SÖDERSJUKHUSET

Patientsäkerhetsberättelse för Södersjukhuset 2025



Datum:
2026-02-23

Redaktör för innehållet:
Birgitta Wranne, strategisk verksamhetsutvecklare och Ann Ottosson, strategisk verksamhetsutvecklare

Diarienummer:
ASN XX

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den första mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030

SAMMANFATTNING

Södersjukhuset har under 2025 kontinuerligt arbetat för en säker vård med hög kvalitet. Ett uppdaterat årshjul tas fram årligen av avdelning Kvalitet och patientsäkerhet med tematiska aktiviteter för att stödja verksamheternas egna lokala aktiviteter. En samordning sker också med andra stödjande funktioner såsom Utbildningscenter, HR och Ekonomi kring planerade aktiviteter.

Under året har särskilda aktiviteter genomförts inom ramen för Södersjukhusets verksamhetsplan. Dessa har innefattats av projekt för att förbättra tillgängligheten och minska patienters tid på akuten. Ett stort arbete är påbörjat i att dimensionera bemanning utifrån en planerad produktionsplan där arbetet fortätter hela 2026. Vidare har ett projekt *Förenkla* identifierat arbetsmoment som antingen kan plockas bort alternativt effektiviseras med hjälp av AI genomförts. Som en del av Förenkla har Södesrsjukhuet tagit ett stort grepp kring rörelsen *Kloka klinska val* där behandling, blodprover och bilddiagnostik som saknar nytta för patienter fasas ut. För att säkerställa framdrift i denna kulturförändring har en grupp med sju läkare och fyra sjuksköterskor tagits ut i ett utbildningsprogram för att de ska kunna fortsätta att driva *Kloka kliniska val* efter 2025. Arbetet med Kloka kliniska val ger en säkrare och mer hållbar vård över tid.

Ett särskilt projekt i syfte att stärka omvårdnadsarbetet genom tydliga strukturer, roller och standardiserade arbetssätt påbörjades 2025 och fortsätter under 2026. I den nya organisationen har det tillkommit en ny roll, *Omvårdnadsansvariga*, vilka återfinns inom de fyra nyetablerade Områdena på Södersjukhuset i syfte att stärka omvårdnadsperspektivet och ge en trygg kompetensutveckling för sjuksköterskor och undersköterskor.

Under året har avdelning för Kvalitet och patientsäkerhet etablerat så kallade Patientsäkerhetsdialoger vilka genomförs som ett samtal i varje verksamhets ledningsgrupp. Syftet är att skapa ett fritt samtalsklimat om patientsäkerhetsfrågor och att identifiera eventuellt stöd som verksamheterna behöver av avdelning för Kvalitet och patientsäkerhet. Dessa dialoger har varit mycket uppskattade och fortsätter under nästa år för att sedan utvärderas och eventuellt utvidgas med bredare dialoger där medarbetare inkluderas i dialogerna.

I senaste medarbetarundersökningen kunde Söderjukhuset glädjas åt att HSE-index ökat jämfört med 2024. Detta ses som en framgång i att det hålls ett öppet samtalsklimat kring patientsäkerhet inom verksamheterna på Södersjukhuset vilket främjar ett fortsatt förbättringsarbete i frågor som är kopplade till kvalitet och patientsäkerhet.

Vi på Södersjukhuset är stolta över arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Ett fortsatt engagerat kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är en del av dagens och morgondagens plan.

Annelie Liljegren
Chefläkare
Södersjukhuset
Region Stockholm

Anneli Lennberg
Chefsjuksköterska
Södersjukhuset
Region Stockholm

Innehåll

SAMMANFATTNING **3**

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD **5**

Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och aktiviteter 5
En god säkerhetskultur 10
Adekvat kunskap och kompetens 13

PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN **18**

Öka kunskap om inträffade vårdskador 18
Tillförlitliga och säkra system och processer 21
Säker vård här och nu 28
Stärka analys, lärande och utveckling 29
Öka riskmedvetenhet och beredskap 30

UPPFÖLJNING INOM PATIENTSÄKERHETSOMRÅDET **33**

Anmälningspliktiga resistenta bakterier, MRSA 36

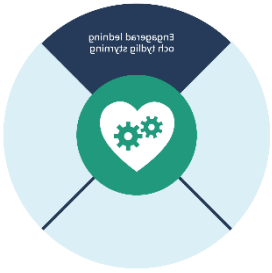
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR **38**



Södersjukhuset är Nordens största akutsjukhus, specialiserat på de stora folksjukdomarna. Sjukhuset har drygt 4500 medarbetare, cirka 520 disponibla slutenvårdplatser och 50 000 slutenvårdstillfällen per år. Våra akutmottagningar tar emot cirka 130 000 besök och våra öppenvårdsmottagningar har 633 000 besök per år.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Övergripande mål och aktiviteter

Södersjukhuset är ett av Region Stockholms akutsjukhus och bedriver specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård. Utöver detta bedrivs även högspecialiserad kärl- och handkirurgisk vård samt viss högspecialiserad gynekologisk kirurgi. Verksamheten omfattar den vård och de tjänster som har avtalats med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare. Sjukhuset arbetar utifrån regionens vision: ”En attraktiv, hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut.” Som ett komplement till regionens vision har sjukhuset även fastställt en långsiktig framtidsplan. Sjukhusets mission är **Landets ledande akutsjukhus** och värdegrunden utgår från **För patienten – med patienten**.

Den årliga verksamhetsplanen beskriver aktiviteterna för att nå sjukhusets mål. För 2025 har sjukhuset arbetat utifrån följande fyra fokusområden:

- **Akuta flöden** - Förbättra tillgängligheten och minska patienters tid på akuten. Målet är smidigare övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning samt ökad möjlighet till dagvård.
- **Dimensionering** - Utveckla förmågan att planera och bemanna verksamheten utifrån patienternas behov.
- **Förenkla** - Ta bort arbetsmoment som inte skapar värde för patienter eller medarbetare, bland annat genom Kloka Kliniska Val och förenkling av vardagsrutiner.
- **Kompetens i omvårdnad** - Stärka omvårdnadsarbetet genom tydliga strukturer, roller och standardiserade arbetssätt.

Sjukhusets sjukhusövergripande riktlinje **Patientsäkerhet – ledningssystem** beskriver ansvar, roller, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet. På sjukhusets ledningsgruppsmöten, samt på uppföljningsmöten med verksamheterna, rapporteras och diskuteras vårdkvalitet och patientsäkerhet regelbundet. Sjukhuset arbetar också för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet. Utgångspunkten är regionens övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador. Säker vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen. Vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete, samt ett ständigt lärande och förbättringsarbete. På intranätet finns ämnessidan patientsäkerhet med riktlinjer, instruktioner, checklistor, mål, indikatorer och resultat inom området.

Ett sjukhusövergripande årshjul för säker vård med hög kvalitet används för planering och samordning av aktiviteter. Det består av temamånader med tillhörande sjukhusövergripande aktiviteter och är tänkt att stödja verksamheternas egna lokala aktiviteter. Ett uppdaterat årshjul tas fram årligen av avdelning Kvalitet och patientsäkerhet. En samordning sker också med andra stödjande funktioner såsom Utbildningscenter, HR och Ekonomi kring planerade aktiviteter.

Organisation och ansvar

Akutsjukhusnämnd, sjukhusdirektör, chefläkare och chefsjuksköterska

Akutsjukhusnämnden (ASN) består av fyra förvaltningar, varav Södersjukhuset är en. De har det övergripande uppdraget för sjukhusets verksamhet. Sjukhusdirektören har det operativa ansvaret för helheten och verksamheterna leds av verksamhetsområdeschefer respektive chefer för vårdstödjande funktioner. Chefläkarens och chefsjuksköterskans uppgift är att vara rådgivande och stödjande till sjukhusledning och

verksamheter samt att arbeta övergripande med exempelvis produktionsplanering, patientsäkerhet, kvalitet, patientärenden (inklusive lex Maria-ärenden), läkemedel, miljö, samt kris- och katastrofberedskap.

Verksamhetschefer, chefer och alla medarbetare
Ansvarsorganisationen för patientsäkerhet följer verksamhetsansvaret i linjen. Respektive verksamhetschef ansvarar för att vården bedrivs med god kvalitet och hög patientsäkerhet inom sin verksamhet. Verksamhetscheferna har också ansvar för att gällande författningar och riktlinjer följs. Linjecheferna har till uppgift att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur, ett kontinuerligt förbättringsarbete och att ta tillvara patienters, närståendes och medarbetares förslag och idéer.

Patientsäkerhetsgrupp och funktioner på verksamhetsområdesnivå
Inom varje verksamhetsområde finns en patientsäkerhetsgrupp där verksamhetsområdeschefen ingår. Gruppen hanterar till exempel övergripande vårdavvikelser, allvarliga vårdhändelser, lex Maria-ärenden, patientärenden, följer upp att beslutade åtgärder vid händelseanalyser blir genomförda, samt utför proaktivt patientsäkerhetsarbete. Funktionerna patientsäkerhetssamordnare samt patientsäkerhetsansvarig läkare finns på alla verksamhetsområden. Syftet är att funktionerna ska stödja ledningen i dess uppdrag samt att bidra till att målen för patientsäkerhet uppnås.

Avdelning Kvalitet och patientsäkerhet
Avdelningen leds av chefsjuksköterska och har en stödjande och samordnande funktion, i nära samarbete med chefläkarna, inom det övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Avdelningen samordnar sjukhusets egenkontroller och kvalitetsmätningar, övergripande hantering av allvarliga vårdskador och patientärenden, sjukhusövergripande förbättrings-och utbildningsaktiviteter.

Kommittéer, utskott samt stödfunktioner
För att säkerställa en horisontell ledning och styrning i frågor som berör flera verksamhetsområden eller stödfunktioner är sjukhusets linjeorganisation kompletterad med en tvärgående struktur för ledning och styrning. Kommittéerna har tydligt definierade uppdrag och ansvarsområden med huvuduppgift att säkerställa horisontell samordning mellan vårdverksamheter och stödfunktioner. Kommittéerna har även i sina uppdrag ansvar för olika underställda utskott med mer specificerade uppdrag. Som stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns sjukhusets kommitté för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Kommittén har i uppdrag att stötta sjukhusets verksamheter och vårdkommittéer att uppnå en god kvalitet och en hög patientsäkerhet genom att samordna och utveckla arbetet med processerna patientsäkerhet, vårdkvalitet, patientbemötande, synpunkter och klagomål samt läkemedel. Arbetet hålls samman och koordineras via utskotten vårdkvalitet, patientsäkerhet, omvårdnad, läkemedel, samt STRAMA (strategigrupp för antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Utskotten och tillhörande arbetsgrupper arbetar med att utveckla processer och arbetssätt inom respektive område. Deltagarna utgörs av olika professioner från olika verksamhetsområden för att få en bred representation och spridning.

Medarbetare
Alla medarbetare har skyldighet att arbeta utifrån gällande lagar och riktlinjer, uppmärksamma och förebygga risker och vårdavvikelser, samt aktivt delta i arbetet med ständiga förbättringar för stärkt patientsäkerhet.

Samverkan för att förbättra vården och stärka patientsäkerheten

Verksamheter inom sjukhuset genomför ofta gemensamma risk- och händelseanalyser och ibland även tillsammans med andra vårdgivare. Många verksamheter gör även gemensamma förbättringsarbeten. Sjukhuset medverkar i regionens kvalitetsnätverk, vilket säkerställer en nära koppling till övergripande kvalitets-arbete inom regionen och utgör en del i den nationella kunskapsstyrningsmodellen. Utöver detta finns ett olika samverkansforum i regionen som sjukhuset medverkar i; exempelvis samverkan vid utskrivning, vårdrelaterade infektioner, läkemedel samt flertalet nationella och regionala programområden.

Samverkan - Exempel från verksamheterna:

Verksamhetsområdet (Vo) Internmedicin - Fick i början av året i uppdrag, utifrån tidigare sjukhusövergripande förstudie och beslutat projekt, att etablera en Geriatrisk Clinical Decision Unit (G-CDU) för äldre, sköra patienter som kommer till akutmottagningen. Regelbundna, återkommande teamsmöten med externa geriatriska verksamheter inom regionen är idag en etablerad samarbetskanal och har i projektet runt G-CDU också varit en framgångsfaktor. Internmedicin är en drivande aktör i projektet och har sett stora samordningsvinster med snabbare remitteringar mellan vårdgivare.

Vo Bilddiagnostik - Har under året drivit flertalet projekt med andra verksamhetsområden på Sös. I ett projekt tillsammans med Onkologen detekteras incidentella lungembolier på elektiva undersökningar i direkt anslutning till genomförd undersökning. Vid positivt fynd skickas patienten till onkologen som då kan behandla patientenen direkt alternativt anpassa behandlingen vid behov. Under året har ett projekt startat för detektion av frakturer i små skelett på Akutens patienter med mål att minska Akutens ledtider. Ett projekt för detektion av strokepatienter som lämpar sig för trombektomi på Karolinska har startats. Projektet är ett samarbete mellan Akuten, Röntgen och Internmedicin på Sös tillsammans med Neuroröntgen på Karolinska. Målet är att underlätta kommunikationen mellan alla involverade aktörer i dessa brådskande sjukdomstillstånd för att avsevärt korta ner handläggningstiden. Utökningen av MR-tider i och med kapacitetsutökning av kameratid har inneburit att många fler patienter med myokarditfrågeställningar har kunnat få en prioriterad hjärt-MR undersökning enligt guidelines. Ett flertal AI algoritmer har införts i produktion för att prospektivt kunna användas för bla diagnostik av hjärnblödning, lungembolier, incidentella lungembolier, kotfrakturer för uppföljning av eventuell osteoporos samt frakturer i småskelett och revbensfrakturer.

Vo Akut - Har genomfört flertalet händelseanalyser och riskanalyser i samverkan med andra Vo:n på Sös. Flera riktlinjer har också utarbetats och reviderats i samverkan med andra Vo:n, t.ex. triagering från vuxenakuten till gynekologisk akutmottagning och förlossning samt transport av patienter till högre vårdnivå på Sös. Under händelseanalyser med Vo Internmedicin identifierades behovet av en samverkansgrupp, som nu har etablerats med regelbundna möten.

Vo Kirurgi - Sårcentrum har i det personcentrerade sammanhållna vårdförloppet för svårläkta sår, utvecklat ett samarbetet med Kärlkirurgen, Diabetesmottagningen, Ortopeden och Infektion för effektiva och säkra patientflöden.

Vo Kvinnosjukvård och Förlossning - Inför avancerade endometriosoperationer sker samverkan i form av gemensam kirurgisk konferens för planering mellan Vo Kirurgi och Vo Urologi. Tät samverkan sker med endometrioskunniga gynekologer inom öppenvården i Stockholm kring de endometriospatienter som är opererade och behöver en kompetent uppföljning.

Vo Perioperativ vård och intensivvård – Samverkar med Vo Kirurgi för att förbättra det perioperativa multiprofessionella omhändertagandet av den sköra äldre patienten.

Vo Sachsska barn- och ungdomssjukhuset - Barnakuten bedriver kontinuerligt samarbete med Rosenlunds närakut, barnakuterna vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna och Huddinge samt med vuxenakutmottagningen på Sös. Syftet med samverkan är att främja kvalitetsutveckling, säkerställa enhetliga vårdprocesser samt möjliggöra ett effektivt kunskapsutbyte och god samordning mellan verksamheterna.

Informationssäkerhet

Sjukhusets informationssäkerhetsarbete har under 2025 präglats av både interna och externa förändringar. Lokalt på sjukhuset har förberedelser för den nya interna organisationen pågått, denna gäller från 1 januari 2026. Detta har påverkat främst arbetet med verksamheterna informationssäkerhetsuppföljning (Compliance). På regional nivå har framför allt två saker påverkat, dels den nya gemensamma Riktlinjen för Informationssäkerhet samt Dataskydd (som utgår från den nya Cybersäkehetslagen), dels att systemstöd upphandlats för att hantera helheten när det gäller informationssäkerhet och dataskydd, samt arkivhantering. På nationell nivå påverkar nya lagar informationssäkerhetsområdet, främst Cybersäkerhetslagen. Dessa nya lagar är också inarbetade i den nya riktlinjen för Informationssäkerhet samt Dataskydd. Sjukhuset har under 2025 genomfört flertalet aktiviteter inom informationssäkerhet, främst operativa aktiviteter utifrån linjearbete och mer strategiska aktiviteter kring riskhantering. Sjukhusets informationssäkerhetsarbete följer Regionens LIS (Ledningssystem för informationssäkerhet) och Regionens tillhörande styrande dokument såsom verksamhetsskyddspolicy, riktlinjer och vägledningar.

Uppföljning av informationssäkerhet

Sedan 2022 har Södersjukhuset haft ett systemstöd för rapportering av avvikelser inom informationssäkerhet, dataskydd och säkerhet. Av rapporterade avvikelser är cirka 40 procent säkerhetsavvikelser, 30 procent informationssäkerhetsavvikelser och 25 procent personuppgiftsavvikelser. Det är med stor säkerhet en hög grad av underrapportering.
Sju större incidenter och avvikelser har inträffat under 2025. Dessa omfattar incidenter som rör infrastruktur (nätverk, telefoni och akutlarm) samt systemstörningar. Två av dessa har anmälts till Myndigheten för civilt försvar enligt NIS (EU-direktiv om åtgärder för att skapa och bibehålla en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverks- och informationssystem). Även fyra personuppgiftsincidenter som anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) har inträffat under år 2025.

