

Styrkor inom VO som vi ska fortsätta utveckla är:

- att medarbetare känner stort ansvar för sina patienter
- att vi har en stöttande och lärande kultur
- att medarbetare vågar prata om sina misstag
- att kommunicera digitalt med patienter.

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits under året:

- ERAS
- Implementering av PSVF höft- och knäledsartros – proteskirurgi
- Införande av digitala operationskallelser

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Inför kommande år kommer fokus att ligga på:

- införandet av robotkirurgi
- implementering av nytt arbetssätt för patienter med höftfraktur, som ska skrivas in på geriatrisk avdelning
- strukturerat arbete med att se över patientinformation
- fortsatt utveckling av patienters möjlighet att komma i kontakt med oss digitalt.

Verksamhetsplanen för 2026 innehåller flera projekt och förbättringsarbeten som syftar till att bibehålla och stärka patientsäkerheten samt vårdkvaliteten för våra patienter. Fortsatt kommer medarbete att uppmanas att identifiera och rapportera patientsäkerhetsrisker. Inträffar en allvarlig händelse genomför vi, ofta tillsammans med flera andra VO, strukturerat arbete med händelseanalys. Arbetet med händelseanalyser syftar till att skapa en lärande organisation samt minimera att liknande händelser inträffar igen.



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse VO Kvinnor-Barn



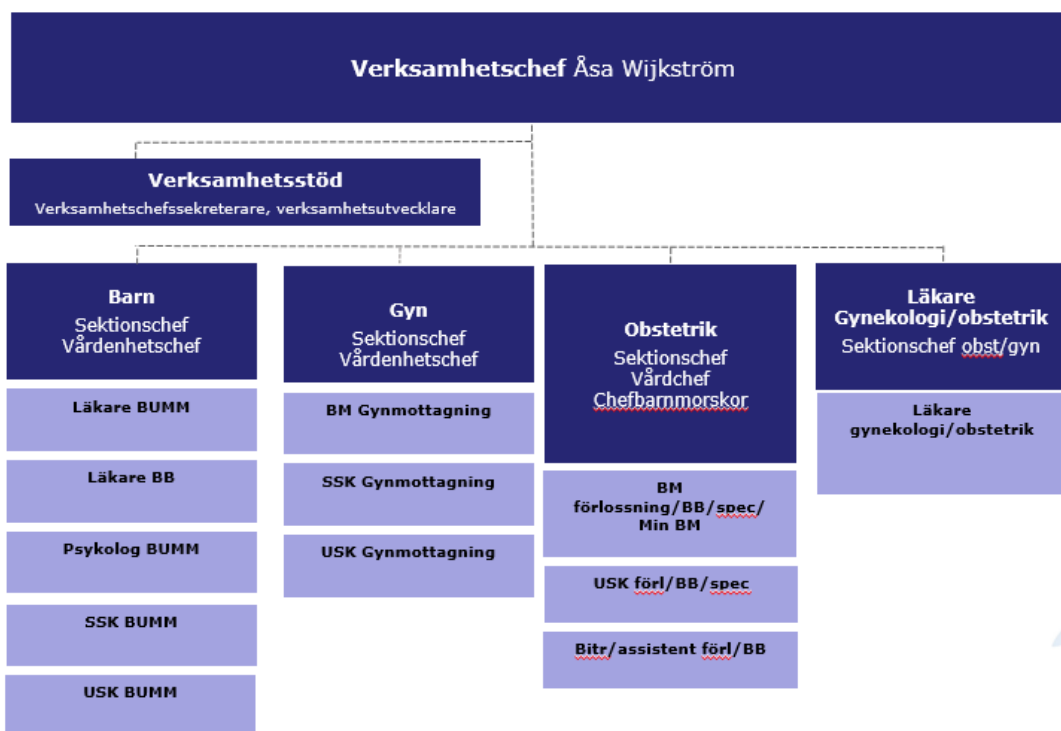
Vi är verksamhetsområde Kvinnor-Barn



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschef ansvarar för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild nedan.



Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är inom specialiteterna obstetrik, gynekologi och barnsjukvård.

### Obstetrik

- Specialistmödravård, mottagning för förlossningsrädsla (Aurora), ultraljud och akuta tillstånd under graviditet
- Förlossning från graviditetsvecka 36, eftervård på BB, återbesöksmottagning samt akuta tillstånd hos nyförlösta till och med 6 veckor efter förlossningen

### Gynekologi

- Planerad gynekologisk mottagning för bland annat utredningar, vulvabesvär, endometrios och bäckenbottenproblematik
- Gynekologisk akutmottagning 24/7
- Mottagningsoperation för mindre ingrepp, till exempel hysteroskopi och koniseringar
- Dagvårdsoperation med medelstora ingrepp, till exempel inkontinensoperationer och laparoskopier
- Slutenvårdsoperationer, till exempel hysterektomier

### **Barnsjukvård**

- Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM) för barn 0–18 år, med specialistmottagning för bland annat obesitas, astma och ADHD
- Barnjourverksamhet 24/7 för akut omhändertagande av sjuka nyfödda, bedömning och undersökning av nyfödda på BB och återbesöksmottagning

För att säkerställa säker och god vård följer och sammanställer verksamhetsutvecklarna kvalitetsdata månadsvis och resultaten diskuteras i respektive styrgrupp samt i verksamhetsområdets ledningsgrupp. Projektledarna för pågående förbättringsarbeten inom verksamhetsområdet och specialistbarnmorskorna följer sina egna kvalitetsutfall tillsammans med verksamhetsutvecklare och styrgrupper. Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) och/eller sektionschef för respektive verksamhet ansvarar för utveckling, utvärdering och uppföljning av patientsäkerhet och vårdkvalitet inom sitt område. Nationella och regionala vårdprogram och rutiner relevanta för specialiteterna följs.

### **Samskapande**

Inom verksamhetsområdet finns flera förbättringsgrupper med fokus på, bland annat, att minska andelen stora förlossningsblödningar och en förbättrad eftervårdsprocess. Dessa grupper är tvärprofessionellt sammansatta med representation från berörda delar av verksamhetsområdet. Specialistbarnmorskorna (fokus normal förlossning, sjuka barn, bäckenbottenhälsa, eftervård och Aurora) samverkar med ett flertal andra professioner adekvata för respektive ämnesområde, till exempel fysioterapeuter, kuratorer och anestesioleger.

Vidare samverkar VO Kvinnor-Barn med VO Anestesi gällande utveckling av flera områden och processer, till exempel neo-CEPS och mamma-CEPS, där omhändertagande av svårt sjuk patient tränas sjukhusövergripande – och tillsammans med representanter från prehospital verksamhet. Träningar gällande omhändertagande av akut sjukt barn och akut gynekologiskt sjuka kvinnor genomförs på sjukhusets akutmottagning. Detta sker tillsammans med VO Akut och VO Anestesi.

Förlossningsvården inom Region Stockholm har utvecklade rutiner för hänvisning av förlossningspatienter mellan sjukhusen. Inom både kvinnosjukvården och barnsjukvården är patientflöden och vårdkedjor i samverkan med primärvården viktiga och väl utvecklade, såsom mödrahälsovård-förlossning/eftervård-barnhälsovård. BUMM deltar i centrala samverkansgrupper och mottagningens barnläkare kan adjungeras till de lokala barn- och ungdomspsykiatriska (BUS) grupperna som arbetar med specifika patientärenden. Via BUS regleras också ett gemensamt remissbedömningsteam (BUMM och BUP) där svåra neuropsykiatriska bedömningar hanteras. Verktöget Samordnad Individuell Plan (SIP), tillsammans med socialtjänsten och flera aktörer, används regelbundet och BUMM utför även läkar- och hälsoundersökningar på uppdrag av socialtjänsten.

Kvalitetsparametrar	2025	2024	2023
Sfinkterruptur hos förstfödorskor, icke instrumentell förlossning	3,5%	3,9%	3,3%
Apgarpoäng <7 hos nyfödd efter 5 minuter	1,5%	1%	1,7%
Delaktighet i planering och beslut under förlossning, poäng 4–5	83%	82%	Ej data
Ökad andel mottagningsoperationer gynekologi	Ökat	Ökat	
Minska andel väntande på återbesök till BUMM	Ökat	Minskat	

### Kort analys av kvalitetsutfall, inklusive åtgärder

Resultatet för sfinkterruptur hos förstfödorskor hamnade under målnivån för Region Stockholm (3,7 procent), liksom målet för upplevd patientdelaktighet vid förlossning (80 procent). Målnivån för Apgar-poäng vid fem minuter (1,3 procent) uppnåddes inte och analys av utfallet pågår.

Mottagningsoperationerna på gynmottagningen har ökat jämfört med föregående år, vilket har frigjort utrymme på centraloperation för andra opererande specialiteter. Kötiden för gynekologiska operationer minskade under 2025 och regionens målnivå för behandling/operation inom 90 dagar uppnåddes.

### Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2025	2024	2023
Läkare (varav specialistkompetenta)	34/26	33/22	33/22
Barnmorskor	71	77	77
Sjuksköterskor (inkl. specialistkompetenta)	15	15	14
Psykologer	2	0	1
Undersköterskor	52	46	46
Disputerade/doktorander	7/1	6/1	5/1
Sjuksköterskor/barnmorskor med steg 5-tjänster	8	8	6

Bemanningen som helhet är god inom verksamhetsområdet. Förlossningsverksamheten deltar i två nationella studier (ACT, Option). En doktorand finns inom området obstetrik/gynekologi. Verksamhetsområdet har en stor studentverksamhet inom alla enheter, med stabilt goda resultat i utvärderingar.

Verksamhetsområdets medarbetare har stor vana vid olika projekt och förbättringsarbeten. Grunden för förbättrings- och implementeringsarbetet inom verksamhetsområdet är PDSA-cykler och arbetet utgår företrädesvis ifrån QRC-modellen, i vilken verksamhetsområdets förbättringscoacher utbildats. Interna utbildningar i avvikelse- och händelseanalysarbete hålls regelbundet.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet lyfts begreppet patientsäkerhet återkommande ur ett flertal perspektiv, och bland annat har utvecklingsdagar för samtliga personalgrupper haft fokus på patientsäkerhet. Händelseanalyser och fallgenomgångar återkopplas till samtliga medarbetare, bland annat genom AHA-ronder (allvarlig händelse och analys-rond).

### **Patienten som medskapare**

Informerat samtycke är grunden för alla åtgärder som vidtas, både inom förlossningsvården och inom den gynekologiska vården. Inom barn- och ungdomsmedicin vägs alltid barn- och ungdomsperspektivet mot föräldrarnas rätt till information och samtycke.