Det går inte att se något mönster i dessa incidenter, de beror inte på cyberattacker, utan orsakerna är åldrad nätverkshårdvara (numera utbytt), problem med nya IT-system och en komplex IT-miljö. Genom fortsatt god beredskap för incidenter, goda reservrutiner och proaktivitet går det att minska följderna av liknande incidenter, men inte att undvika dem helt.

Utöver hanteringen av avvikelser så tillämpar sjukhuset den regionövergripande comlianceprocessen för uppföljning av det systematiska arbetet med informationssäkerhet. Compliance genomförs på flera nivåer, dels för verksamhet, med fokus på informationssäkerhet och risker. Dels för IT-system, vilket omfattar både stöd för rätt kravställning i upphandlingsprocessen, dels uppföljning av drift och förvaltning under IT-systemets med fokus på att minska risker. Complianceprocessen utgår från PDCA (Plan-Do-Check-Act) som är den standardprocess som ISO 27000 bygger på och säkerställer god efterlevnad av regionens LIS (ledningssystem för informationssäkerhet) och styrande dokument, utöver att upprätthålla en god nivå på informationssäkerhetsarbetet och tillsammans med väl fungerande och övade reservrutiner kan risker hållas på en acceptabel nivå.

Under året har avdelning Utveckling och Teknik infört en ny leveransmodell, denna innebär att ett nytt funktionsområde för arkitektur och regelefterlevnad har startats upp. Detta är ett komplement till ordinarie informationssäkerhetsarbete och har som syfte att stötta projekt och upphandlingar med kompetens, check-listor och annat stöd för att säkerställa en fungerande arkitektur för sjukhusets IT-miljö i stort, att informationssäkerhets- och dataskyddskrav uppfylls och att projekt identifierar och tar hänsyn till de risker som kan uppstå.

Riskanalyser

Risker med tillhörande riskanalyser hanteras dels lokalt ute i verksamheten, dels centraliserat av ledningen. Ett riskbaserat synsätt på informationssäkerhet innebär att arbete med riskanalyser blir en del av det

löpande arbetet. Det ingår i complianceprocessen att genomföra riskanalyser, samt uppföljning av identifierade risker.

Sjukhuset genomför även regelbundet en övergripande RSA (Risk- och sårbarhetsanalys, som del av internkontrollplanen), den har inslag av frågor som rör informationssäkerhet. Riskerna hanteras med ett specifikt regionsövergripande verktyg avsett för denna kategori av risker, dessa risker hanteras löpande med mitigerande åtgärder. Sjukhuset har en gemensam riskkatalog som följs upp och behandlas regelbundet i samråd med berörda verksamheter, och åtgärder som prioriteras beroende på riskvärde.

Informationssäkerhetshöjande åtgärder och skydd mot olovlig åtkomst
I complianceprocessen ingår att åtgärdslistor skapas utifrån resultaten av analyserna, dessa listor består av förslag på hur risker och sårbarheter ska hanteras. Utbildningsinsatser sker löpande och efter behov, dels genom DISA (en obligatorisk e-learning utbildning), dels med andra kompletterande utbildningsaktiviteter ute i verksamheten. Ett dedikerat arbete för att säkerställa och höja kvaliteten kring behörighetshanteringen har initierats under 2025, och förväntas slutföras under 2026.

Region Stockholm har en egen CERT1, Södersjukhusets samverkan med CERT fortsätter att utvecklas och flera aktiviteter har genomförts i samverkan med gott resultat. Under slutet av 2025 har även Serviceförvaltningen kommit igång med löpande sårbarhetsskanning av sjukhusets servermiljö. Detta är något som på sikt kommer att bidra till ökad robusthet, förstärkt informationssäkerhet och minskning av befintliga risker genom att sårbarheter identifieras, prioriteras och åtgärder planeras.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring
Journalföring och åtkomst till journaler granskas systematiskt genom det stickprovsbaserade analysverktyget SALA. I snitt tio procent av medarbetarna väljs varje månad ut för kontroll. Vid särskild anledning, som kan vara begäran från patient eller misstanke som uppstått av något annat skäl inom verksamheten, genomförs även riktade loggkontroller.

Strålsäkerhet

På Södersjukhuset används joniserande strålning inom röntgendiagnostik, nuklearmedicinsk diagnostik och behandling, samt inom onkologisk strålbehandling. Röntgenstrålning används också inom operationsverksamheterna.

Systematiskt strålsäkerhetsarbete
Strålsäkerhetsronder har genomförts inom samtliga verksamheter med joniserande strålning. Strålsäkerhetsrevisioner med efterföljande risk- och möjlighetsanalys har genomförts i enlighet med fastställd femårsplan inom verksamhetsområde Kardiologi, Kirurgi och Urologi, Röntgenkliniken samt Södersjukhusets högsta ledning. Operativa strålbehandlingsmöten har initierats där medarbetare kommunicerar förbättringsåtgärder inom strålbehandlingsverksamheten. Resultat och beslut rapporteras vidare till det strategiska strålbehandlingsforumet och stärker därmed kopplingen mellan det operativa förbättringsarbetet och den övergripande strategiska styrningen.

Diagnostiska standardnivåer har bestämts för lungröntgen, datortomografi av skalle samt mammografi; resultaten var i samtliga fall väl under nationella referensnivåer.

Löpande monitorering av personalstråldoser har genomförts för medarbetare som arbetar inom interventionell röntgenverksamhet, strålbehandlingsverksamhet och de medarbetare som arbetar med radioaktiva ämnen. Utöver detta har stickprov för personalstråldoser genomförts inom Bröstcentrum

[1] CERT (Computer emergency response team) är en centraliserad funktion som har i uppdrag att minska omfattning och skadeverkan av it-säkerhetsrelaterade hot och incidenter genom nätverksövervakning för att stödja Södersjukhusets förmåga att upptäcka risker och sårbarheter

Mammografi, Koronarinterventionsenheten, Fysiologiska kliniken, Ortopedoperation, Röntgenkliniken och Nuklearmedicinska enheten.

Åtgärder som genomförts för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten under året
Inom strålbehandlingsverksamheten har ett system för intrafraktionell rörelseövervakning upphandlats vilket möjliggör positionsbestämning av behandlingsvolymer under pågående bestrålning. Investeringen stärker behandlingsnoggrannheten och strålsäkerheten. Strålbehandlingsverksamheten har deltagit i framtagandet av en regionsgemensam riktlinje för prostatabehandlingar i syfte att uppnå enhetlig och kvalitetssäkrad praxis. Som en del i detta genomfördes ett kvalitetssäkringsarbete kring inritning av målvolymer och riskorgan för prostatabehandlingar. Strålbehandlingsverksamheten har även deltagit i ett nationellt kvalitetssäkringsarbete för bröstbehandlingar. Lokalt har ett optimeringsarbete genomförts avseende behandlingsteknik vid bröstbehandlingar med integrerad boostdos, i syfte att möjliggöra behandlingsteknik i enlighet med uppdaterat vårdprogram.

Metod och underlag för strukturerad revision och optimering av metoder för röntgen, datortomografi och mammografi har utarbetats. Optimeringsarbeten resulterande i minskning av patientstråldoser för datortomografi av skalle och röntgen av lunga har genomförts. Samtlig röntgenutrustning inom verksamhetsområde Kardiologi har ersatts med tre nya utrustningar för interventionell radiologi och en ny c-båge vilket innebär förbättrad strålsäkerhet för både patienter och personal.

Ett omfattande arbete för att stärka strålsäkerhetskulturen och utveckla arbetet med strålsäkerhetsavvikelser har bedrivits. Arbetet har resulterat i tydliggjorda förväntade attityder hos medarbetare och ledare i sjukhusets ledningssystem för strålsäkerhet, en konkretisering av Människa–Teknik–Organisation-begreppet i utredningen av strålsäkerhetsavvikelser samt förslag på strålsäkerhetsindikatorer för att följa utvecklingen av strålsäkerheten över tid.

Resultat som har uppnåtts i strålsäkerhetsarbetet
Sammanställning av sjukhusets måluppfyllelse med avseende på strålsäkerhetsmålen 2025:

Mål: Andel medarbetare som genomgått strålsäkerhetsutbildning 2 ska uppgå till minst 95%.
Resultat: 84 %

Mål: Andel medarbetare som genomgått strålsäkerhetsutbildning 3 ska uppgå till minst 95%.
Resultat: 71 %

Mål: Andel medarbetare i kategori A som har ett giltigt tjänstbarhetsintyg ska uppgå till 100%.
Resultat: 100 %

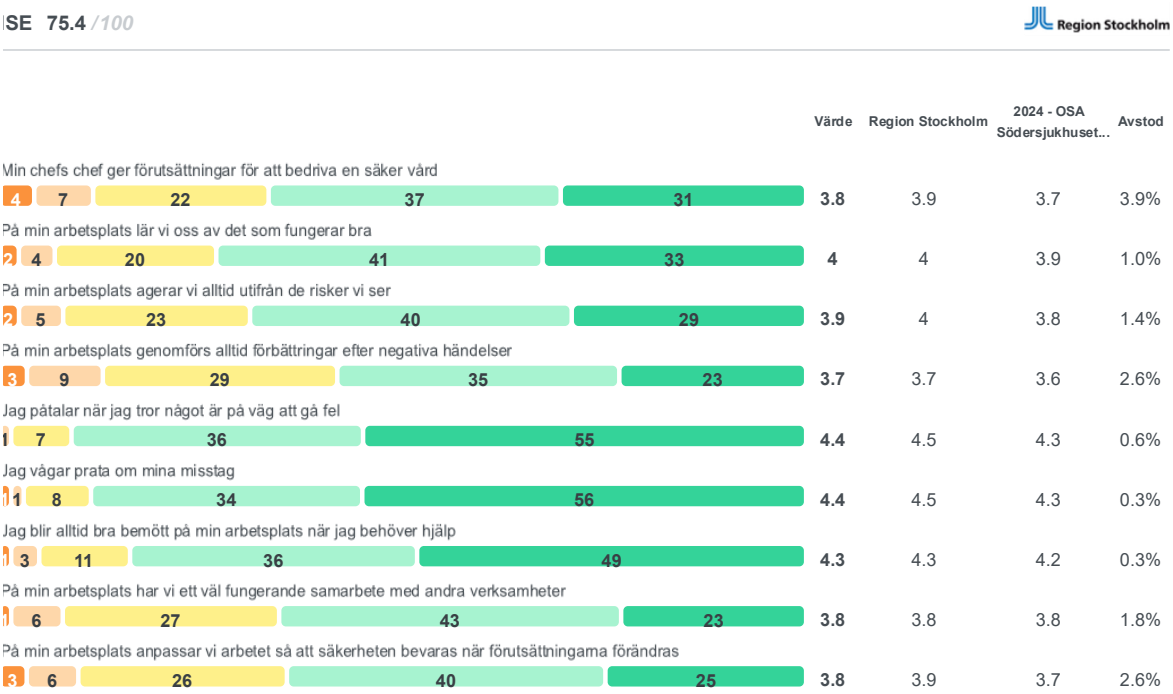
En god säkerhetskultur

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)



En säker vård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla chefer och medarbetare. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad personcentrering. En mätning av säkerhetskulturen görs årligen tillsammans med OSA-kartläggningen i Region Stockholm. Enkäten innehåller frågor som avspeglar Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). Resultatet av mätningen kan användas som underlag för förbättringsarbete. Att mäta patientsäkerhetskulturen ger en ögonblicksbild av hur patientsäkerheten upplevs på arbetsplatsen. HSE-frågorna besvaras av medarbetare som har direkt eller indirekt patientkontakt. Frågorna besvaras på en femgradig skala och svaren för de nio första frågorna omvandlas

sedan till ett index på skalan 0–100. Övergripande HSE-index uppgick vid årets mätning till 75,4, vilket är en förbättring från förra året resultat. HSE-index är en indikator på regional nivå (ej målsatt) samt ingår som en indikator i sjukhusets verksamhetsplan. Målet på 75 uppnåddes därmed och i stort sett samtliga verksamheter har gjort förbättringar avseende HSE-index det senaste året.



Frågan ***På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser*** är en av HSE-frågorna. Resultatet visar att 58 procent av respondenterna har svarat positivt (4 eller 5 på Likertskala) på frågan. Många verksamheter har aktiviteter för att öka information och återkoppling till medarbetare efter negativa händelser. För att öka lärandet och ge medarbetare information om inträffade vårdskador, samt åtgärder för att minska risken att något liknande ska inträffa finns sjukhusgemensamma presentationsmallar för information tillgängliga på intranätet. Många verksamheter har även regelbundna möten där både risker och allvarliga händelser diskuteras. Återkoppling är väsentlig för att skapa en god säkerhets- och rapporteringskultur, genom att många medarbetare får höra om de förbättringar som till exempel en händelseanalys lett till.

Chefer och ledare har ett avgörande ansvar att skapa en god säkerhetskultur. Sjukhusets chefer och patientsäkerhetsfunktioner har tillgång till ett sjukhusgemensamt diskussionsmaterial för att möjliggöra dialog om patientsäkerhetskultur och säkerhetsengagemang. Materialet kan även användas tillsammans med resultatet på HSE-frågorna för att ta fram lokala åtgärdsplaner. I årshjulet för kvalitet och patientsäkerhet finns aktiviteter för arbetet med HSE-resultatet. HSE-mätningen redovisas i verksamheternas lokala patientsäkerhetsberättelser. Utskott patientsäkerhet har gjort flertalet aktiviteter för att stärka patientsäkerhetskulturen utifrån resultatet på HSE-frågorna; enkät till alla chefer om användningen av reflektion som verktyg, inventering av verktyg för reflektion, olika föreläsningar och presentationer kring säkerhetskultur för chefer, verksamhetsutvecklare och patientsäkerhetsfunktioner, informationsmaterial som kan anpassas efter målgrupp och verksamhet, information i nyhetsbrev och på intranätet samt utbildningar. Varje vår presenteras återkommande verksamheternas lokala arbete med patientsäkerhetskulturen genom goda exempel från patientsäkerhetsberättelser på intranätet.

Öppen kommunikation kring identifierade risker och händelser

Sjukhuset strävar efter en patientsäkerhetskultur där alla medarbetare är observanta på, och uppmärksammar, risker och händelser, samt ett öppet klimat där brister i systemet (i stället för individens misstag) står i fokus. Chefer och ledare ska uppmuntra till analys och reflektion. För att utveckla säkerhetsarbetet har många verksamheter mötesformer som stimulerar analyser och reflektion över resultaten, både de positiva och de negativa. Där kan identifierade risker, inträffade vårdavvikelser och resultatet av händelseanalyser diskuteras för att skapa en hög riskmedvetenhet hos alla medarbetare. Lex Maria-ärenden presenteras och diskuteras varje månad i sjukhusets ledningsgrupp. Händelser som belyser en övergripande patientsäkerhetsproblematik väljs ut och ansvarig verksamhetschef presenterar händelsen, lärdomar och vidtagna åtgärder. Händelsen och åtgärder diskuteras för att öka transparensen, stärka säkerhetskulturen och öka lärandet. I detta ingår även sjukhusets stödjande funktioner då det är viktigt att uppmärksamma händelser utanför vårdenheterna som kan ha en påverkan på patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsdialoger

Under året har avdelning kvalitet och patientsäkerhets initierat patientsäkerhetsdialoger med verksamheters ledningsgrupper och patientsäkerhetsfunktioner. Syftet är att skapa en återkommande arena för utbyte av erfarenheter, reflektion och lärande. Här lyfts både det som fungerar väl och de utmaningar som finns i vardagen – alltid med patientens bästa i fokus. Ambitionen är också att sprida goda exempel. Under nästkommande år planeras dialogerna fortsätta i ett utökat format med större medarbetardelaktighet.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljö och patientsäkerhet är nära sammankopplade. En god arbetsmiljö med tillräckliga resurser, fungerande rutiner och bra samarbete minskar risken för misstag och skador. Säkra patientförflyttningar skyddar både patienter och personal från fall och belastningsskador. När det dessutom finns psykologisk trygghet i arbetsgruppen vågar medarbetare lyfta risker, rapportera avvikelser och be om stöd, vilket stärker patientsäkerheten ytterligare.

Att ha en god organisatorisk och social arbetsmiljö är grunden i psykologisk trygghet. Verksamheten har arbetat aktivt med åtgärder utifrån kartläggningen av dess organisatoriska och sociala arbetsmiljö, samt HME- och HSE-resultatet. Flertalet av Södersjukhusets medarbetare upplever sitt arbete som meningsfullt och ser fram emot att gå till arbetet och upplever att det kollegiala stödet är stort. De risker som framkom i kartläggningen är medarbetares upplevelse av krav i arbetet, att arbetet är känslomässigt krävande och krav som strider emot varandra, men medarbetarna upplever ändå att de kan utföra sina arbetsuppgifter med tillfredställande kvalitet. Ett flertal arbetsplatser har under året haft handledning för att kunna hantera dessa krav och få balans mellan krav och resurser. Arbetsplatser har kunnat ta hjälp av Sös Hälsoteam för att arbeta med bland annat psykologisk trygghet, återhämtning, kommunikation, feedback och teamutveckling.