Verksamhetsområdet har ett väl fungerande system för omhändertagande av patientklagomål som inkommer via patientnämnden och 1177/Händelsevis. Mer frekvent återkommande klagomål har lyfts på planeringsdagar och patientsäkerhetsmöten.

Återkommande patientenkäter genomförs på samtliga enheter, huvudsakligen via verktyget Rapportor. Enkätresultaten analyseras och återförs till verksamheten, för att sedan ligga till grund för förbättringsprojekt. Patient- och närståendeintervjuer sker vid samtliga händelseanalyser. Patientrepresentanter har vid flertalet tillfällen medverkat vid planeringsdagar och i samband med förbättringsarbeten har verktyget "patientresa" använts, i syfte att fånga patientperspektivet.

### **Säkerhetskultur**

Inom verksamhetsområdet arbetas det kontinuerligt för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker, samt skapa tid för lärande och reflektion. Det görs genom förbättringsmöten inom BUMM och gyn, veckovisa genomgångar av kommande operationer i läkargruppen, auditkonferenser för läkare på BUMM, förlossningsrond tre gånger per dygn, barnläkarrond två gånger per dygn, samt aktivt arbete med time-out i förlossningsvården.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell nedan.

HSE Index	2025	2024	2023
	79	80	77

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är att ha återkommande PSK-möten (patientsäkerhets- och kvalitets möten) i läkargruppen obstetrik/gynekologi, där avvikelser återkopplas i lärande syfte. Återkommande (2-4ggr/år) AHA-ronder (allvarlig händelseanalys) där allvarligare ärenden, exempelvis Lex Maria går igenom och verksamhetsområdets samtliga medarbetare bjuds in.

Under 2026 planeras införande av daglig patientsäkerhetsavstämning på BB/förlossning, för samtliga professioner, ledda av förlossningskoordinator.

Orsaksområde avvikelser	2025	2024	2023
Behandling/omvårdnad	143	90	72
Dokumentation/ informationsöverföring	114	75	83
Patientolycksfall	1	1	2
Utredning/bedömning/diagnos	35	36	23
Läkemedel	21	10	13

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete i form av flertalet utvecklings- och förbättringsarbeten med patientsäkerheten i fokus, bland annat för att minska andelen stora blödningar och bristningar i samband med förlossning.

Vidare arbetar vi med att ytterligare utveckla säker patientstyrd sedering vid gynekologiska mottagningsoperationer, att identifiera rätt patientgrupper för minimalinvasiv kirurgi samt att erbjuda god och säker abortvård. Hela verksamhetsområdet har påbörjat ett omfattande arbete utifrån Kloka Kliniska Val. Exempel på egenkontroll i verksamheten beskrivs på sidan 1.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2026:

- Införa daglig patientsäkerhetsavstämning på förlossning/BB
- Fortsatt övning på akuta situationer inom såväl obstetrik, gynekologi och akut barnomhändertagande
- Ökat fokus på patientsäkerhetsarbete i form av att ta vara på goda exempel, och lyfta dessa, samt att ha en större transparens kring avvikelser i ett lärande syfte

## Avvikelser och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada, genom att återkommande lyfta vikten av avvikelserrapportering. Avvikelse- och händelserapporteringen sker genom systemet HändelseVis, men även vid ronder, reflektionstillfällen och direkt till chefer och MLA:er. Utbildning/genomgång av begreppen risk, händelse, vårdskada, samt hur man rapporterar har hållits vid flera tillfällen under året.

	2025	2024	2023
Avvikelser	426	310	290
Händelseanalyser	2	2	4
Lex Maria	2	1	1

Till verksamhetsområdet kommer synpunkter och klagomål från patienter genom 1177, patientvägledare, Patientnämnden (PaN), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Nationella patientenkäten (NPE) eller på annat sätt. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras huvudsakligen initialt av verksamhetschef, vårdchef och verksamhetsutvecklare. Klagomålen sammanställs och analyseras fortlöpande och lyfts vidare för uppföljning till bland annat styrgrupper, första linjens chefer, vårdutvecklare och specialistbarnmorskor.

Klagomål	2025	2024	2023	Källa
Patientnämnden	16	13	7	PaN
IVO- enskild anmälan	3	4	3	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	22	14	13	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet, identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Bristningar grad 3–4 vid förlossningar med sugklocka
- Stora blödningar vid förlossning med kejsarsnitt
- Brister i CTG-tolkning

Styrkor inom verksamhetsområdet som ska fortsätta utvecklas:

- Hög tillitskultur
- Gott samarbete över specialitetsgränserna inom verksamhetsområdet
- Samverkan inom hela vårdkedjan graviditet – förlossning – eftervård

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits under 2025:

- Utveckling av arbetet med att minska stora förlossningsblödningar tillsammans med VO Anestesi
- Nystart för tvärprofessionell arbetsgrupp, med mål att minska stora bristningar vid förlossning med sugklocka
- Återinförande av återkommande CTG-utbildningstillfällen för samtliga professioner på förlossningen