Under året har en instruktion för säkra patientförflyttningar tagits fram. Syftet är att säkerställa att arbetet med patientförflyttningar bedrivs systematiskt, tydligt och enhetligt i verksamheten. Målet är att medarbetare ska arbeta säkert och undvika belastningsbesvär samt att patientförflyttningar ska vara säkra och rehabiliterande för patienterna. Inom ramen för det systematiska arbetet ska riskbedömningar genomföras för hela arbetsplatsen/vårdavdelningen.

Under året har följande utbildningsinsatser erbjudits medarbetare med patientnära arbete:

- Praktiska utbildning i säkra patientförflyttningar och ergonomi
- Workshops med temat ”Hur flyttar vi tunga patienter?”
- Grund- och fortbildning för ergonomiombud
- Skräddarsydd utbildning för avdelningar och mottagningar

Adekvat kunskap och kompetens



För att skapa hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet krävs flera kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner, så kallade kärnkompetenser. Förutom kärnkompetensen säker vård, utgörs de av personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik.

Förändringar ställer krav på kontinuerlig kompetensutveckling

Att attrahera, behålla och utveckla medarbetare är en av sjukhusets högsta prioriteringar. Sjukhuset arbetar därför med att skapa förutsättningar för en säkrad kompetensförsörjning med trygg arbetsmiljö och stabil bemanningssituation som stödjer sjukhusets mål.

I kompetensplanerna för 2025 tydliggjordes vikten av att arbeta systematiskt med kompetensförsörjning utifrån ett brett och långsiktigt perspektiv vilket stärker kvalitet och patientsäkerhet. Detta har bland annat inneburit att lyfta nyttan med och öka antalet kliniska specialisttjänster på steg 5-7 med syfte att stärka omvårdnadskompetens och därmed höja kvalitet och patientsäkerhet. Utveckling av KUP (Sös kliniska utvecklingsprogram) steg 3 och 4 för undersköterskor påbörjades och en pilot har genomförts.

Alla som arbetar i hälso- och sjukvården behöver kompetens inom patientsäkerhet

Sjukhusets ledningsgrupp har beslutat att alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård. Sjukhuset erbjuder återkommande utbildningar inom kvalitet och patientsäkerhet på olika nivåer. För nyanställda chefer och ST-läkare ges obligatoriska utbildningar. På förfrågan ges även utbildning till ledningsgrupper och till verksamheter vid planeringsdagar. Utbildningarna i patientsäkerhet utgår från Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet. Vid utbildningarna avsätts tid för reflektion och diskussion i grupp. På intranätet finns en utbildningstrappa med rekommendationer för olika utbildningar inom patientsäkerhet utifrån roller. De funktioner som oftast utgör analysledare för risk- och händelseanalyser behöver besitta särskild kompetens i denna metodik. Verksamhetsutvecklare och patientsäkerhetsansvariga läkare uppmuntras därför att gå uppdragsutbildningen Händelseanalys, 3 HP, som ges via Karolinska Institutet.

Världshälsoorganisationen, WHO, har utsett den 17:e september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. Utskott Patientsäkerhet uppmärksammade dagen med en välbesökt föreläsning där LöFs chefsjuksköterska pratade om hur teamreflektion kan stärka säkerhetskulturen och verksamheter presenterade hur de arbetar de arbetar med teamreflektion med hjälp av digitala verktyg som ”Fånga passet” och ”Gröna korset”. Utskott Patientsäkerhet anordnade även en föreläsning där en extern psykolog bjöds in för att föreläsa om psykolgisk trygghet och säkerhetskultur.

Sjukhuset erbjuder återkommande utbildningar om systematiskt kvalitetsarbete. En introduktion ges under en halvdag om olika metoder inom kvalitetsutveckling. Utöver detta finns också fördjupande utbildningar om att leda större förändringar genom projekt, eller att driva ständiga förbättringar genom förbättrings-arbete. Utbildningen i förbättringskunskap är öppen för alla medarbetare, men är obligatorisk för ST-läkare. Teoretisk bakgrund varvas med praktisk användning av verktyg. För chefer erbjuds en anpassad utbildning utifrån chefens roll i förbättringsarbetet. På förfrågan ges även skräddarsydda utbildningar till ledningsgrupper, enhetsledare och vid planeringsdagar. Det finns också kompletterande utbildningar i implementering, förändringsledning och tjänstedesign som tillhandahålls inom regionen.

Om patientens rätt att välja är ett samlat arbetsmaterial som handlar om när en patient eller närstående ställer orättfärdiga krav på personalens hudfärg, kön, etniska tillhörighet, religion eller andra krav som är diskriminerande. Materialet som bland annat består av riktlinje, instruktion, film, APT-material, samt affischer till väntrum och vårdenheter fortsätter att vara en egen utbildningsmodul i det obligatoriska kompetensutbildningsprogrammet för undersköterskor och sjuksköterskor som erbjuds på sjukhuset.

Arbetet med att stärka patientdelaktighet och inflytande i vård och vårdplanering har fortsatt varit prioriterat under året. Södersjukhusets patient- och närståenderåd (PNR) har medverkat i flera övergripande förbättrings- och utvecklingsarbeten, bland annat inom ”Kloka kliniska val”, framtagande av omvårdnadsstandarder samt utveckling av patientinformationsmaterial. Därutöver har PNR deltagit vid avdelningsutbildningar gällandes kommunikation och bemötande och tagit fram ett fickkort med kommunikationstips för att stödja ett personcentrerat arbetssätt.

Inom ramen för sjukhusets arbete med social hållbarhet och tillgänglighet har en översyn av delar av sjukhusets skyltning genomförts i samverkan med Locum, Södersjukhusets fastighetsfunktion och Synskadades Riksförbund (SRF). I samband med detta erbjöd SRF även en anpassningsutbildning för medarbetare vid Ögonmottagningen.

Vid Sachsska barn- och ungdomssjukhuset är FN:s konvention om barnets rättigheter integrerad i verksamheten. Samtliga medarbetare utbildas i barns och ungas rättigheter och ska ha kunskap om barnkonventionens fyra grundprinciper. Den regionfinansierade utbildningen för barnrättsombud har fortsatt under året.

Teamarbete en förutsättning för hög patientsäkerhet

Många av de utbildningsinsatser som erbjuds på sjukhuset i syfte att stärka patientsäkerheten sker gemensamt med flera professioner. Då många av de orsaker som identifieras till inträffade vårdskador berör kommunikation är det viktigt att olika professioner möts i utbildningssammanhang. Det skapar tillfälle för reflektion, ökad förståelse och ger tillfällen att öva under lugna former. Exempel på detta är CEPS-utbildningar och Kliniska Utvecklings Program, se vidare under avsnitt ”Öka riskmedvetenhet och beredskap”.

Förebygga vårdrelaterade infektioner och trycksår

Södersjukhuset har haft regelbunden undervisning i så kallade kateter-, pneumoni-, och infartsverkstäder för att minska vårdrelaterade infektioner. Under en månad har särskilt fokus varit på att öka kompetens om trycksår.

Patienten som medskapare



Involvera patienten i sin vård och behandling

På många ställen inom sjukhuset, så som hissar, toaletter och väntrum, finns affischer som riktar sig till patienter. På sjukhusets externa hemsida finns informationsbroschyren **Bra att veta inför ditt besök på Södersjukhuset** samt specifik information **Till dig som ska opereras.** Här ges kortfattad vägledning om hur patienter kan minska risken för skador genom att förbereda sig inför operation. Broschyrerna kan även skrivas ut från interna hemsidan för att lämnas direkt till patienten. De opererande verksamheterna erbjuder också informationsmaterial som omfattar vad som händer före operationen, under ingreppet och hur patienten på bästa sätt kan ta hand om sig själv efteråt.

Broschyren **Bidra till en ökad säkerhet - Information till patienter som vårdas i slutenvården** finns tillgänglig för alla verksamheter och är publicerad på den externa hemsidan. Broschyren riktar sig till patienter i slutenvården och innehåller information och exempel på vad patienter kan göra själva för att minska riskerna i vården. Många verksamheter har också utarbetade lokalt anpassade informationsmaterial. Webbformulär är en applikation där patienten via 1177 kan fylla i skattningar/formulär inför, eller i samband med sitt vårdbesök. Alla slutenvårdsavdelningar har journalmallen **Utskrivningsmeddelande**

med läkemedelsberättelse där läkare sammanfattar information om vårdtiden, förändringar i läkemedelsbehandlingen och planerad uppföljning framåt. Journalanteckningen skrivs ut och ges till patienten vid utskrivning.

Södersjukhuset har ett stort ansvar för att göra information tillgänglig, begriplig, hanterbar och robust. Vi kommunicerar information till patienter och allmänhet på vår externa hemsida, på 1177, i sociala medier, i pressrum samt i tryckt material. Informationen ska följa gällande lagkrav och vara presenterad på ett sätt som gör innehållet lätt att förstå och ta till sig.

Personcentrerad vård

Ett personcentrerat förhållningssätt ses numera som en självklar förutsättning för en god och säker vård. Trots det behöver detta uppmärksammas och reflekteras över regelbundet, så att det genomsyrar våra arbetssätt. Detta görs på många olika sätt, exempelvis genom att:

- Inom aktiviteten ”Kompetens omvårdnad”, som ingår i sjukhusets verksamhetsplan 2025–2026, införs gemensamma arbetssätt för att stärka den personcentrerade vården, det interprofessionella samarbetet samt skapa en mer effektiv vårdprocess. Arbetssätten syftar till att ta tillvara patientens förmågor och resurser, främja delaktighet och stödja egenvård. Patientrepresentant deltar i arbetsgruppen.
- Införandet av patientnära rapport mellan dag- och kvällspass fortsätter. Detta är ett beslutat arbetssätt som ska implementeras på hela sjukhuset.
- Flera verksamheter har påbörjat arbete med SEUPP-ronder, ett strukturerat arbetssätt för regelbunden bedömning av patientens behov avseende Smärta, Elimination, Undernäring, Position samt Placering av tillhörigheter. Genom ökad närvaro främjas patientens delaktighet och risker kan identifieras i ett tidigt skede. Arbetssättet planeras att breddinföras på hela sjukhuset under 2026.
- Uppföljning av planerade aktiviteter och patienternas delaktighet sker genom flera metoder. Bland annat genomförs löpande patientenkäter, där en specifik fråga avser i vilken utsträckning patienten upplevt möjlighet till delaktighet. Därutöver genomförs omvårdnadsronder, där ett team följer upp vårdens kvalitet för ett urval av inskrivna patienter enligt ett fastställt protokoll, inklusive dialog med patienterna.
- Patient- och närståenderådet har tagit fram ett fickkort med kommunikationstips för att stödja ett personcentrerat arbetssätt. Fickkortet riktar sig till både patienter och medarbetare.

Patientens roll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

En viktig del är intentionen att tillsätta lokala patientrepresentanter inom de olika verksamhetsområdena på sjukhuset. Genom att involvera patienter direkt i beslutsprocessen främjas en hög grad av delaktighet, vilket i sin tur han positiv inverkan på både patientsäkerheten, vårdkvaliteten, samt personcentrerad och jämlik vård. Ökad delaktighet bidrar också till att stärka förtroendet för sjukvården, vilket är avgörande för att skapa en trygg och effektiv vård. Sjukhuset ser fram emot att fortsätta arbeta tillsammans med patienter och närstående för en mer inkluderande och lyhörd vård, där alla röster får möjlighet att höras och påverka.

Patient- och närståenderådet

Sedan 2023 har sjukhuset ett patient- och närståenderåd (PNR) med uppdrag att stärka delaktighet och inflytande för patienter och närstående. Sjukhuset har fortsatt att prioritera insatser som främjar patientinflytande i såväl vård som vårdplanering. För att säkerställa att patienters och närståendes perspektiv tas tillvara är PNR etablerat som en central aktör i sjukhusets verksamhet och deltar aktivt i övergripande projekt samt i uppföljning och utvärdering av aktiviteter kopplade till verksamhetsplanen.

Årets arbete har präglats av ett brett engagemang inom områden såsom kvalitet, patientsäkerhet, digitalisering och patientdelaktighet. Genom medverkan i råd, projekt, personalutbildningar och olika samverkansformer har viktiga kontakter etablerats och arbetet för en mer personcentrerad och säker vård stärkts. Under året har även rekrytering av nya ledamöter genomförts. Rådet består i dag av sex ledamöter samt en verksamhetsrepresentant. PNR har som ambition att undersöka möjligheterna till ökad regional samverkan med andra patient- och närståenderåd i syfte att skapa synergier samt främja erfarenhetsutbyte och lärande mellan olika vårdgivare. Utöver rådets elva ordinarie möten under året har ledamöter deltagit i ett flertal projekt och aktiviteter vid Södersjukhuset. Dessa har bland annat omfattat arbetet med *Kloka kliniska val*, verksamhetsplanerad aktivitet inom kompetensutveckling i omvårdnad, den långsiktiga digitala färdplanen, G-CDU samt representation i arbetet med Målbild 2040. Därutöver har rådet genomfört studiebesök i verksamheter, bidragit med rådgivning i patientsäkerhetsmöten och i det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt tagit fram ett fickkort med kommunikationstips för att stödja ett personcentrerat arbetssätt. I syfte att ytterligare stärka patientdelaktigheten har PNR även arbetat fram ett förslag på hur samverkan och samskapande kan utvecklas inom ramen för sjukhusets nya organisationsform.

Bemötande och patientdelaktighet

Som en del av sjukhusets arbete med social hållbarhet och jämlik tillgång till vård är ett gott bemötande av stor betydelse. Genom ett personcentrerat förhållningssätt skapas förutsättningar för ökad patientnöjdhet, stärkt patientsäkerhet och en positiv patientupplevelse, samtidigt som risken för diskriminering motverkas. Under året har patient- och närståenderådet (PNR) haft en aktiv roll i utvecklingsarbetet genom deltagande i utbildningsinsatser med fokus på bemötande, delaktighet och samskapande. PNR har även tagit fram ett kommunikationskort som riktar sig till både vårdprofessioner och patienter. Kommunikationskortet syftar till att stärka dialogen, öka patientdelaktigheten och främja ett personcentrerat möte mellan patient och vårdgivare. För att ytterligare förbättra tillgänglighet och patientupplevelse påbörjades under årets fjärde kvartal en översyn av sjukhusets skyltning i samverkan med Synskadades riksförbund (SRF), Sös Fastighet och Locum. Inom ramen för detta arbete erbjöd SRF även en tillgänglighetsutbildning till medarbetare på Ögonmottagningen, med syfte att stärka kunskapen om tillgänglighet och bemötande ur ett patientperspektiv.

Tillvaratagande av synpunkter och klagomål från patient och närstående

Patienters och närståendes åsikter och förbättringsförslag är avgörande för att utveckla och förbättra vård-verksamheten på sjukhuset. Patienter och närstående uppmanas att i första hand återkoppla direkt till verksamheten via 1177 e-tjänst, brev eller telefonsamtal. Varje verksamhet ansvarar för att utreda det som rapporterats och besvara anmälningarna. Klagomål och synpunkter kan även skickas till Patientnämnden (PaN) eller till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). För de som behöver finns Patientvägledare tillgänglig som stöd både till patienter och närstående som vill framföra sina synpunkter på vården. Under året har flera händelseanalyser genomförts baserat på inkomna synpunkter och klagomål och ärenden från patientnämnden.

Patienten som medskapare - Exempel från verksamheterna:

Vo Internmedicin - Medicinmottagningen har under året startat patientutbildning för att patienter med specifik behandling på hematologmottagning ska kunna administrera sina subkutana injektioner självständigt i hemmet. På så sätt ökar självständighet och förutsättningar att inte vara bunden till en särskild tid på mottagningen den dagen sprutan ska tas.

Vo Kardiologi - Patientens röst har även fått större utrymme genom patientrepresentanter i vårdprocesserna, genom att patienter bjuds in till fokusgrupper och utvecklingsarbete. Resultaten från

Nationell patientenkät har använts aktivt för att identifiera förbättringsområden, särskilt inom information, delaktighet och helhetsintryck. Genom dessa insatser har patientens roll som medskapare stärkts och verksamhetens förmåga att fånga upp och agera på patienters behov och upplevelser förbättrats.

Vo Kirurgi - Fortsatt arbete och implementering av patientnära rapportering på vårdavdelningar pågår. Överrapporterar enligt ”Bedside-modellen” på dagtid till kvällspasset med avstämning i vårdlag vid varje enskild patient med aktuell status, plan och utrymme för frågor. Detta bidrar till patientens medverkan och insyn i sin vård och behandling. Fortsatt arbete och implementering av omvårdnadsrond pågår också vårdavdelningarna.

Vo Kvinnosjukvård och förlossning - Patienten görs delaktig i sin vård genom möjligheten att ta del av riktad information och filmer inför operation och förlossning. På sjukhusets externa hemsida finns information om förlossning och eftervård och information inför gynekologiska operationer. Patienterna kan också ta del av ett omfattade informationsmaterial via 1177 där det finns en sammanställning av information om graviditet, förlossning, vård av det nyfödda barnet och eventuella tecken på komplikationen.

Vo Ortopedi - Under 2025 reviderades broschyren ”Till dig som vårdas akut” samt broschyren ”Till dig som vårdas elektivt”, där större fokus har lagts på patientens och närståendes involvering i vård och behandling. Sedan tidigare finns en patientrepresentant i ledningsgruppen och i patientsäkerhetsgruppen, för att stärka patientperspektivet. För patienter med osteoporos har en patientrepresentant från Stockholms Osteoporosförening varit med i utformningen av patientinformation om osteoporos och frakturförebyggande åtgärder inklusive behandling med Zoledronat har tagits fram.

Vo Perioperataiv vård och intensivvård - Fyra gånger per år möts samverkansgruppen inom intensivvård, som består av tidigare patienter, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal. Gruppen arbetar tillsammans med IVAs ledningsgrupp och projektgrupp som arbetar med att göra patienter och närstående mer delaktiga i vården. Vid varje möte diskuteras ett utvecklingsprojekt – som initieras från IVA, ett forskningsprojekt och en aktivitet som drivs av patienter och närstående. Gruppen initierade en konferens om återhämtning efter intensivvård för patienter, närstående och IVA personal. Konferensen genomfördes den 7 april. Ca 100 personer deltog och blev mycket uppskattad. Gruppen har också i år startat den första svenska patientföreningen inom intensivvård (förening för intensivvårdade patienter och deras närstående). Vidare har gruppen skrivit en rekommendation till allmänläkare i primärvården om hur de bör behandla patienter som intensivvårdats. Dessutom driver gruppen en mötesplats för patienter och närstående inom regionen för att möjliggöra erfarenhetsutbyte kring området. Aktiviteten testades under våren 2025, utvärderades och fortsätter under våren 2026.

Vo Sachsska barn- och ungdomssjukhuset - Evidens har visat att ungdomar med långvarig kronisk sjukdom behöver bli mer delaktiga i sin vård och hälsa för att utveckla trygghet och kunskap inför vuxenlivet. Målet är att ungdomarna ska veta vad deras behandling innebär, hur de sköter sin egenvård och vem de ska kontakta vid behov. Genom att stärka de ungas egenvårdsförmåga minskar risken för osäkerhet, felmedicinering eller utebliven kontakt med vården. Att ge ungdomarna verktyg för egenvård minskar risken för otrygghet vid övergången till vuxensjukvård. Detta stärker patientsäkerheten och främjar en personcentrerad vård. Under 2025 har en interprofessionell arbetsgrupp utvecklat en transitionsmodell som syftar till att öka ungdomars delaktighet och innehåller:

- Egna samtal - Information i kallelser om att vårdgivaren gärna träffar den unge (11–13 år) en stund själv, beroende på mognad.
- Samtalskarta - Ett stödmaterial med information som används vid besök för att stärka dialogen.
- Informationsfolder - Till ungdomar med tydlig vägledning om vad de behöver veta inför övergången.
- Webbinformation - Ungdomsvänlig text om vård och egenvård.

Vo Specialistvård – Infektionsklinikens slutenvården har under under året startat veckovisa omvårdnadsronder. Syftet med omvårdnadsronden är att belysa omvårdnadens betydelse för patienten, tydliggöra eventuella brister i omvårdnaden, bidra till ökad patientsäkerhet samt främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan medarbetare. Omvårdnadsronden leds av en av avdelningarnas specialistsjuksköterskor. Vid varje rond identifieras en patient med komplexa vårdbehov. Om patienten önskar delta genomförs en systematisk genomgång av patientens behov och upplevelser av sin vård. Specialistsjuksköterskan leder genomgången med fokus på patientens perspektiv tillsammans med patientansvarig omvårdnadspersonal. Patienten får därefter utvärdera sin upplevelse av ronden.

PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN

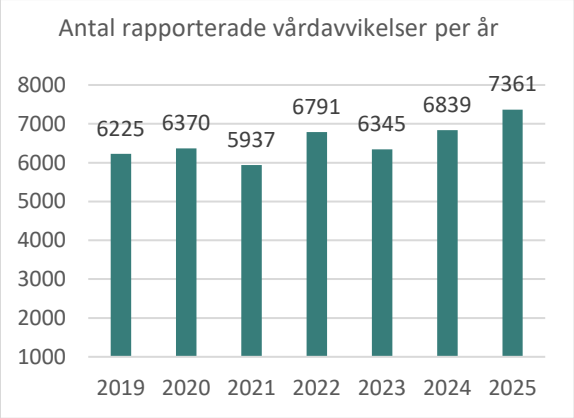
Öka kunskap om inträffade vårdskador



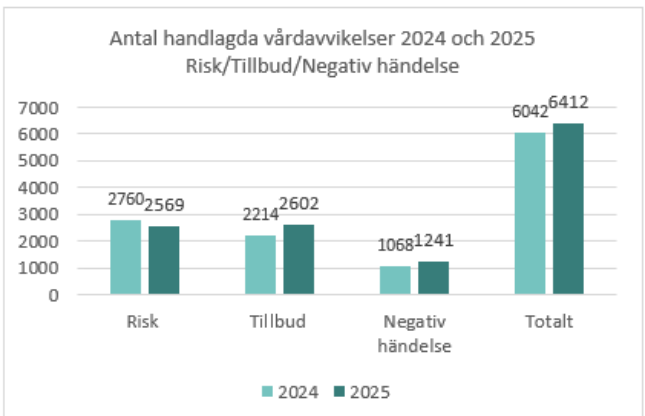
Avvikelser

I avvikelsesystemet HändelseVis bedöms vårdavvikelserna utifrån allvarlighetsgrad som risk, tillbud eller negativ händelse. Av de handlagda vårdavvikelserna har 36 procent bedömts som risker. Alla medarbetare på sjukhuset uppmanas att rapportera vårdavvikelser i avvikelsesystemet HändelseVis. Ansvarig chef (eller annan utsedd funktion) bedömer rapporterade vårdavvikelser och klassificerar händelsen.

Under 2025 rapporterades 7361 vårdavvikelser, vilket är en ökning med ca sju procent jämfört med år 2024. Totalt har 6442 vårdavvikelser (87 procent) handlagts, klassificerats och avslutats. De flesta vårdavvikelserna har klassificerats inom områdena **Behandling/omvårdnad** och **Dokumentation/informationsöverföring** samt **Läkemedel** vilket är liknande fördelning som förra året. Vid analysen av händelserna anges främst **Procedurer/rutiner/riktlinjer** som orsak till vårdavvikelsen vilket både kan innebära att Procedurer/ rutiner/riktlinjer saknas, är bristfälliga eller ej kända för de involverade medarbetarna. Flera orsaker per vårdavvikelse kan väljas.



Rapporterade vård-avvikelser/verksamhet 2025	
Admin	105
Akut	937
Bild	274
Hälsoprof	115
Internmed	1190
Kardiolog	797
Kirurgi	571
Kvinnoklin	749
Ortopedi	375
PVI	731
Sachsska	690
Specialistv	796
Sjukhusgemensam	26



Potentiella risker identifieras och hanteras även genom användning av andra verktyg som Gröna korset, Fånga passet, reflektion vid slutet av ett arbetspass, riskanalys samt via inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Det finns en ämnessida på intranätet för riskanalys med länkar till handbok från LÖF samt olika mallar som kan användas.

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål och patientärenden är andra fångstverktyg där allvarliga händelser kan identifieras och kan leda till att utredningar görs.

Interna utredningar/händelseanalyser

Om den rapporterade händelsen indikerar att en patient drabbats av en vårdskada eller kunde ha drabbats av en vårdskada ska händelsen enligt patientsäkerhetslagen utredas. Syftet med utredningen är att klarlägga händelseförloppet och orsakerna till det. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Efter utredningen genomför verksamheten lämpliga åtgärder, följer upp dem och sprider kunskapen för att hindra att liknande händelser inträffar igen. Om utredningen visar att patienten inte har drabbats av en händelse som har, eller hade kunnat medföra en vårdskada, kan resultatet av bedömningen och erfarenheterna ändå användas i verksamheten inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Under året påbörjades ca 79 händelseanalyser och interna utredningar. Patient eller närstående delaktiga i 54 av händelseanalyserna.

Verksamhetsområde	Antal händelseanalys	Antal Lex Maria	Antal händelseanalyser där patient/närstående deltagit
vo Akut	8	8	7
vo Bilddiagnostik	6	2	3
vo Internmedicin	11	4	9
vo Kardiologi	10	5	10
vo Kirurgi	11	9	4
vo Kvinnosjukvård och Förlossning	3 händelseanalys 5 internutredning	4	3
vo Ortopedi	7	5	6
vo Perioperativ vård och Intensivvård	6	0	1
vo Sachsska barn- och ungdomssjukhuset	7	6	7
vo Specialistvård	5	1	4
Totalt	79	44	54

Lex Maria

När chefläkare bedömt en händelse som en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skrivs ett chefläkarbeslut om att händelsen ska anmälas till IVO. Beslutet används som underlag till anmälan. En checklista används för att säkerställa att utredningen tydligt beskriver händelseförloppet för att minska missförstånd eller tolkningar, att orsaker och åtgärder är identifierade, samt att utredningen håller god kvalitet för att undvika onödiga kompletteringar. Sjukhuset ska alltid erbjuda patienter och/eller närstående möjligheten att delta vid utredningar. De kan bidra med värdefulla synpunkter och frågeställningar, vilket skapar ett bredare perspektiv på analysen. I samtliga lex Maria-ärenden har patient och/eller närstående erbjudits att varit delaktig. Det finns även en folder **Patientinformation om vårdskada, utredning och ev. lex Maria** vilken kan användas till patient/närstående vid utredningar. Uppföljning av åtgärderna sker på respektive verksamhetsområde, men ibland även på sjukhusnivå.

Under 2025 gjordes 44 Lex Maria-anmälningar:	
vo Akut (10)	- Patient som avlider i väntan på vårdplats (vo Akut och vo Internmedicin) - Fördröjd handläggning av akut leukemi - Akut koldioxidretention - Missad testikelcancer - Fördröjd handläggning vid misstanke om akut leukemi (vo Akut och vo Internmedicin) - Missat trauma - Peroralt läkemedel som administreras intravenöst - Försenad diagnos stroke - Försenad diagnostik och operation av tarmischemi - Missat progredierande subduralhematom
vo Bilddiagnostik (1)	- Missad ryggfraktur
vo Internmedicin (4)	- Fördröjd kontroll av parametrar vid stroke - Försenad diagnos och behandling av armfrakturer - Aspiration under pågående sondmatning - Förväxling av blodtransfusion
vo Kardiologi (5)	- Missat maligna celler i pleuravätska - Trycksår uppkomna under vårdtiden - Hypoglykemi efter utskrivning - Intag av läkemedel i blisterförpackning - Patient smittas med Legionella
vo Kirurgi (6)	- Försenat operationsbeslut - Blåsruptur i samband med blindtarmskirurgi - Trycksår som uppstått under vårdtid på vårdavdelning - Tumör som ej blev bortopererad - Försenad signering och handläggning av undersökningsresultat - Transfusion av röda blodkroppar i stället för blodplättar
vo Kvinnosjukvård och Förlossning (4)	- Patient med urinretention efter förlossning - Hudskada hos patient efter planerat kejsarsnitt - Felaktig indikation för gyn-operation och överdosering lokalanalgetika - Infektion efter förlossning
vo Ortopedi (5)	- Ofullständig dokumentation av två senimplantat - Kvarlämnat material i sårhåla - Stroke efter planerad knäprotesinfektion - Otillräcklig smärtlindring av patient med två frakturer - Patient vårdad under fel personnummer
vo Perioperativ vård och Intensivvård (1)	- Patient får käkledsluxation efter operation
vo Sachsska barn- och ungdomssjukhuset (6)	- Förstföderska med GDM induktion, VE och skulderdystoci. Barn med svår asfyxi - Barn med pneumoni som överförts från NKS - Barn med shuntbehandlad hydrocefalus får krampanfall och hjärtstopp - Missad blindtarmsinflammation på barnakuten - Förväxling av bröstmjölk - Spädbarn bedömdes felaktigt som gastroeneterit
vo Specialistvård (1)	- Patient får för stor dos Ketanest

Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten

Vårdgivaren ska anmäla till IVO då det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Riktlinje och en sida på intranätet med instruktioner finns tillgänglig som stöd.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Gemensamma processer

Den sjukhusövergripande riktlinjen **Patientsäkerhet – ledningssystem** beskriver ansvar, roller, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet. Sjukhuset har sjukhusövergripande (och när det behövs även lokala) vårdriktlinjer och beskrivningar av standardiserade arbetssätt för att säkra kvaliteten på vården. På intranätet finns ämnessidan för patientsäkerhet med exempelvis riktlinjer, checklistor, olika verktyg, händelseanalyser, mål, indikatorer och resultat för området samt relevanta kontaktpersoner. Informationen kompletteras med regelbundna nyhetsbrev till chefer och berörda patientsäkerhetsfunktioner.

Det pågår ett fortlöpande arbete (utifrån regionala direktiv) med att skapa standardiserade sjukhusgemensamma journalmallar, mätvärdesmallar samt aktivitetsplaner i journalsystemet. Informationen i patientens journal ska vara strukturerad och funktionerna som finns i systemen ska användas på ett standardiserat sätt och i samklang på hela sjukhuset för att ge en god och säker vård samt för att säkerställa sjukhusets ansvar för optimal dokumentation. När medarbetare arbetar på olika vårdenheter ökar igenkänningsfaktorn och säkerheten om dokumentationen görs på liknande sätt på sjukhuset. Många delar av dokumentationen är kopplad till andra system och används för uppföljning. Gemensamma mallar säkrar även integration till övriga system. Förändringar kan enkelt göras, nya termer kan läggas till vid ett tillfälle och ändringen slår igenom omedelbart på alla enheter.

Akutmottagningsbesök

Utvecklingen av de akuta flödena har fortsatt varit ett prioriterat område. Trots ett ökat inflöde till akutmottagningen under 2025, jämfört med under 2024, har beläggning och tillgänglighetsmåtten varit stabila eller förbättrats. Medianväntetiden till första läkarbedömning har minskat och flödena för patienter med hög medicinsk prioritet har hållits på stabil nivå. Sammantaget visar arbetet att sjukhusövergripande insatser ger effekt även vid ökad belastning.

Södersjukhusets akutmottagningar tar emot ca 131 000 personer per år med varierande grad av akut sjukdom. Av de akuta besöken resulterade cirka 27 procent i inläggning inom slutenvården på sjukhuset. De flesta övriga patienter som söker är multisjuka äldre varav flera inremitteras till akutmottagningen från särskilt boende eller från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Det är en bred variation på hur det akuta omhändertagandet behöver vara. Vissa mindre akuta besvär kan hänvisas till närakut. Andra mer komplicerade tillstånd kräver en omfattande utredning innan beslut om fortsatt vård. På akutmottagningen finns en CDU avdelning (Clinical decision unit) med 7 vårdplatser. På CDU vårdas patienter med akuta men kortvariga tillstånd och de behöver därmed inte vårdas på sjukhusets specialiserade vårdavdelningar.

Tiden till en första läkarbedömning bör vara så snabb som möjligt. De svårast sjuka patienterna måste få en snabb bedömning och patienter med intensivvårdsbehov måste snabbt identifieras och transporteras till intensivvården. För att rätt patient ska prioriteras har arbetssätt kring triagering av patienter på akutmottagningen utarbetats. Särskilda Omvårdnadsledare stödjer processen. Deras uppdrag är att leda och utveckla omvårdnaden samt att säkra patientsäkerhetsarbetet och stötta övrig omvårdnadspersonal på akutmottagningen.