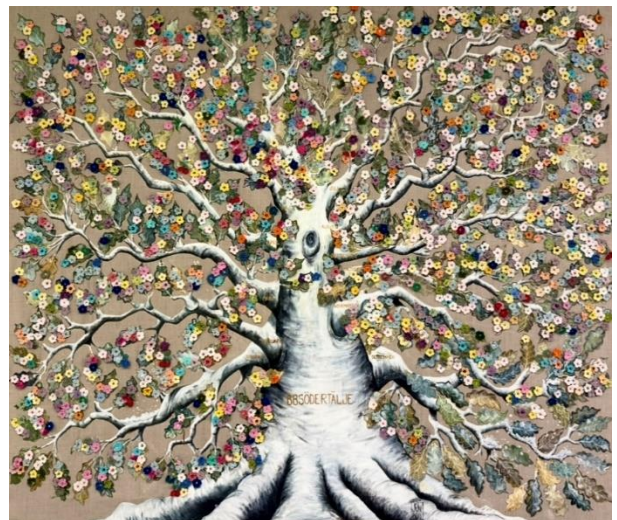
Patienter och närstående involveras i detta arbete, bland annat, genom att verksamheterna tillvaratar resultat och fritextsvar från patientenkäter.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2026 kommer fokus att ligga på att fortsätta med redan etablerade arbetssätt för att identifiera risker och svagheter, beskrivet under rubriken **Säkerhetskultur**.

Exempel på strategier och aktiviteter inom verksamhetsområdet under 2026:

- En daglig tvärprofessionell patientsäkerhetsavstämning införs inom förlossning/BB.
- Samarbetet med andra opererande specialiteter ökas genom kunskapsutbyte och fler gemensamma forum.
- Arbete för att VO Kvinnor och Barn ska vara en lärande organisation sker genom att i alla led betona tillit och ett transparent förhållningssätt.
- Forum för involvering av patient och närstående i utveckling och förbättring av vården inom verksamhetsområdet ska skapas.



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse VO Hälsoprofessioner



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat genom att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs under ”organisationsbild”.

Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper avser ineliggande patienter i behov av rehabiliterande eller behandlade insatser i samband med operation, sjukdom eller skada samt öppenvårdspatienter som kommer för fortsatt rehabilitering eller behandling efter sin sjukhusvistelse. Verksamhetsområdet erbjuder arbetsterapi, fysioterapi, nutritionsvård, samtalsstöd, kognitiv utredningsverksamhet samt tal-, språk- och sväljrehabilitering. Till verksamhetsområdet hör även rehab-koordinator, friskvårdskonsulent samt två primärvårdsmottagningar: Logopedmottagningen Södertälje Sjukhus och Wasa Logopedmottagning.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård arbetar VO hälsoprofessioner med olika aktiviteter för att stärka yrkeskompetensen och medvetenhet kring kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. VO hälsoprofessioner har under 2025 arbetat med bland annat införandet av International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) på sjukhuset, deltagande i arbetsgrupper för personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF), förändrat helgtjänstgöringen för fysioterapeuter för att kunna träffa fler patientkategorier, förbättrat kostbehandlingen efter obesitaskirurgi samt uppstart av anhöriggrupp för palliativa patienter.

VO hälsoprofessioner har samarbetat med flera andra verksamhetsområden under 2025 i olika förbättringsarbeten och riskbedömningar. Exempel på arbetet är effektivisering av ledplastikprocessen, införandet av IDDSI samt deltagit i arbeten inför flytten av de nya geriatriska vårdavdelningarna. Hälsoprofessioner har under året också samverkat med externa samarbetspartners för att förbättra patientsäkerheten i utskrivningsprocessen och vårdövergångar.

Kvalitetsparameter	2025	2024	2023
Träffat fysioterapeut för nybesök efter hjärtinfarkt (sephia)	89 %	78 %	60 %
Fysioterapeutbedömning <= 24 timmar för strokepatienter (riksstroke)	44 %	40 %	38 %
Patienter har under slutenvårdtiden erhållit fysioterapi (riksstroke)	60 %	57 %	80 %
Patienter har under vårdtiden erhållit arbetsterapi (riksstroke)	59 %	57 %	78 %
Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped avseende sväljfunktion (riksstroke)	19 %	15 %	24 %

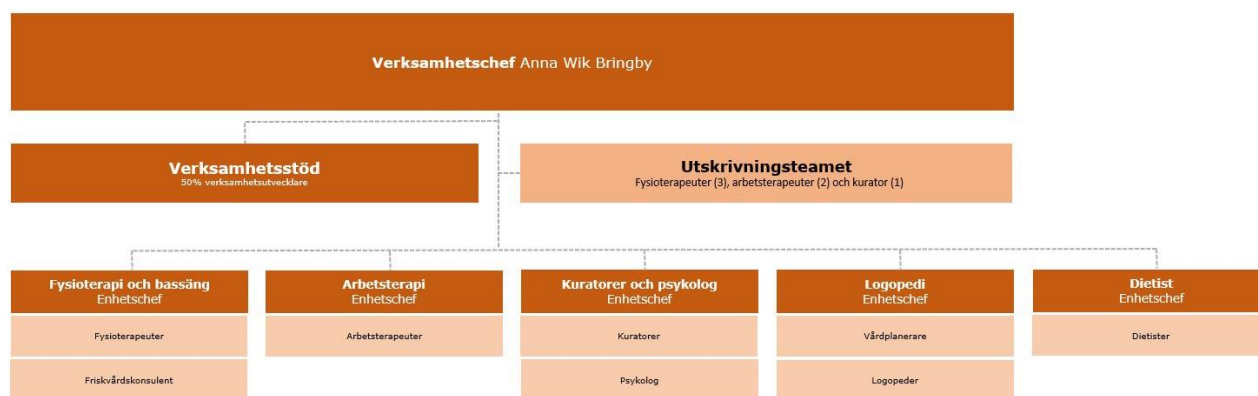
Rehabiliteringsrapporten från Riksstroke för 2025 erhöll 44 % av patienterna en fysioterapeutbedömning inom 24 timmar, att jämföra med ett nationellt genomsnitt på 56 %. Andelen patienter som fick fysioterapeutisk behandling under vårdtiden uppgick till 60 %, medan motsvarande siffra för riket var 66 %. Antalet patienter som erhöll arbetsterapi under slutenvårdstiden var lägre på Södertälje sjukhus (59 %), jämfört med nationell nivå (67 %). Andelen

patienter som bedömdes av logoped på grund av sväljsvårigheter vid Södertälje sjukhus 19 procent, vilket var i det högre spannet för övriga akutsjukhus inom Region Stockholm.