Antalet äldre i behov av akut sjukvård ökar och vistelsetiden på akutmottagningen är för lång för de äldre sköra patienterna. Även andelen akuta återinskrivningen inom 7 dagar av patienter 80 år eller äldre, är för hög. Sjukhuset har ingen egen geriatrisk vårdavdelning men vårdbehovet ökar kraftigt och har därför en geriatrisk utredningsavdelning, en så kallad geriatrisk clinical decision unit (G-CDU enhet) startats på sjukhuset under 2025. Avdelningen har ett fokus på snabb utredning, adekvat omhändertagande och korrekt handläggning av äldre patienter, utan att fördröja vistelsetiden på akutmottagningen. G-CDU har

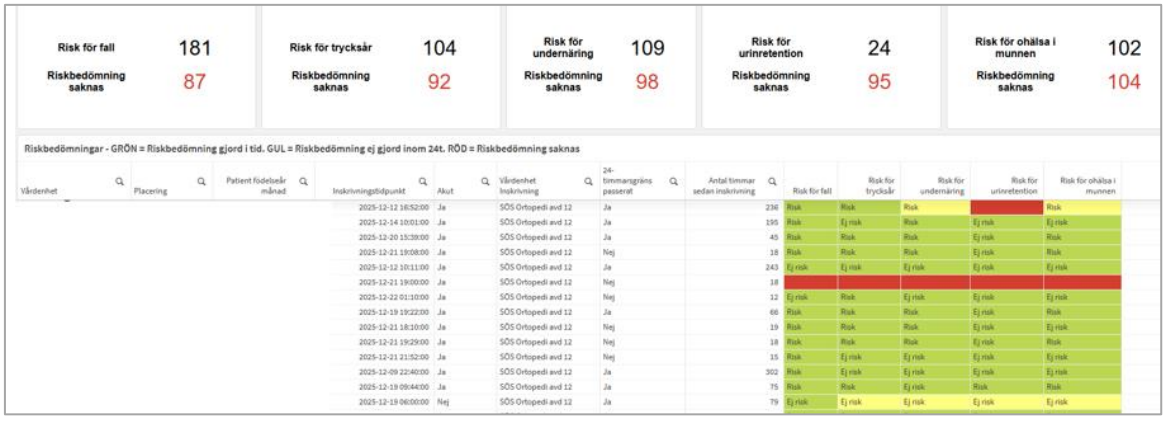
en lugn och anpassad vårdmiljö för äldre med korta vårdtider (12–32 tim) och snabb utskrivning till nästa vårdinstans, inklusive snabbspår till geriatriken. Parallellt har arbetet med prehospital konsultation vidareutvecklats, vilket har lett till färre remisser till akuten och kortare vistelsetider för de patienter som remitteras.

Vårdkapacitet, vårdbehov och tillgång på vårdplatser

Vårdbehovet har varit fortsatt högt och antalet slutenvårdstillfällen har ökat under 2025 vilket stämmer väl överens med den demografiska utvecklingen med allt fler äldre, som påverkar behovet av vårdplatser. Belastningen på akutmottagningen (andelen svårt sjuka) ökar generellt. Friskare patienter som snabbt kan handläggas omfördelas till regionens närakuter och de som söker till akutmottagningen är äldre och ofta multisjuka. Därmed krävs mer komplexa initiala utredningar vilket i sig medför en längre (men nödvändig) vistelsetid. Tillgängligheten under 2025 har förbättrats trots ett fortsatt högt söktryck till akutmottagningen och ett oförändrat vårdbehov. Vårdkapaciteten har ökat tack vare bättre flöden både i inskrivning- och utskrivningsprocessen. På akutmottagningen har samtliga flödesparametrar förbättrats och patientflödet ut från sjukhuset har upprätthållits med god samverkan med geriatrik och ASIH som haft god platstillgång. Förutsättningarna för en ökad tillgänglighet har också förbättrats utifrån bättre balans i kompetens-försörjningen (restriktiv inhyrning) och arbetet med en förbättrad och effektivare produktions- och kapacitetsplanering. Sammantaget är resultatet att antalet slutenvårdstillfällen har ökat samtidigt som vårdtiden sjunkit. De kortare vårdtiderna har resulterat i sjunkande beläggningsgrad. Den genomsnittliga beläggningen inom vuxensjukvården är nu ca 93 procent jämfört med 98 procent 2023. Inom akutsjukvården i Stockholm finns alltid risk för vårdplatsbrist som varierar med säsong och nedstängningar under semesterperioder. Beläggningssituationen kan förvärras dramatiskt under infektionssäsong när både patienter och vårdpersonal insjuknar i covid eller influensa (fler patienter och höga sjukskrivningstal).

Preventiva åtgärder och riskbedömningar under vårdtiden

Vid inskrivning i slutenvård, samt vid behov under vårdtiden, görs relevanta riskbedömningar. Dessa görs utifrån de områden där patienter löper risk att skadas, inte minst i samband med sjukhusvård. Exempel på områden är trycksår, undernäring, fall, anmälningspliktiga resistenta bakterier och urinretention. Det är därför av stor vikt att i ett tidigt skede identifiera vilka patienter som löper särskilt stor risk att drabbas och att vidta adekvata förebyggande åtgärder för att förhindra skador/vårdskador. Riskbedömningarna görs av sjuksköterska inom 24 timmar från patientens ankomst till sjukhuset. För att förebygga och åtgärda riskerna krävs att samtliga professioner i vårdteamet involveras. Det finns även specifika riskbedömningsinstrument inför förlossning, operation och anestesi som används för att beräkna estimerade risker. Att på ett tidigt stadium identifiera patienter med hög risk minskar risken för att dessa patienter ska utveckla komplikationer, och i de fall komplikationer uppstår minska svårighetsgraden av dem. Under året har sjukhusets utdataverktyg QlikSense utvecklats med realtidsdata avseende flera av riskbedömningarna. Detta bidrar till att det numera går att få en snabb överblick avseende om samtliga patienter har riskbedömts, samt hur stor andel av patienterna där en ökad risk har identifierats.



Sjukhuset har under 2025 implementerat två **bedömningsskalor för akut förvirring, 4AT och Nu-Desc.** 4AT är utformat för snabb initial bedömning av delirium och kognitiv nedsättning. Den görs i samband med kontroll av NEWS2 (vitalparametrar). Om 4AT poängen är ≥ 4 eller vid stark misstanke om delirium används i stället Nu-DESC skalan för att följa symtomen över tid. För denna skala gäller i stället att vid total Nu-DESC poäng ≥ 2 tolkas det som delirium.

En ny riktlinje **Akut förvirringstillstånd, screening, åtgärder och dokumentation**, har utarbetats för att beskriva när respektive skala ska användas. Utbildningsmaterial har tagits fram i form av Powerpoint-presentation med ljud och en film där riskbedömningen visas i praktiken. Fickkort för bedömning av 4AT finns också att beställa.

Perioperativ vård och intensivvård

Inom verksamheten för perioperativ vård och intensivvård pågår ett systematiskt förbättringsarbete för att identifiera utvecklingsområden baserat på aktuella kvalitetsregister. Data från Svenskt Perioperativt Register (SPOR) har använts för att utvärdera postoperativa parametrar, såsom smärta och illamående, i olika patientgrupper. Exempelvis, efter utvärdering byttes anestesimetod vid kirurgiska tarmoperationer, vilket bidrog till att patienterna upplevde en lägre grad av postoperativt illamående efter metodbytet Inom ramen för detta förbättringsarbete följer en sjuksköterska upp patienter efter intensivvård med syfte att förebygga komplikationer och återinskrivning på IVA inom 72 timmar. Resultaten rapporteras och utvärderas kontinuerligt samt registreras i Svenskt Intensivvårdsregister (SIR)

Kontroll av vitala funktioner

Regelbunden övervakning med ett riskbedömningsinstrument ökar möjligheten att upptäcka en försämring av patientens tillstånd i tid. På sjukhuset används National Early Warning Scale2 (NEWS2) till alla slutenvårdspatienter. Till mätvärdesskalan finns en åtgärdstrappa som visar när och vilka åtgärder som ska vidtas vid avvikande mätvärden. I NEWS2 ingår bedömning av medvetandegrad, där akut konfusion är ett kriterie. Då detta kan vara svårt att bedöma, speciellt om det är första gången patienten bedöms, har ett tillägg av bedömningsskalan 4AT gjorts. Vid misstanke om akut förvirring görs bedömning av vakenhet, kognitiv förmåga, uppmärksamhet och akut förändring. Mobila intensivvårdsgruppen (MIG) består av intensivvårdsläkare och en intensivvårdssjuksköterska och är ett konsultstöd som kan tillämpas till en vårdenhet för bedömning av den akut sjuke/försämrade patienten. Under året gjordes 442 MIG-bedömningar. Den största andelen av bedömningar gjordes på verksamhetsområde internmedicin följt av verksamhetsområde kirurgi. De allra flesta av patienterna som bedömdes kunde fortsatt vårdas på vårdavdelningen (73 procent) medan 27 procent överflyttades till en intensivvårdsavdelning. MIG har även i uppdrag att tillhandahålla utbildningar i NEWS2-skalan samt om MIG-gruppens arbete. Under året har efterfrågan av utbildningar varit liten. Orsak till detta kan vara att NEWS2 är väl implementerad hos sjuksköterskor och undersköterskor. NEWS2/MIG ingår i sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor. MIG

Vårdhygien

Vårdhygien Stockholm arbetar genom rådgivning, undervisning, verksamhetsbesök, deltagande i arbetsgrupper och kommittéer samt vårdhygienisk egenkontroll (VEK) för att bidra till förbättrad följsamhet till screening av anmälningspliktiga resistenta bakterier, förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, minskning av vårdrelaterade infektioner, förbättrad vårdhygienisk standard på avdelningar och mottagningar och ökad kunskap om vårdhygien. Vårdhygien Stockholms aktiviteter har vidare haft som mål att leda till adekvata åtgärder vid ny- och ombyggnation, vårdhygieniska aspekter adekvata åtgärder vid utbrott och fall av smitta samt hantering av apparatur och utrustning. Utöver det förekommer även en del faktagranskning av rutiner som tas fram på sjukhuset.

Under en stor del av året har Vårdhygien Stockholm deltagit i sjukhusets arbete med legionella. Först i möten i utredningsgrupp mellan april och augusti, parallellt och därefter i arbetet med framtagande och faktagranskning av egenkontrollprogram för såväl Sös som Locum.

Vårdhygien Stockholms insatser vid ombyggnationer under 2025 har varit omfattande med deltagande på flertal möten och med krav på avancerad rådgivning.

Omvårdnad

Utskott Omvårdnad har till syfte att samordna, planera och driva sjukhusövergripande omvårdnads-utveckling samt att fatta strategiska beslut för en god och säker vård med hög omvårdnadskvalitet. Under 2025 har Utskott Omvårdnad haft en aktiv roll i arbetet med en aktivitet i sjukhusets verksamhetsplan som är ”Kompetens omvårdnad”, både som referensgrupp och genom deltagande i framtagandet av arbetsmaterial samt förslag till beslut kring sjukhusgemensamma arbetssätt. Omvårdnad är ett prioriterat område i sjukhusets verksamhetsplan och utskottets arbete har bidragit till att tydliggöra strukturer för professionsutveckling, stärka gemensamma arbetssätt och skapa bättre förutsättningar för en god och säker vård. Arbetet har haft särskilt fokus på att skapa långsiktiga förutsättningar för omvårdnadsarbetet genom ökad samsyn, kompetensutveckling och organisatoriskt stöd till verksamheterna som en integrerad del av sjukhusets patientsäkerhetsarbete.

Läkemedel

Utskott läkemedel och Läkemedelsgruppen verkar för en patientsäker, kostnadseffektiv, rationell och robust läkemedelsbehandling och hantering på Sös. Arbetet grundar sig ofta på rapporterade avvikelser och frågor som verksamheterna lyfter. Läkemedelsavvikelser som rapporteras i HändelseVis följs upp regelbundet av Utskott läkemedel för beslut om lämpliga åtgärder för att minimera risker framgent.

Läkemedelsgruppen startade 2024 en utbildningsinsats kallad ”Lär om Läkemedel”, riktad mot sjuksköterskor och andra läkemedelsintresserade. En gång per månad håller vi en föreläsning eller workshop relaterat till läkemedelsbehandling och hantering för att öka kunskapen bland vårdpersonal. Föreläsningarna har varit uppskattade och rört viktiga ämnen som till exempel läkemedelsbehandling till patient med sväljsvårigheter, läkemedel i samband med operation samt hur äldre patienters läkemedelssvar kan skilja sig från yngre vuxna.

Läkemedelsgruppen arbetar löpande över året med uppdatering av sjukhusövergripande riktlinjer som rör flertalet viktiga moment inom läkemedelshantering. För att sprida kännedomen om dessa tas de ofta upp på föreläsningar och utbildningar, bland annat deltar läkemedelsgruppen i KUP 1 och 2.

I samband med nationellt införande av RS-virusprofylax till samtliga nyfödda barn under RS-virussäsongen startade en arbetsgrupp på Södersjukhuset för att säkerställa att samtliga berörda barn skulle få tillgång till läkemedlet, föräldrar skulle få information och att dokumentation skulle ske ändamålsenligt.

Södersjukhuset har kliniska farmaceuter på flera enheter som hjälper vårdpersonalen med läkemedelsfrågor. Läkemedelsgenomgång av patienternas läkemedel är en viktig del i patientsäkerheten gällande läkemedel. Under 2025 har det pågått ett projekt med en klinisk farmaceut på Internmedicin, en verksamhet som tidigare inte har haft denna tjänst.

Läkemedelsserviceteamet arbetar med läkemedelsförsörjning till vårdenheter och ger stöd till vårdpersonal i hantering av läkemedel. Under 2025 har antalet vårdenheter som får detta stöd utökats, t.ex. nu även på verksamhetsområdet Perioperativ vård och intensivvård.

Det globala problemet med ökande antal restnoterade läkemedelsprodukter skapar problem för sjukhuset avseende tillgång till vissa läkemedel. Vi arbetar aktivt med att minimera dessa problem genom att delta i de regionala veckovisa mötena, söka sjukhusövergripande licenser där möjliga ersättningspreparat finns och sprida information till verksamheterna om hur leveransproblem kan hanteras.

Som en del av det statliga uppdraget att öka robustheten i läkemedelsförsörjningskedjan har sjukhuset fortsatt arbetet under 2025 med att utöka beredskapslager av läkemedel på sjukhuset inklusive upprättande av ett centralt förråd för att öka vår möjlighet att förvara större volymer av vissa preparat.

Utöver tidigare nämnda insatser fortsätter arbetet med att uppmärksamma möjliga risker gällande läkemedel på sjukhuset. Framöver kommer vi bland annat uppmärksamma syrgasbehandling tillsammans med Utskott syrgas utifrån vårdavvikelser som har inkommit kring detta. Allvarliga risker har även uppmärksammats kring insulinbehandling och vidare diskussion kring detta kommer ske i Utskott Läkemedel.

Antibiotikaanvändning

Utskott STRAMA erbjuder ett nätverk där verksamhetsområdenas STRAMA-ombud är välkomna att delta. Vi sprider information om regionens STRAMA-arbete och samordnar aktiviteter och kvalitetsmål för Södersjukhuset. I uppdraget som STRAMA-ombud ingår att validera och samla in data i Infektionsverktyget, analysera data, ta fram lokala mål och sprida information inom sin verksamhet. Utskottet verkar även för att implementera och utvärdera antibiotikaronder som utförs av infektionsläkare i andra verksamheter, för att förbättra antibiotikaanvändningen på sjukhuset. Under 2025 har utskottet haft möten i nätverket för att förmedla vidare information från möten mjed STRAMA Region Stockholm. Ett av STRAMA-ombuden har även deltagit i Nationell Arbetsgrupp (NAG) STRAMA.

Antibiotikaronder har genomförts två gånger per vecka på urolog-, lung- och hematologavdelning samt på AVA och kirurgen. Kirurgen valde att avsluta sina ronder i december.

STRAMA arbetar kontinuerligt med att långsiktigt minska användningen av bredspektrumantibiotika (cefalosporiner, piperacillin- tazobaktam och karbapenemer) och öka andelen penicillin-V och penicillin-G (PcV och PcG) som förstahandsval vid samhällsförvärvad pneumoni enligt nationella riktlinjer. Under covid-19-pandemin ökade användningen av cefalosporiner vid luftvägsinfektioner kraftigt pga rekommendationer om behandling vid misstänkt covid-19-infektion, vilket ledde till att användningen av dessa antibiotika ökade även vid bakteriell pneumoni. Andelen PcV och PcG minskade följaktligen i samband med covidvågorna, framför allt på akuten. Under 2025 har utskott STRAMA fortsatt arbetet för att åter öka andelen PcV och PcG som förstahandsbehandling vid samhällsförvärvad pneumoni. Särskilt akuten, där de flesta ordinationerna sker, har fortsatt att arbeta aktivt med detta.

Under 2025 har STRAMA Stockholm, med hjälp av Infektionsverktyget, tagit fram diagnosspecifika data för jämförelse av antibiotikaanvändningen mellan de olika sjukhusen i region Stockholm. Detta är till stor hjälp vid återkoppling av data till klinikerna.

Inom arbetet med kloka kliniska val (KKV) har minskad behandling med intravenösa antibiotika genom tidigare övergång till peroral behandling tagits fram som ett sjukhusövergripande mål. Arbetsgruppen för KKV håller också på att ta fram mallar för uppföljning via QlikSense..

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning tar fortlöpande fram personcentrerade och sammanhållna vård-förlopp för olika sjukdomar. Införandet av vårdförloppen ansvarar de regionala programområdena för. Sjukhuset anpassar sedan vårdförloppen till den vårdprocess som sjukhuset kan ansvara för. Kommittén för Vårdkvalitet och patientsäkerhet håller samman strukturen för hur införande ska ske, det är nu sammanlagt 14 vårdprocesser (se nedan för några exempel). Utskott Vårdkvalitet bjuder varje termin till en nätverksträff nätverk där vårdprocessägare och vårdprocessledare bjuds in till att utbyta erfarenheter utifrån olika teman. Utskottet erbjuder stöd till vårdprocessledaren i samband med uppstart av en ny vårdprocess.

Vårdprocess - Sepsis

Vårdprocess sepsis och dess arbetsgrupper har under 2025 fortsatt arbetet med kommunikation och information för att underlätta för medarbetare att hitta relevant information, uppdaterade riktlinjer och utbildning om sepsis samt att uppmärksamma det pågående förbättringsarbetet för sepsis på sjukhuset med bland annat diagnoskodning och extra dos antibiotika vid sepsis. Varje verksamhet ansvarar själva för korrekt diagnos och behandling. Vårdprocessen syftar till att likrikta, sprida information och vara ett kunskapsstöd för korrekt diagnos och behandling vid sepsis.

Under året har arbete pågått med framtagande av lokala mål och att skapa mätmetoder för uppföljning med nya appar i Qlick sense. Målen utarbetas lokalt och i samarbete med RPO (regionala programområden) samt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för sepsis. Fokus är på tre processer i vårdförloppet:

- Sepsislarm för tidig upptäckt och adekvat handläggning (NEWS ≥ 7 samt infektionstecken!)
- Korrekt diagnoskodning
- Adekvat information och uppföljning

Fortsatt arbete har skett under året för att öka följsamhet till rutinerna och möjliggörande av automatisk datainhämtning. Förbättringsarbete har pågått för att öka andelen sepsislarmpatienter med rätt diagnoskodning från tidigare nivå på 20% till ett mål på > 80% 2025. Säsongens förbättringstema har varit förlängd infusion, eller kontinuerlig infusion antibiotika, till alla svårt sjuka patienter med sepsis och en ny riktlinje för detta har utarbetats i samarbette med MIVA/IVA.

Sepsislarm finns på sjukhuset sedan flera år. En E-utbildning i omhändertagande av sepsispatienter på akutmottagning har tagits fram och genomförts på akuten. En lathund för sepsislarm har också tagits fram, en lathund är riktad till omvårdnadspersonal och en annan lathund är riktad till läkare på akuten.

För att upprätthålla goda stöd för kontinuerlig kompetensutveckling har en film tagits fram för utbildning inom omvårdnad vid sepsis på vårdavdelning och finns publicerad på Lärtorget. En annan film för utbildning av läkare har tagits fram och handlar om Diagnossättning/DRG & Akut omhändertagande, även denna finns på Lärtorget.

Nytt arbetssätt gällande adekvat utredning och behandling vid växt av S. aureus eller Candida spp. i blodet har tagits fram och håller på att implementeras. En QlikSense-applikation för kvalitetsindikationer för handläggning av patienter med S. aureus i blod (SAB) har också tagits fram.

Patientinvolvering sker vid behov under året i samarbete med sepsis-fonden. Informationsfoldern som utarbetats av sepsis-fonden kommer fortsatt att spridas på sjukhuset och är en del av utskrivningsmaterialet.

Även i år uppmärksammades World sepsis day med föreläsning, presentation av patientfall och tävling med priser.

Vårdprocess - Cancer

Sjukhuset har tio standardiserade vårdförlopp för cancer. Av de utskick för Nationell Patientenkät som gjordes under Q2 har tillräckligt många svar inkommit från två av förloppen; prostatacancer och bröstcancer. För de två förloppen var helhetsintrycket fortsatt mycket, vilket är glädjande. Cancervården prioriterats och inom operationsverksamheten har det varit fullt fokus på att genomföra operationer inom ledtiderna. Utmaningar har framför allt funnits inom bröstcancerförloppet med längre ledtider som äntligen börjat vända. Urologen har i år inte kunnat uppfylla sitt mål för Blåscancer då det varit tufft med operationstider. Medianväntetid i dagar, remissankomst till MDK inkl. kirurgisk behandling har varit 28 dagar där målsättningen är att ligga på <25d (2024: 24 dagar). Rutiner kring hur SVF registreras i journal arbetas fortsatt med under 2026 för att få en samlad bild av sjukhusets data i Qlicksense.

Vårdprocess - Höftledsartros och proteskirurgi
Sjukhuset arbetssätt som behövde förbättras inom ramen för vårdprocessen handlar om att tidigt identifiera och optimera faktorer som påverkar risker inför kirurgi i god tid (t ex preoperativ anemi, levnadsvanor, blodtryck, fysisk aktivitet) samt sårkontroll av opererande enhet 1–2 veckor efter operationen avseende eventuellt sårläckage eller infektionstecken. Arbetsgruppen har utarbetat en checklista för vad den patientansvariga läkaren behöver ta ställning till inför anmälan till operation. Det har också tagits fram en checklista med länkar till riktlinjer och styrande dokument som förtydligar riskfaktorer vilket underlättar kommunikationen med patienten. För att på ett enkelt sätt fånga upp patienter med preoperativ anemi testas nu att ta blodvärde på alla som inkommer med remiss där ställningstagandet är proteskirurgi. För patienter med en låg fysisk aktivitetsnivå har remiss till fysioterapeut erbjudits för att optimera förutsättningarna inför kirurgi.

Vårdprocess - Lungfibros
Lungmottagningen har under året påbörjat implementeringen av det nationella vårdförloppet för lungfibros. Arbetet är ännu inte slutfört och fokus har legat på att etablera gemensamma rutiner, utbilda personal och skapa förutsättningar för en mer strukturerad och patientsäker handläggning. Införandet syftar till att minska variationer, snabbare diagnostik, förbättra samverkan mellan vårdgivare och framför allt stärka patientens delaktighet och kunskap. En standardiserad remiss och checklista för ILD-utredning (interstitiell lungsjukdom) har införts och utbildningar har hållits för läkare, sjuksköterskor och paramedicinsk personal. En multidisciplinär konferens (MDK) med strukturerade presentationsunderlag och regelbundna tvärprofessionella teamronder har införts. Uppdaterat patientinformationsmaterial har tagits fram. Genomgång har gjorts av arbetsflöden för HRCT (högupplöst skiktröntgen av lungorna), lungfunktionsmätningar och bokningsrutiner.

Projektet är pågående och inga har inga slutliga resultat, men en ökad samsyn i teamet kring utredningens struktur och bättre koordinering inför MDK har uppnåtts. Planerade framtida uppföljningsmått inkluderar tid till diagnos, andel MDK-bedömda patienter, fullständighet i utredningar och patientupplevelse.

Införandet av det nationella vårdförloppet har redan stärkt förutsättningarna för en mer enhetlig och säker handläggning av lungfibrospatienter. Strukturer och rutiner är på plats, även om full implementering och utvärdering återstår. När vårdförloppet är fullt infört förväntas tydliga förbättringar av diagnostik, behandlingsbeslut och patientinformation, vilket sammantaget kommer att bidra till ökad patientsäkerhet.

Vårdprocess - Hjärtsvikt och ischemisk hjärtsjukdom
Målet för vårdprocess hjärtsvikt är en förbättrad livskvalitet, överlevnad samt minskat behov av sjukhusvård. I vårdförloppet beskrivs ett stort antal mål och mått som ska eftersträvas. Vårdprocess hjärtsvikt har därför genomfört ett flertal aktiviteter för att förbättra vården för patienter med nydebuterad hjärtsvikt. Det handlar om att förbättra registreringen av rätt diagnos (specificering av vilken typ av hjärtsvikt som patienten har), uppmärkning av remiss för att kunna särskilja flödet, lathund för läkemedelsbehandling och uppföljning av data från kvalitetsregistret RiksSvikt.

Arbetet med hjärtsviktsprocessen, i nära samverkan med den regionala arbetsgruppen, har skapat tydligare prioriteringar och enhetligare arbetssätt mellan vårdnivåer. För ischemiprocessen visar årets Swedeheart-resultat att Södersjukhuset placerat sig etta i landet, vilket tydligt speglar det starka tvärprofessionella teamarbetet. En avgörande framgångsfaktor i samtliga processer har varit strategiskt arbete med kvalitetsregister. Kardiologen har arbetat intensivt med att öka täckningsgrad, kvalitet och automatisering av inrapportering till Rikssvikt, Swedeheart och SIR. Dessa register är centrala verktyg för att följa resultat, identifiera variation och styra förbättringsåtgärder.
Samlat har arbetet med våra tre stora vårdprocesser – i kombination med aktiv användning av kvalitetsregister – skapat mer enhetliga arbetssätt och förbättrat vår förmåga att leverera säker, datadriven och högkvalitativ vård.

Vårdprocess - Palliativ vård
Arbetet i den sjukhusövergripande processgruppen har fortgått under året. Bland annat har en handlingsplan upprättats och uppdragsbeskrivningen uppdaterats. Samtliga verksamheters arbetssätt kring rapportering till Palliativa registret har inventerats och en sjukhusövergripande riktlinje har tagits fram för detta, samt ytterligare en riktlinje om avseende dokumentation om palliation. Samtalsutbildningar erbjuds via KTC (Kliniskt Träningscentrum). Nätverksträff har hållits på temat ”att vårdas i livets slut på akutsjukhus, hur, när, var och varför”. Utbildningsinsatser har gjorts till onkologiska kliniken, verksamhetsområde ortopedi, kardiologi, kirurgi och internmedicin.

Säker vård här och nu



Riskhantering
Sjukhuset använder flertalet verktyg och metoder för preventivt arbete och för att säkra vården för patienten här och nu, exempelvis:

- Sjukhusövergripande och verksamhetsspecifika riktlinjer, stöddokument och checklistor
- SBAR – ett verktyg som underlättar och stödjer säkra överrapporteringar
- NEWS2 – regelbunden övervakning med bedömningsskalan NEWS2 (O-NEWS för gravida, PEWS för barn) vilket förbättrar möjligheten att tidigt upptäcka och behandla hotande svikt i vitala funktioner
- Riskbedömningar vid inskrivning i slutenvården, i samband med anestesi och operation samt inom förlossningsvården
- Efter förlossning görs riskbedömning gällande barnet och eventuella åtgärder. Riskbedömningen ligger till grund för planering av barnläkarkontroller av barnet
- Checklista för säker kirurgi – för att förbättra kommunikationen mellan medarbetarna, samt ett stöd för minnet så att alla viktiga säkerhetsåtgärder blir genomförda i samband med operationer

Utlokalisering och överbeläggningar
Utlokalisering och överbeläggning ökar risken att drabbas av vårdskada. Snittet under året har varit 1,55 utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser, vilket är en minskning mot föregående år. Beläggningen har varit 93 procent vilket är oförändrat mot föregående år.. I riktlinjen **Inskrivningsprocessen** finns ett avsnitt kring det medicinska samt omvårdnadsmässiga ansvarsförhållandet för utlokaliserade patienter. Det finns även ett avsnitt med information och ansvarsfördelning vid behov av överbeläggningar och hänvisning till överbeläggningstabell.

Säker materialförsörjning
Varuförsörjningen har varit relativt stabil, i likhet med 2024. En tydlig förändring är att leveransproblem under året i högre grad har berott på kvalitetsbrister i artiklar, snarare än komponentbrist.
Som en del av det nationella regeringsuppdraget att stärka det civila försvaret inom hälso- och sjukvården har sjukhuset under 2025 genomfört flera konkreta insatser för att förbättra försörjningsberedskapen:

- **Utökad förrådsservice**: För att avlasta medarbetare med vårdkompetens har antalet vårdenheter med förrådsservice utökats, så att alla enheter som önskat har fått tillgång till servicen.
- **Stärkt lokal lagerhållning**: Stora resurser har lagts på att förstärka varje enskild vårdenhets förråd. Då befintliga lokaler inte räckt till har ett nytt permanent centralt förråd utretts. Under 2025 har en enklare, tillfällig variant etablerats som buffertlager utan omsättning av artiklar, i syfte att uppnå målen för höjd beredskap.

- **Kapacitetsökning vid Steriltekniskt centrum**: Förrådet av sterila artiklar har genomgått en omfattande översyn med fokus på att öka lagervolymerna. Kapaciteten har utökats genom nya hyllsystem, stora delar av arbetet har digitaliserats och nya arbetsrutiner har införts för att effektivisera hanteringen.
- **Brandsäkerhet vid ökad volym**: I takt med att volymen av artiklar ökat har även mängden brandfarliga varor ökat. Sjukhuset har därför genomfört en översyn av tillstånd och installerat nya eller större brandsäkra skåp på över 35 vårdenheter, vilket bidrar till ökad säkerhet och efterlevnad av gällande regelverk.

Sammantaget har 2025 inneburit ett viktigt steg i att stärka sjukhusets försörjningsberedskap inom ramen för det nationella uppdraget, med konkreta förbättringar i både infrastruktur, arbetsmetoder och säkerhetsrutiner.

Stärka analys, lärande och utveckling



Grunden i patientsäkerhetsarbetet är att medarbetare uppmärksammar och rapporterar risker och avvikelser. Nyanställda får introduktion om avvikelserapportering som en grundsten i patientsäkerhetsarbetet. Målet är att efter analys av händelsen ha identifierat åtgärder som kan minska risker och förebygga vårdskador. Beslut om föreslagen åtgärd och uppföljning fattas av ansvarig chef. De allvarliga vårdskador som resulterat i interna utredningar eller händelseanalyser samt eventuellt anmälan enligt lex Maria gås igenom på sjukhusövergripande nivå. Om behov av sjukhusövergripande åtgärder identifierats i samband med händelseanalyser kan chefläkare initiera och besluta om dessa, se avsnitt ”Öka kunskap om inträffade vårdskador”.

Synpunkter och klagomål

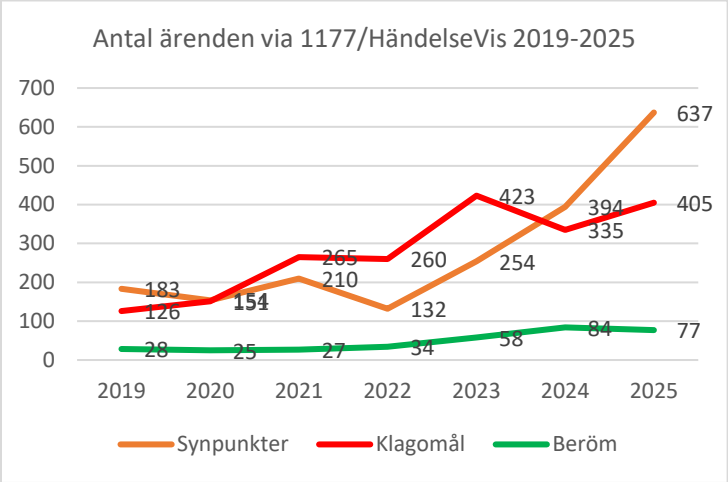
Med patienternas berättelser som grund kan patientsäkerheten stärkas på sjukhuset. Varje synpunkt eller klagomål ger kunskap som verksamheten annars inte skulle ha. Patienten är den enda person som varit med i hela vårdprocessen och upplevelserna är unika. Denna pusselbit är viktig för att kunna utveckla arbetet mot en mer personcentrerad vård. Genom att tillvarata och analysera dessa synpunkter och klagomål kan sjukhuset lära sig och förbättra vården. Patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål på vården genom inloggning med bank-ID på 1177.se eller via Tele Q patientvägledare. Från 1177 skickas ärendet till avvikelsesystemet HändelseVis och ärendet handläggs vanligen av ansvarig chef. Om klagomålet inger misstanke om att patienten drabbats av en vårdskada eller riskerade att drabbas av en vårdskada tas beslut om att göra en utredning. Det totala antalet inkomna synpunkter och klagomål via 1177/HändelseVis ökar fortsatt samtidigt som synpunkter och klagomål via TeleQ till patientvägledare minskar.

Dock har verksamheterna noterat att efter införandet av Alltid Öppet har inkomna synpunkter och klagomål som innehåller förfrågningar om ombokningar av mottagningsbesök, intyg och recept ökat avsevärt. Detta beror på ett känt problem där det i dagsläget inte går att länka till Alltid öppet från 1177 på ett bra sätt när invånaren befinner sig i inloggat läge. Frågan har lyfts till Inera (som på uppdrag av regionerna förvaltar och utvecklar 1177) vid flera tillfällen tidigare, från olika håll i regionen. Svaret har då varit att problemet inte kunnat prioriteras i nuläget. Frågan är lyft i den regionala styrgruppen för Alltid öppet som arbetar med att ta fram ett regiongemensamt krav till Inera, för att tydliggöra behovet av att frågan behöver prioriteras.

Sjukhusets handläggning av patientärenden, från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF), Patientnämnden i Stockholms län (PaN) och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har fortsatt utvecklats. Det digitala hanteringssystemet har medfört möjligheter att förkorta handläggningstider, gett bättre överblick och möjliggjort säkrare hantering. En sjukhusövergripande riktlinje **Ärendehantering av**

synpunkter från patienter och närstående finns för att tydliggöra hanteringen. Patientvägledare ansvarar för att identifiera PaN-ärenden som inger misstanke om vårdskada eller på annat sätt lyfter problem som bör uppmärksammas sjukhusövergripande, samt diskuterar eventuella åtgärdsbehov med chefläkare och strategisk verksamhetsutvecklare med ansvar för patientsäkerhet. Verksamheterna använder patienternas synpunkter och klagomål i förbättringsarbete och systematiskt kvalitetsarbete samt diskuterar patientsäkerhetsfrågor utifrån patienternas klagomål i lämpliga forum.