En förhoppning med ökad bemanning av fysioterapeuter under helger är att kvalitetsindikatorer gällande fysioterapi för stroke/tia patienter under 2026 närmar sig det nationella genomsnittet.

Andelen patienter som erhöll fysioterapeutkontakt efter hjärtinfarkt har förbättrats från 2024 till 2025, en förklaring till det är förbättrad bemanning av fysioterapeuter för hjärtrehabilitering.

## Organisationsbild VO hälsoprofessioner



## Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2025	2024	2023
Arbetsterapeut	11	11	12
Dietist	5	5	4
Fysioterapeut	16	17	16
Friskvårdskonsulent	1	1	1
Kurator	9	9	9
Logoped	11	11	12
Psykolog	1	1	1
Rehabkoordinator	0,6	0,6	0,6
Utskrivningsteam	6	6	6
Vårdadministratör	1,5	1,5	1,5
Verksamhetsutvecklare	0,5	0,2	0,2

Inom verksamhetsområdet finns både bred och djup kompetens inom olika professioner. Medarbetare uppdaterar sig kontinuerligt och deltar i utbildningar och fortbildningsinsatser för att säkerställa rätt kompetensnivå. Kompetensstegen används för att belysa aktuell och önskad kompetens på både grupp- och individnivå. I verksamhetsområdet arbetar både nyutexaminerade medarbetare och medarbetare med lång och gedigen kompetens vilket bedöms stärka bandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom VO Hälsoprofessioner finns en FoUU-grupp som leds av verksamhetsutvecklare. Gruppen är sammansatt av medarbetare med steg 5-tjänster eller

huvudhandledaruppdrag samt representanter från samtliga yrkesgrupper. Gruppen träffas regelbundet för planering och utvärdering av pågående aktiviteter och forskningsprojekt.

Patientsäkerheten utgör en levande diskussion på bland annat VO-övergripande möten. Medarbetare involveras i händelseanalyser och riskbedömningar för att stärka dialog och reflektion kring patientsäkerhetsfrågor. Alla medarbetare är informerade om avvikelssystemet Händelsevis och rapportering av avvikelser sker kontinuerligt. Under året har flera VO-möten fokuserat på temat kvalitet och förbättringsarbete, bland annat genom presentation av förbättringsarbeten inom de olika enheterna. Tema kvalitet och förbättringsarbeten fortlöper över 2026.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet så eftersträvar verksamheten att en gång per år belysa ämnet på VO-möten. FoUU-gruppen har under 2025 slagits ihop med tidigare patientsäkerhetsgruppen då liknande frågor diskuterades i både forumen.

## Patienten som medskapare

Ett av FoUU-gruppens fokusområde för 2025 och 2026 är att öka patientinvolvering och att bjuda in patientrepresentanter för att stärka patienten som medskapare. Under året hölls ett VO-möte med fokus på personcentrerad vård för att lyfta kunskapen inom verksamhetsområdet. I de fall där patienter har haft synpunkter eller klagomål på vården har patienter erhållit återkoppling och möjlighet till dialog. Patientperspektivet är både viktigt och centralt i vårddmötet med hälsoprofessionerna och en förutsättning för att våra insatser ska nå effekt och resultat. Synpunkter och klagomål välkomnas och hjälper oss att utveckla patientsäkerhetsarbetet.

Orsaksområde avvikelser	2025	2024	2023
Behandling/omvårdnad	0	4	3
Dokumentation/informationsöverföring	2	3	1
Patientolycksfall	0	1	0
Oväntat dödsfall	0	1	0
Utredning/bedömning/diagnos	0	0	0
Läkemedel	0	1	0
Vårdhygien	0	0	1
Extern avvikelse	1	3	2
IT/Teknik/MT	0	0	2
Regelverk/juridik	0	0	1

## Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområde Hälsoprofessioner arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker samt skapa tid för lärande och reflektion genom att uppmuntra medarbetare att agera på brister och risker.

Psykologisk trygghet är ett prioriterat ämne och som diskuterats kontinuerligt under året. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell nedan.

HSE Index	Ar 2025	2024	2023
	76	79	74

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla säkerhetskulturen inom verksamheten är följande:

- Kontinuerligt arbete med riskbedömningar samt att engagera och involvera medarbetare i riskbedömningar
- Aktiviteter för förbättrad krisberedskap.
- VO-möte med fokus på flexibilitet och omställning.
- Information om avvikelshantering på arbetsplatsträffar.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten så arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet så bedrivs detta arbete genom att arbeta både operativt och strategiskt för en god säkerhetskultur, bl a genom dialog och ärendedragning i samband med vårdavvikelse och händelseanalyser. Under året har VO Hälsoprofessioner arbetat förebyggande med riskbedömningar med målsättning att minst utföra 5 riskbedömningar under året. Under 2025 har VO Hälsoprofessioner arbetat med ökad robusthet i form av utökat förrådskapacitet för 2 veckor, kris och katastroflåda samt reservrutin för hjälpmedelsförskrivning.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet så har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025.

- Bjuda in patientrepresentant till verksamheten för att öka patientmedverkan. FoUU-gruppen har fått i uppdrag att arbeta med frågan och flera patientföreningar har kontaktats och arbetet fortlöper 2026.
- Utföra minst 5 riskbedömningar under året, målet har uppnåtts. Till följd av det proaktiva arbetet har förståelsen och kunskapen för riskbedömningar ökat bland medarbetarna under året.
- Öka kunskapen för personcentrerad vård inom vårt VO. Ämnet arbetades med under ett VO-möte i form av en workshop där nyckelbegreppen inom personcentrerad vård var i fokus.

## Avvikelse och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att uppmuntra till avvikelserapportering, informera om Händelsevis samt genom att återkoppla genomförda avvikelser och händelseanalyser. Flertalet avvikelser rapporteras vidare och handläggs för åtgärder inom andra VO:n. VO Hälsoprofessioner är medvetna om att rapporteringsgraden av avvikelser är låg. Detta beror inte på att avvikelser förbises eller lämnas utan åtgärd, utan många händelser hanteras direkt i det dagliga förbättringsarbetet genom dialog, åtgärder och uppföljning i verksamheten. Samtidigt ser verksamheten ett tydligt utvecklingsområde i att öka den formella rapporteringen av avvikelser, då detta är en viktig del i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten behöver därför fortsätta arbeta med att belysa vikten av att rapportera avvikelser som ett komplement till det direkta förbättringsarbetet. Tabellen nedan visar antalet avvikelser handlagda inom VO Hälsoprofessioner.

	2025	2024	2023
<b>Avvikelse</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>10</b>
<b>Händelseanalyser</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Lex Maria</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Inom verksamhetsområdet så får vi patientklagomål och synpunkter genom muntlig eller skriftlig återkoppling från patienter och anhöriga samt via sjukhusets system för detta. Inkomna klagomål och synpunkter diskuteras med berörda medarbetare utifrån upplevelser i samband med vårdmötet och genom granskning av journalhandlingar. Återkoppling på PaN- och IVO-ärenden följer sjukhusets interna rutiner. Vid behov tas personlig kontakt med patient/anhörig för fördjupad dialog.

Typ	Antal 2025	Antal 2024	Källa
Patientnämnden	0	1	PaN
IVO- enskild anmälan	0	0	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	0	0	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter är

- Bristande dokumentation och informationsöverföring.
- Följsamhet till ordinationer och rekommendationer
- Bristande följsamhet till utskrivningsprocessens rutiner och överrapportering i vårdens övergångar.

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla är

- Verksamhetsrådets bredd och kompetens som bland annat nyttjas i sjukhusövergripande kunskaps- och verksamhetsutveckling
- Flertaliga och stora kontaktytor som skapar förutsättning för extern och intern samverkan
- Vårt engagemang och vilja till utveckling och förändringsarbete inom verksamhetsområdet i linje med verksamhetsplanen

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året

- Förstärkt utskrivning var ett projekt som pågick fram till december 2025, två medarbetare från VO Hälsoprofessioner var projektledare för projektet. Projektet har bidragit till ökad samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun, ökad förståelse för utskrivningsprocessen på sjukhuset samt framtida utvecklingsbehov inom området.
- Utskrivningsteamet har under året arbetat för att sprida kunskap om utskrivningsprocessen och samverkat med externa samarbetspartners för att förbättra patientsäkerheten i vårdens övergångar
- Logopedmottagningen har drivit implementeringen av IDDSI på sjukhuset och på vård och omsorgsboenden i kommunen.
- Fysioterapeuterna har arbetat fram ett nytt arbetssätt för helgtjänstgöring som möjliggör bedömning av TIA/stroke patienter. Fysioterapeuterna har bidragit till kökningen av höft-knäplastiker genom uppstarten av preoperativa samtal samt effektivare arbetssätt postoperativt.
- Kurator-psykologenhetsen har under året arbetat med att förbättra patientsäkerheten med journaldokumentation, samt införandet av anhörighetsgrupp för palliativa patienter.
- Arbetsterapeuterna har varit delaktiga i kökning av höft-knäplastiker samt varit delaktiga i arbetet för nya geriatriska avdelningarna.
- Dietistenheten har arbetat med att förbättra kostbehandlingen vid bariatrisk kirurgi och uppföljning av patienterna efter kirurgin.

För att säkra tillgången på nutritionsprodukter har dietistenheten skapat ”Enkla val nutrition” som är ett ändamålsenligt urval av kosttillsägg och sondnäringar för sjukhusets avdelningar. Arbetet har gjorts i samarbete med Försörjningen som sköter den lokala lagerhållningen.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på

- Ta fram en struktur för patientmedverkan inom verksamhetsområdet.
- Fortsätta implementera arbetet med kloka kliniska val i det dagliga patientarbetet.
- Utveckla digitaliseringen inom verksamhetsområdet.
- Införa VO-övergripande lunchutbildning för kompetenshöjning.
- Fastställa yrkesspecifika befattningsbeskrivningar.
- Regelbundna VO-möten med teman inom patientsäkerhet och kvalitet.

VO Hälsoprofessioner har flera tydliga styrkor i patientsäkerhetsarbetet, såsom ett etablerat förebyggande arbete med riskbedömningar, en god säkerhetskultur samt engagerade medarbetare som bidrar i förbättrings- och utvecklingsarbete. Dessa styrkor ska bibehållas och vidareutvecklas genom fortsatt arbete med händelseanalyser och lärande från avvikelser. Samtidigt finns utvecklingsområden kopplade till behovet av ökad systematik i patientmedverkan. Patientmedverkan är ett prioriterat förbättringsområde och ska stärkas genom ökad delaktighet i vård och förbättringsprocesser. Arbetet med kvalitetsindikatorer i kvalitetsregister ska utvecklas för att bättre stödja analys, uppföljning och förbättringsåtgärder inom verksamheten. Samverkan och de breda kontaktnäten är en styrka som värdesätts och fortsätta utvecklas i nära samarbete med övriga sjukhuset.



# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

## Bilaga VO Röntgen 2025



## Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet bl.a. att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsrådets organisation beskrivs i bild 1.

Verksamhetsrådets huvudsakliga patientgrupper är öppenvårds- och slutenvårdspatienter för bilddiagnostisk undersökning.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för detta så arbetar verksamheten med kontinuerlig genomgång av rutiner, sektionsansvariga modalitetsgrupper som optimerar undersökningsmetoder, granskar kvalitét och arbetar tätt med strålfysiker samt andra verksamheter externt/internt för att upprätthålla minsta möjliga strålning utan att överstyra bildkvalité och patientsäkerhet.

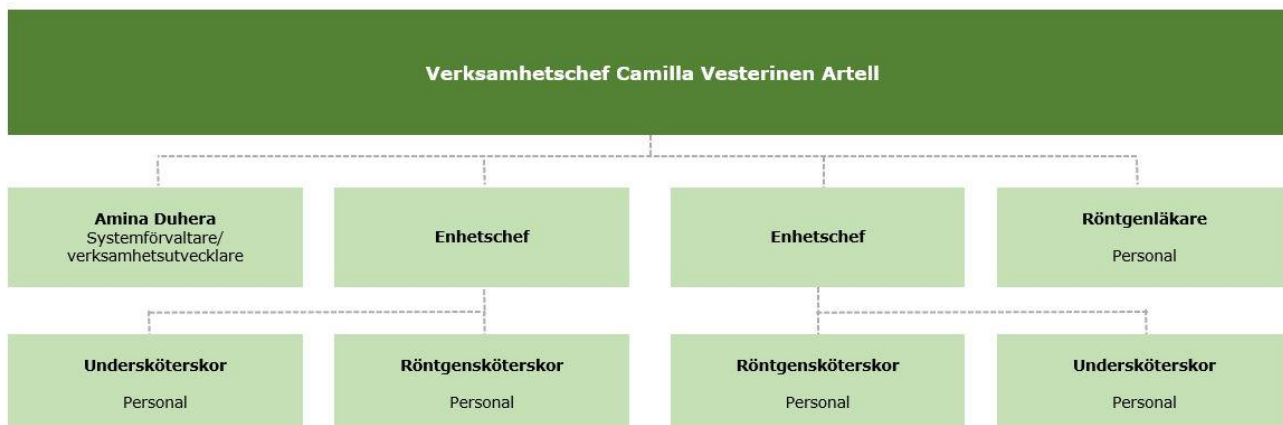
Röntgen tillhandhåller högteknologisk bilddiagnostisk utrustning vilket medför tätt samarbetar interna/externa verksamhetsområden/leverantörer. Bland annat samverkar Röntgen med Medicinsk teknik, IT, tillsammans med externa leverantörer för att upprätta felsökning, service, underhåll, uppgradering, installationer av befintlig och/eller ny utrustning. Då Röntgen är en betydande del av patientens utredning, sker ett tätt samarbete med andra verksamhetsområden vad gäller patientsäkerhet och är mestadels involverade i händelseanalyser etc.

Inom den svenska radiologin finns ännu inga kvalitetsregister och VO Röntgen rapporterar

inga indikatorer till Hälso-och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Verksamheten tillämpar Nationella riktlinjer, regionala vårdprogram inom de områden där sådana finns samt de arbetssätt som tagits fram för Standardiserade vårdförlopp (SVF).

Tabell med viktigaste kvalitetsmått från verksamhetsplanen

Kvalitetsparameter	2025	2024	2023
Basala Hygienrutiner	Grön	Orange	Grön
Undersökning i tid inom medicinsk prioritering	Grön	Grön	Grön
Svarsrutiner inom rätt medicinsk prioritet	Yellow	Yellow	Grön
Standardiserat vårdförlopp (SVF)	Grön	Grön	Grön
Rutinkännedom bland medarbetare	Yellow	Red	Yellow
Användning av avvikelserapporteringssystemet	Grön	Grön	Yellow
Antal medarbetare som medverkar i den interna kvalitetsutbildningen 70%	Grön	Grön	Light Blue



## Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	År 2025	År 2024	År 2023
Läkare (varav specialistkompetenta)	17(13)	13(11)	11(10)
Röntgensjuksköterskor	24	26	26
Disputerade/doktorander	1	2	1
Undersköterskor	11	10	10
Övriga (Systemförvaltare/ Verksamhetsutvecklare)	2	1	1

Det råder brist på röntgensköterskor och radiologer nationellt vilket avspeglas hos VO Röntgen.

Det är svårt att rekrytera, en faktor kan vara att det finns flertalet arbetsgivare inom regionen som konkurrerar om arbetskraften. Vi tar emot röntgensköterskestudenter från Karolinska Institutet och utbildar ST-läkare samt håller interna utbildningsinsatser inom de områden vi ser att kompetensen behöver höjas.

För att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete belyser vi händelser genom öppen kommunikation och tillit till medarbetaren. På möten som arbetsplatsträff (APT), morgonmöte, har vi stående punkt för avvikelser och händelseanalyser.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet så håller medarbetare i interna utbildningar en gång i veckan, utformat individuella utbildningsplaner för specialisttjänstgörande läkare och introduktionsprogram för nyanställda.

## Patienten som medskapare

Patienten görs delaktig från bokad tid till undersökningens slut, varje undersökning anpassas utifrån individens förmåga för bäst möjliga upplevelse. Undersökningen kräver en öppen dialog under hela undersökningstiden. Det finns även möjlighet för närstående att medverka vid en del av undersökningstillfället om så önskas av patienten. Möjlighet till att lämna klagomål och synpunkter finns antingen muntligt eller skriftligt och hanteras av verksamhetsansvarig chef i först hand. Synpunkter och klagomål presenteras för medarbetare i

## Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområde Röntgen arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker samt skapa tid för lärande och reflektion genom att avsätta tid till utbildning för

kompetensutbyte, tid till reflektion på morgonmötet och arbetsplatsträffar som stående punkt.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät se tabell

HSE Index	2025	2024	2023
	71,4	72	72

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är genom att presentera resultat från hållbarhet säkerhet engagemang (HSE), kommunicera och följs upp via APT och/eller under kategorimöten. Avvikande frågor bearbetas i små grupper där vi tillsammans diskuterar och sammanställer förslag på förbättringar och åtgärder. Gröna Korset och Gröna slingan används för ett mer systematiskt arbetssätt som omfattar patientsäkerhet och arbetsmiljö. Det ger medarbetare tillsammans med ledningen att reflektera över patientsäkerheten och arbetsmiljön i realtid.

Orsaksområde avvikelser	2025	2024	2023
Behandling/omvårdnad	17	10	3
Dokumentation/informationsöverföring	24	10	32
Patientolycksfall	9	13	13
Utredning/bedömning/diagnos	16	25	32
Läkemedel	1	6	1

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten så arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet så bedrivs arbete genom att använda oss av arbetsmetoden Gröna korset och Gröna slingan för att öka medvetenhet kring patientsäkerhet och kvalitet. Varje morgon utvärderas gårdagen med öppen kommunikation mellan medarbetare.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet så har följande mål och aktiviteter beslutats för 2026:

Säkerställa att:

- Standardiserade vårdförlopp (SVF) hanterade inom framtagna ledtider.
- Andel patienter som erbjuds undersökningstid inom ramen för den

medicinska prioriteringen:

Prio 1-2 veckor 92 %

- Prio 3 veckor 90 %
- 0 prio 75 %
- Svartsrutiner kopplade till medicinsk prioritet Akuta – omedelbart
- Prio 2 h undersökt och besvarad inom två timmar
- Prio 24h – snarast samma dag som undersökning är utförd
- Elektiva inom 4 dagar

Uppföljning i statistikverktyg månadsvis.

Avvikelser och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att befintliga och nya medarbetare introduceras i avvikelshantering och utbildas i sjukhusets avvikelshanteringsprogram. Medarbetare uppmuntras kontinuerligt till att rapportera in avvikelser. Varje morgon avsätts reflektionstid för genomgång av patientsäkerhetsfrågor och avvikelser.

Typ	2025	2024	2023
Avvikelser	80	86	80
Händelseanalyser	3	0	2
Lex Maria	0	0	1

Inom verksamhetsområdet så får vi patientklagomål och synpunkter dels genom att medarbetarna är lyhörda och uppmärksamma på patientens åsikter vid varje undersökningstillfälle. Förutom daglig kontakt finns andra sätt att kontakta vården, genom Patientnämnden, 1177 - Synpunkter och klagomål, IVO- enskild anmälan och hanteras av verksamhetschef

Typ	Antal 2025	Antal 2024	Källa
Patientnämnden	4	2	PaN
IVO- enskild anmälan	0	0	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	8	6	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter är

- Kontrastmedelsreaktioner
- Kontrastmedel subkutant
- Basala hygienrutiner
- Säkerhet inför magnetkameraundersökning

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla är

- Strålsäkerhetsutbildning
- Kommunikation internt
- Interna utbildningstillfällen

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året

- Optimering av protokoll per modalitet
- Förbättrad kommunikation med remitterande
- Infört utbildning månadsvis för katastrofmedicinsk beredskap

- Utbildning i MR säkerhet ute på avdelningar
- Förbättrad postoperativ röntgenundersökning

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att delta vid särskilda händelseanalyser där möjligheten finns att bidra med förbättringsarbeten samt synpunkter/klagomål

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på

- Individuella mål och utvecklingsplan per medarbetare
- Kompetensstege för kompetensutveckling

Verksamheten arbetar sedan tidigare med Gröna korset för patientsäkerhet och Gröna slingan för arbetsmiljö. Vilket är en arbetsmetod för att systematiskt identifiera risker och svagheter i realtid, men även för att bibehålla och utveckla styrkor och kvaliteter.



**Bilaga 1. Strålsäkerhetsbokslut 2025**