Antalet ärenden från PaN uppgick till 412, vilket är en ökning jämfört med föregående år. Många av ärenden delges inte sjukhuset för yttrande då patienten endast önskar få sina synpunkter registrerade och dokumenterade hos Patientnämnden. Ärendena kategoriseras enligt patientlagens intentioner och kan omfatta upp till tre delproblem per ärende. Liksom tidigare år rör en majoritet av synpunkterna vård och behandling samt kommunikation. Patienter beskriver upplevelser av felaktig eller fördröjd behandling samt synpunkter avseende utredning, medicinering och remittering. Kommunikationsteman handlar främst om bristande bemötande, otillräcklig dialog och begränsad delaktighet. Påbörjade och vidtagna förbättringsåtgärder som bland annat förstärkt patientinformation kommer att fortgå även nästa år



Öka riskmedvetenhet och beredskap



Oförutsedda och oväntade händelser

Katastrof och beredskapskommittén på Södersjukhuset, med stöd av beredskapssamordnare, säkerställer att sjukhuset arbetar systematiskt med beredskapsplaner, utbildningar och övningar i katastrofmedicin. Medarbetarna på sjukhuset ska vara informerade och förberedda på att hantera kriser, störningar, pågående dödligt våld (PDV) och extraordinära händelser, såväl i fredstid eller krig. Chefläkare i beredskap (CIB) tjänstgör dygnet runt och vid särskilda händelser finns beredskap för att aktivera särskild sjukvårdsledning på sjukhuset (LSSL). I varje verksamhet finns också utsedda kris och katastrofombud som hanterar, utbildar och stärker varje enskild verksamhet i att hantera kris och beredskapssituationer.

Vid allvarliga och akuta medicinska situationerna som kan uppstå exempelvis vid masskadehändelser, naturkatastrofer eller stora olyckor krävs särskilda katastrofmedicinska insatser. Ett snabbt omhändertagande av patienter är avgörande för att rädda liv och minimera långsiktiga skador och lidande samtidigt som det normala flödet av patienter måste tas om hand. Målet är att vården ska kunna fungera även vid stora påfrestningar i samhället.

Traumakedjan övas regelbundet och arbetet leds av utsedd katastrofmedicinskt ansvarig läkare. 2025 genomfördes bland annat radionukleär (RN) övning. Sjukhuset genomförde också en större scenarioövning kring att hantera patientflödet i ett större perspektiv i händelse av katastrof som kräver att patienter evakueras ut skrivs ut för att prioritera andra akuta insatser. I övningen involverades inte bara sjukhusets vårdverksamheter utan också Geriatrik, ASIH och den prehospitala transportverksamheten. Det senaste året har också präglats av uppbyggnad av det civila försvaret. Beredskapslager ses över och byggs ut, arbeten kring ett 'robust sjukhus' samt risk och sårbarhetsanalyser (RSA) prioriteras i samarbete med Locum.

Förberedelser, utbildningar och träning

Sjukhuset har ett antal obligatoriska utbildningar inom olika områden, vilka ska göras vid nyanställning och upprepas med regelbundenhet. Inom respektive verksamhetsområde finns information om vilka övriga verksamhets- och professionsspecifika utbildningar som gäller för medarbetarna. Chefer ska årligen följa upp att medarbetare genomgått relevanta utbildningar.

Utbildnings- och innovationscenter bidrar till säker vård med hög kvalitet genom att erbjuda en mötesplats för både morgondagens och befintliga medarbetare. Verksamheten möjliggör en sjukhusanpassad träningsmiljö för erfarenhetsutbyte samt att träna praktiska moment och samarbete mellan olika professioner.

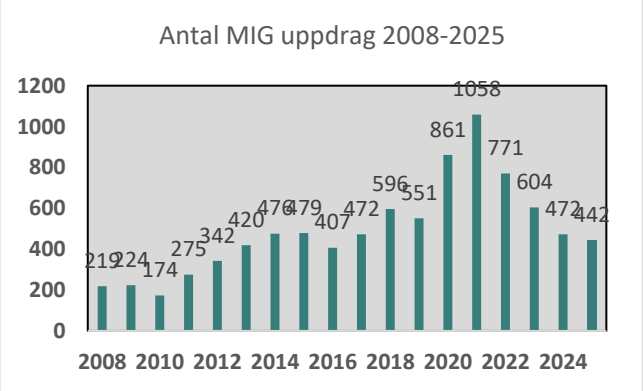
Under 2025 hade Kliniskt Träningscenter (KTC) 14 581 besökare (både studenter och medarbetare) vilket är ett något större antal besökare än förra året. Utöver det stora antalet studenter ses också en ökning av antalet medarbetare som nyttjar KTC, bland annat vid Simuleringscenter men också tack vare sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) som är ett sjukhusövergripande utbildningsprogram för undersköterskor och sjuksköterskor och är kopplat till Region Stockholms kompetenssteg. Under året har KUP ökat i omfång. Förutom att erbjuda sammanlagt 200 platser för undersköterskor och sjuksköterskor på KUP steg 1 och KUP steg 2, har nu även KUP steg 3 och 4 för sjuksköterskor startats upp med flera olika temabaserade delkurser. Södersjukhuset beviljades regionala medel till ett projekt vars syfte varit att kartlägga hur utveckling av KUP steg 3 och 4 för undersköterskor skulle kunna utformas. Samtliga utbildare på KUP steg 1 - 4 har erbjudits regelbunden pedagogisk fördjupning under året.

För att stärka patientsäkerheten har utbildningar genomförts för medarbetare i traumasjukvård och i akut medicinskt omhändertagande samt flertalet utbildningsinsatser för att förbättra omhändertagande av akut sjuka patienter. Under året 47 nya HLR instruktörer utbildats som i sin tur utbildar medarbetare.

En större utbildningsinsats skedde i samband med bytet av defibrillatorer på hela sjukhuset, där 27 superanvändare utbildades och som sedan utbildade alla medarbetare. E-utbildningar skapades för den nya defibrillatorparken, dessa E-utbildningar har genomförts av cirka 2500 medarbetare under 2025.

Även denna sommar anordnades utbildning för sjukhusets semestervikarierande assistenter i omvårdnad där innehållet var god omvårdnad, vitalparametrar, NEWS2 och SBAR samt träning av venös och kapillär provtagning och kateterisering av urinblåsa.

Under året har efterfrågan av utbildningar om NEWS och MIG varit liten. Orsak till detta kan vara att NEWS2 är väl implementerad hos sjuksköterskor och undersköterskor. NEWS2/MIG har även ingått Sös kliniska utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor.



Concept for Patient Simulation (CEPS) är en pedagogisk modell för avancerad simuleringsträning med målet att göra det akuta omhändertagandet av patienter optimalt. Det uppnås genom att ha fokus på att följa de medicinska riktlinjerna samt på teamarbete och ledarskap. Avancerad simuleringsträning är en viktig del av modernt patientsäkerhetsarbete och ett sätt för verksamheter och medarbetare att vara uppdaterade på arbetssätt och trygga i att på det mest effektiva och patientsäkra sätt ta hand om sina patienter i akuta situationer.

Under 2025 har arbetet med att hålla CEPS-kurser inom många av sjukhusets verksamhetsområden fortsatt. Fokus på samtliga kurser är ökad kvalitet av omhändertagandet av patienten och därmed ökad patientsäkerhet. Tanken är att hela tiden utveckla varje CEPS-kurs genom att uppmärksamma på vilka behov de olika verksamheterna uttrycker. Genom att ha ett tätt samarbete med övrigt patientsäkerhetsarbete på en klinik kan nya riktlinjer, upplevda utmaningar eller avvikelser arbetas in i en CEPS-kurs och därmed ges medarbetarna en möjlighet att träna på det som är aktuellt och relevant. En viktig del av utvecklingen av och arbetet med CEPS är den instruktörskurs som ges och erbjuds alla som ska börja hålla en CEPS-kurs.

CEPS Stroke är det senaste tillskottet i sjukhusets digra CEPS-katalog. Kursansvariga gick en CEPS instruktörskurs under våren och håller nu en kurs som riktar sig till medarbetare från de olika verksamhetsområden som kan bli involverade i flödet som en patient med misstänkt och sedan bekräftad stroke ska genomgå. Under året har CEPS-kurser med 13 olika inriktningar genomförts på sjukhuset.

Som ett led i att allt mera inkorporera Crew Resource Management (CRM) på sjukhuset hölls en kurs på Kliniskt utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor steg 2 med fokus på CRM. CRM uppmuntrar till en öppen attityd med möjlighet för alla i teamet att ställa frågor och säga till om man uppmärksammar att något är fel. Genom att ha ett bra teamarbete förbättras arbetsklimatet vilket leder till minskad risk för misstag och en ökad patientsäkerhet. Under 2025 är det fortsatta målet att öka förståelsen för CRM och att samtliga verksamheter ska förstå vikten av ett effektivt teamarbete med ett tydligt ledarskap och vilja utveckla detta inom sina respektive verksamhetsområden.

Utskott HLR har i uppdrag att ta fram sjukhusövergripande riktlinjer för hjärt-lungräddning på Södersjukhuset, vilket även inbegriper material såsom defibrillatorer och akutvagnar, larmrutiner och utbildningsorganisation. Syftet med allt arbete som bedrivs i sjukhusets HLR-organisation är att minska förekomsten av intrahospitala hjärtstopp och att öka överlevnad med god neurologisk funktion för de patienter som ändå drabbas.

Arbetet med utbildningsorganisation för att främja verksamhetsövergripande interprofessionell HLR-utbildning och förbättra möjligheten att följa upp verksamheternas utbildningsmål har fortsatt från föregående år. Sju verksamhetsområden har under 2025 börjat registrera HLR-utbildning i Lärtorget, och övriga verksamhetsområden är på gång. Målet är att all HLR-utbildning på sjukhuset ska registreras i Lärtorget (Kompetenstorget) och därigenom möjliggöra granskning och uppföljning av utbildningsverksamheten.

HLR-koordinatorer har under året bevakat HändelseVis och följt upp inkomna avvikelser angående HLR-situationer/hjärtstopp/larm ur ett sjukhusövergripande perspektiv. Strukturella problem har diskuterats i utskottet och dragna lärdomar har förmedlats bland annat vid instruktörsmöten på sjukhuset.

Inom ramen för rapportering till det nationella kvalitetsregistret för hjärt-lungräddning på sjukhus genomför HLR-koordinatorerna journalgranskning av alla inträffade hjärtstopp på sjukhuset. I det fall att ej rapporterade avvikelser uppmärksammas rapporteras dessa i HändelseVis för hantering inom respektive verksamhetsområde.

Under 2025 byttes hela maskinparken för defibrillatorer ut på sjukhuset. Detta föregicks av sjukhusövergripande utbildningsinsatser, e-lärande och informationskampanjer. I syfte att öka

patientsäkerheten togs beslut om enhetliga konfigurationer för hela sjukhusets maskinpark. Inga allvarliga avvikelser har inträffat med apparaterna.

Utskott HLR tar fram och reviderar samtliga riktlinjer relaterade till hjärtstopp och HLR-utbildning. Som grund gäller alltid Svenska HLR-rådets rekommendationer på sjukhuset, men kompletterande eller förtydligande sjukhusövergripande riktlinjer tas fram utifrån behov och efterfrågan. Som exempel kan nämnas den nya riktlinje för hjärtstopp hos patient med trakealkanyl, som togs fram av utskottet under 2025.

Resultatet av sjukhusets HLR-insatser sammanställs separat och publiceras i den årliga HLR-rapporten. Arbetet med denna påbörjas i februari kommande år, då ett av de viktigaste utfallsmåtten vid hjärtstopp är 30-dagarsöverlevnad.

Vikten av att arbeta systematiskt med att förebygga hjärtstopp på sjukhus kan inte nog poängteras. Med fortsatt analys av inträffade HLR-situationer och identifiering av strukturella patientsäkerhetsrisker och avvikelser kommer Utskott HLR att föreslå ytterligare åtgärder för att minimera undvikbara hjärtstopp och öka överlevnad med god neurologisk funktion på Södersjukhuset.

Under 2026 kommer nya nationella riktlinjer för HLR (baserade på nya European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation som kom i oktober 2025), som ska implementeras på sjukhuset via befintlig utbildningsorganisation.

Utskott HLR fortsätter att förvalta HLR-organisationen på sjukhuset, såväl när det gäller utbildning som behandlingsriktlinjer och annat stöd till verksamhetsområdena. Under 2026 är förhoppningen att samtliga verksamhetsområden ska ha en etablerad struktur för interprofessionell HLR-utbildning i enlighet med sjukhusets utbildningsmål, samt att all HLR-utbildning registreras och därmed kan följas upp i Kompetenstorget.

UPPFÖLJNING INOM PATIENTSÄKERHETSOMRÅDET

Verktyg

Underlag och data för uppföljning och utvärdering genom egenkontroll kommer från olika mätningar och källor. I verksamhetsplanen finns de mål och indikatorer som sjukhuset har särskilt fokus på. Uppföljning sker regelbundet i sjukhusets ledningsgrupp och inom respektive verksamhetsområde eller stödjande verksamhet. I kvartalsvisa möten med sjukhusledning och verksamhetsområdena är uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet en stående punkt.

Vårdplatssituation
Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter rapporteras, följs och analyseras löpande.

Vårdavvikelser
Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras och följs upp via avvikelsesystemet HändelseVis i syfte att förebygga identifierade risker.

Punktprevalensmätningar
För att minska den administrativa bördan har antalet punktprevalensmätningar succesivt minskat, detta i takt med att sjukhuset kan följa resultat kontinuerligt via utdataverktyget. Punktprevalensmätning har under året genomförts avseende förekomst av trycksår, då även en inventering av sjukhusets tryckavlastande madrasser gjordes. Resultaten matas in i sjukhusets digitala uppföljnings-verktyg och presenteras momentant på enhetsnivå, verksamhetsområdesnivå och sjukhusnivå. Jämförelser är möjliga att göra både över tid och mellan olika verksamheter. Resultat och behov av förbättrings-åtgärder presenteras och diskuteras i utskott Omvårdnad, samt kommitté Vårdkvalitet och patientsäkerhet. Utifrån

analysen vidtas sedan lämpliga åtgärder, exempelvis rapportering och diskussion i sjukhusets ledningsgrupp, tillsättande av en tillfällig arbetsgrupp eller utbildningsinsatser.

Självskattning
Under året har en självskattning genomförts gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Syftet med självskattningen är främst att uppmuntra medarbetare till reflektion över sitt eget beteende och verksamhetens arbetssätt. Fokus för årets skattning var särskilt på att uppmärksamma felaktig handskanvändning. Möjlighet att skriva fritextkommentarer fanns, vilket har skapat en ökad förståelse för bakomliggande orsaker till att basala hygienrutiner inte alltid följs.

Infektionsverktyget
Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs via Infektionsverktyget, vilket fångar alla antibiotikaordinationer som görs i journalsystemet. Genom detta finns tillgång till en stor mängd data att inhämta kunskap från. Från Infektionsverktyget läses VRI-resultaten in månadsvis till sjukhusets utdatasystem. Automatiska e-postutskick kan också skapas från Infektionsverktyget, så att verksamheten kan följa det som är relevant för dem. Två valideringar av ordinationsorsaker har genomförts, varje verksamhetsområde uppmanas att granska 25-50 ordinationer per halvår, beroende på verksamhetens storlek. Återkoppling av resultaten har skett tillsammans med hygienläkare. Utifrån resultaten har förbättringsaktiviteter genomförts lokalt. En sjukhusövergripande arbetsgrupp har analyserat rapporter avseende VRI på sjukhusnivå och förbättringsaktiviteter har initierats.

Riskbedömningar
Samtliga patienter som skrivs in i slutenvården ska bedömas avseende förekomst av anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB), fall, trycksår, undernäring och urinretention. Riskbedömningen är en förutsättning för att kunna sätta in förebyggande åtgärder tidigt. Obligatoriska riskbedömningsinstrument finns i den journalmall som sjuksköterskan öppnar i samband med patientens ankomst till vårdenheten. När kompletta riskbedömningar gjorts visas det på avdelningarnas PrioTavla för att möjliggöra en snabb överblick. Andelen utförda riskbedömningar kan kontinuerligt följas upp per vårdenhet. Det kan numera också följas i realtid i sjukhusets utdataverktyg, där även andelen patienter med ökad risk visualiseras. Särskilda riskbedömningar kan även göras inför anestesi och operation.

Patientenkäter, synpunkter och klagomål.
Patienternas synpunkter utgör en viktig källa för kontinuerlig förbättring av vården. Genom att delta i olika undersökningar får de en möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och svara på frågor om sin vårdupplevelse. Patienternas uppfattning undersöks via nationella patientenkäten (NPE) som genomförs vartannat år för specialiserad öppen- och sluten vård och vartannat år för akutmottagningar. Flera avdelningar och mottagningar har också egna mätningar där patienten skannar en QR-kod för att delta och få ge sina synpunkter. Patienter och närstående kan även lämna feedback via 1177, Patientnämnden (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO. De inkomna synpunkterna används aktivt för att förbättra vården och ger även möjlighet att jämföra sig med andra vårdgivare. Dessa synpunkter utgör en grund för styrning och ledning inom verksamheten.

Kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)
I den årliga kartläggningen av organisatorisk och social arbetsmiljö ingår frågor om Hållbart Medarbetar engagemang (HME) samt frågor rörande patientsäkerhetskulturen; Hållbart säkerhetsengagemang (HSE).

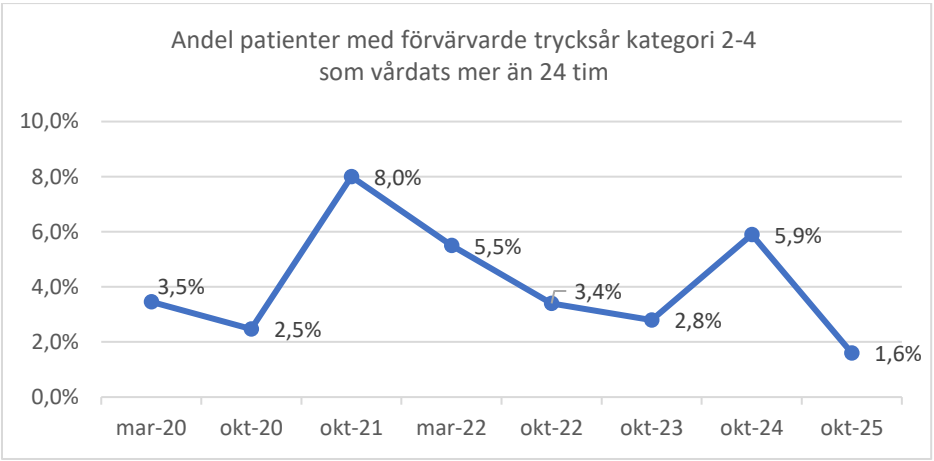
Kvalitetsindikatorer
Sjukhuset har 16 kvalitetsindikatorer som ingår i sjukhuset avtal gentemot regionen. Dessa rapporteras, analyseras och följs upp regelbundet. Samtliga indikatorer som hämtas från journalsystemet kan följas kontinuerligt via sjukhusets utdataverktyg. Detta möjliggör åtkomst för chefer, verksamhetsutvecklare och andra intresserade medarbetare på alla nivåer. Resultaten kan följas på sjukhusnivå, verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå. Jämförelser kan göras över tid så att eventuella variationer, såväl önskade som oönskade, kan upptäckas tidigt. Samtliga kvalitetsindikatorer står med i sjukhusets verksamhetsplan som

sedan kan brytas ner till lokala mål på verksamhetsområdesnivå. Sjukhuset rapporterar också till cirka 100 olika kvalitetsregister vilket möjliggör jämförelse av de egna resultaten över tid och med andra vårdgivare. I Vården i siffror samlas en del av resultaten från kvalitetsregistren, vilket möjliggör jämförelser regionalt och nationellt.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår kategori 2-4 som uppkommit under vårdtiden ska minska.

Resultat: Förekomst av trycksår har både följts upp som en punktprevalensmätning, samt som kontinuerlig incidensmätning via utdataverktyg. Resultatet från årets punktprevalensmätning har visat en markant minskning av andelen trycksår. Andelen patienter med förvärvade trycksår kategori 2–4 var 1,6 procent vid årets punktprevalensmätning.



Incidensmätningen av andelen patienter som förvärvat trycksår kategori 2-4 mäts genom sökord ”Förekomst av trycksår vid utskrivning” i journalmallen Omvårdnadsepikris. Av 32 000 omvårdnadsepikriser fanns anteckning om förvärvade trycksår kategori 2–4 i 142 journaler. Detta motsvarar 0,45 procent. Utöver ovanstående mätningar följs också andelen patienter som har riskbedömts för trycksår, varav hur stor andel som har ökad risk och där förebyggande åtgärder dokumenterats, kontinuerligt via utdataverktyget QlikSense.

Analys av resultat: En förklaring till minskningen av andelen trycksår kan vara att medvetenheten kring trycksår har ökat. Fler medarbetare har genomgått utbildning i att bedöma och förebygga risk för trycksår. I samband med uppföljningen av trycksår har också en inventering av sjukhusets madrasser genomförts, resultaten visar att antalet uttjänta madrasser var 46 jämfört med 64 stycken år 2024.

Åtgärd: Sjukhuset har särskilt uppmärksammat frågan om trycksår genom en ***Trycksårscup*** som pågick under en hel månad under höstterminen. Samtliga slutenvårdsenheter för vuxna (exklusive obstetrik) deltog. Genom cupen så har nästan 550 medarbetare genomgått en utbildning om att förebygga trycksår. Två gånger per vecka uppmärksammades andelen patienter med risk för trycksår och insatta förebyggande åtgärder. Andelen patienter med risk för trycksår där förebyggande åtgärder satts in följdes löpande. Cupen var också tävling där vinnande enhet uppmärksammades med tårta, diplom om nyhet på intranätet.

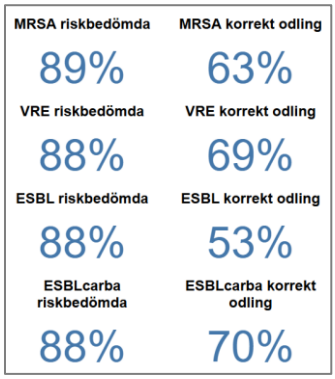
Uppföljning av åtgärd: Arbetet kring trycksår kommer att fortgå under nästa år. Detta leds av chefsjuksköterska och utskott Omvårdnad. De vårdenheter som fortfarande har madrasser som är mer än fem år uppmanas att byta ut dessa. De avdelningar som under punktprevalensmätningen identifierade patienter med förvärvade trycksår uppmanades göra en analys av troliga orsaker till att det uppstått, samt förslag till åtgärder.

Anmälningspliktiga resistenta bakterier, MRSA

Mål: Förbättrad följsamhet till Handlingsprogram för anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB).

Resultat: Följsamheten till handlingsprogrammet för anmälningspliktiga resistenta bakterier har tidigare följts upp genom punktprevalensmätningar. Från och med 2024 görs i stället kontinuerliga mätningar genom sjukhusets utdataverktyg QlikSense.

Verksamheterna kan få sina data presenterat per avdelning och verksamhetsområde, samt jämföra per år, månad eller vecka. I mätningen ingår andelen riskbedömda, samt andelen korrekt hanterade enligt handlingsprogrammet.



Analys av resultat: Det är många faktorer som spelar in för att resultatet ska bli korrekt. Det finns därför många möjliga felkällor. Ett exempel är t.ex. sår eller infarter som inte läggs om under vårdtiden (förband ska inte bytas enbart för att odling ska kunna tas) och detta tolkas som en missad odling. Fler patienter blir nu riskbedömda, däremot är andelen korrekt odlade i stort sett oförändrat mot föregående år.

Åtgärd: Det finns sedan tidigare en utbildning på plattformen Lärtorget, som kan användas vid introduktion av nya medarbetare. Anmälningspliktiga resistenta bakterier ingår som ett block på det kliniska utbildningsprogrammet (KUP)som erbjuds till nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor.

Uppföljning av åtgärd: Då följsamhet till screening av MRSA är en sjukhusgemensam kvalitetsindikator följs detta upp återkommande i sjukhusets ledningsgrupp. Flertalet verksamhetsområden har också detta som en indikator i sin lokala verksamhetsplan. Ett utskott Vårdhygien kommer att bildas under 2026 som ytterligare får arbeta med denna fråga.

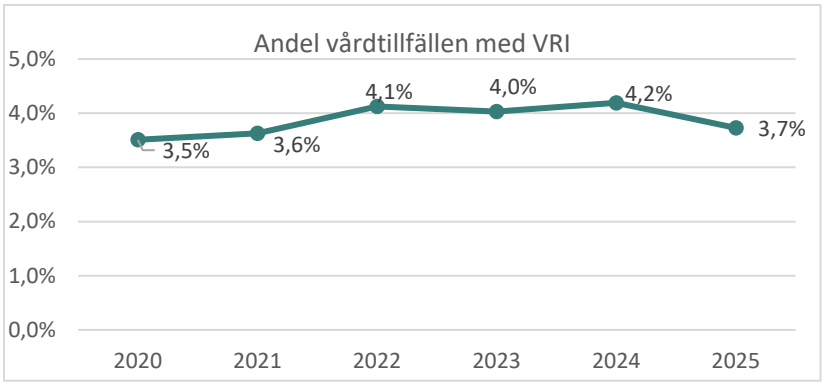
Vårdrelaterade infektioner, VRI

Mål: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner ska minska.

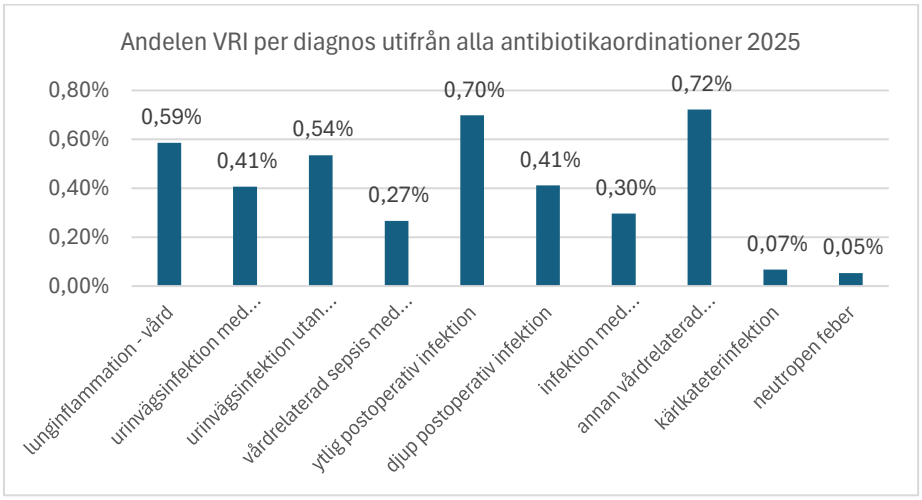
Resultat: Förekomst av vårdrelaterade infektioner följs via rapporter från Infektionsverktyget, som i sin tur hämtar data från journalsystemet för samtliga ordinationer av antibiotika. Andelen vårdtillfällen med VRI under 2025 var 3,7 procent, vilket är en förbättring med 0,5 procent mot föregående år.. Samtliga verksamhetsområden kan följa sina resultat kontinuerligt genom återkommande månadsrapporter från Infektionsverktyget. I denna sammanställning ingår inte intensivvården, då de använder ett annat journalsystem som inte kan kopplas till Infektionsverktyget. Intensivvården kan följa vissa vårdrelaterade infektioner via sitt kvalitetsregister SIR.

Kontaktläkare på respektive verksamhetsområde gör valideringar av de ordinationsorsaker som valts två gånger per år, samtliga verksamhetsområden/kliniker har deltagit i valideringarna. Sammanlagt har 724 ordinationer har granskats, varav 84 procent var korrekta.

Nedan visas statistik från Inektionsverktyget över andelen VRI inom slutenvård per år.



Nedan visas andelen VRI per diagnos utifrån samtliga antibiotikaordinationer som gjorts under 2025.



Analys av resultat: Andelen vårdtillfällen med VRI har minskat under 2025 jämfört med föregående år. Den tydligaste minskningen syns för vårdrelaterad pneumoni, men samtliga vårdrelaterade infektioner har minskat förutom vårdrelaterad sepsis med okänt fokus. Andelen korrekt val mellan vårdrelaterad och samhällsförvärvad infektion har varit oförändrad 84 procent.

Åtgärd: Sjukhuset har sammanställt resultaten från valideringar och VRI-rapporter och spridit till kontaktläkare och verksamhetsutvecklare som uppmanats att diskutera resultaten lokalt. En arbetsgrupp för VRI har planerat och genomfört aktiviteter under året, så som verkstäder för att träna på korrekt hantering av urinkatetrar och verkstäder för att förebygga lunginflammation och infartsrelaterad infektion Verkstäderna har varit uppskattade och haft stor närvaro. För de medarbetare som inte har haft möjlighet att närvara har ett kunskapstest kunnat göras som underlag för reflektion och lärande. Samtliga verksamhetsområden uppmanas att följa VRI med förbättringsaktiviteter i sina lokala verksamhetsplaner.

Uppföljning av åtgärd: Sjukhuset kommer fortsätta arbetet med validering av ordinationsorsaker och presentera resultaten från dessa. Upprepning av kateter- , lunginflammations- och infartssverkstäderna kommer att fortsätta att genomföras.

Delaktighet

Patienternas upplevelse av delaktighet mäts via Nationella patientenkäten (NPE) alternativt via sjukhusets lokala mätningar. Under våren 2025 gjordes mätningar via NPE inom både slutenvården och öppenvården. Årets resultat i NPE visar på en tydlig positiv utveckling jämfört med 2023. De tre dimensioner Helhetsintryck, Delaktighet och involvering samt Information och kunskap – har alla förbättrats sedan den förra mätningen. En majoritet av de patienter som besvarat enkäten upplever också vården som mer tillgänglig, trygg och personcentrerad än vid föregående mätning och allt fler patienter beskriver också att de möts med engagemang, medkänsla och omsorg vilket visar att det arbete som gjorts under de senaste åren verkligen gör skillnad. Resultatet från mätningarna blir vägledande vid planering av fortsatta förbättrings- och förändringsarbeten som ökar patienternas upplevelse av delaktighet i beslut beträffande vård och behandling. Resultatet presenteras per enhetsnivå, verksamhetsområdesnivå och sjukhusnivå. Jämförelser av resultatet från NPE kan även göras regionalt och nationellt. Alla verksamheter som deltar i mätningen får tillgång till sina resultat, samt på aggregerad nivåvård och behandling.

Att manuellt dela ut eller skicka ut enkäter är en tidskrävande process. Genom att automatisera processen för utskick och insamling av enkätsvar kan flera patienter nås över längre tidsperioder, vilket i sin tur ger sjukhuset ett bredare underlag för analys och möjlighet att ständigt utveckla och förbättra vården utifrån patientens perspektiv. Arbetet fortsätter med att utveckla både arbetssätt och tekniska lösningar för att införa automatiserade utskick av enkäter. Målet är att skapa ett hållbart arbetssätt som gör det smidigt att samla in och analysera patienters erfarenheter och därigenom stärka patientdelaktigheten.

Journalmallen Utskrivningsplanering har uppdaterats under året för att tydliggöra kartläggning av hemsituation och planering inför utskrivning med hänsyn till patienters och närståendes önskemål och förväntningar.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetsplan 2026

För att uppnå sjukhusets mission ***Landets ledande akutsjukhus*** har sjukhuset tydliggjort strategierna och de kritiska framgångsfaktorerna, vilka ska hjälpa sjukhuset att nå fastställda mål och indikatorer under det kommande året. Dessa, tillsammans med regionens direktiv avseende mål, uppdrag och ekonomiska ramar, utgör sjukhusets verksamhetsplan (VP) 2026.

Missionen innebär att vi på Södersjukhuset är förebilder inom hela uppdraget - sjukvård, utbildning och forskning. Sjukvård ges med högsta kvalitet, gott bemötande och modern teknologi. Genom att utbilda framtidens medarbetare säkras sjukvård till kommande generationer. Sjukhusets forskning stärker vårdens förmåga att rädda liv och lindra lidande.

Sjukhuset ska attrahera, behålla och utveckla sina medarbetare samt stärka ledarskapet. Arbetet för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö är fortsatt prioriterat. En långsiktig ekonomisk uthållighet uppnås genom förbättrad bemanningsplanering, fortsatt effektivisering av metoder och processer, samt implementering av modern teknik. Produktions- och kapacitetsstyrning har hög prioritet för att effektivt använda sjukhusets resurser, uppnå produktionsmål, korta väntetider och minska köer. Hållbarhet är ett centralt begrepp såväl ur ekologiskt, socialt som ekonomiskt perspektiv. Sjukhuset bidrar till en hållbar miljö och minskad klimatpåverkan med en förbättrad plast- och materialåtervinning, ökad andel ekologiska livsmedel och minskat matsvinn. Sjukhuset är numera en av fyra förvaltningar under Akutsjukhusnämnden och samarbetet kring kvalitet och utveckling har ytterligare stärkts med Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus.

Södersjukhusets fokusområden ramar in de utvecklingsperspektiv som är av stor vikt för att sjukhuset, än bättre, ska kunna lösa sitt uppdrag och nå sin vision. Södersjukhuset behöver ständigt utveckla akuta vårdflöden. Sjukhuset ska ha effektiva arbetssätt och en organisation som främjar en ökad tillgänglighet. Tiden till första läkarbedömningen ska vara snabb och den totala vistelsetiden så kort som möjlig. En förbättrad dimensionering av bemanning både inom öppen- och slutenvård ger förutsättningar för att sjukhusets kapacitet utnyttjas på bästa sätt. Utvecklingsåtgärder ska driva produktions- och kapacitetsplanering för att korta köer och förbättra tillgängligheten. Den grundläggande principen är att patienternas behov styr planeringen. Sjukvården har stora utmaningar som kräver nya och förändrade och förenklade arbetssätt. Ledordet är ”Kloka kliniska val” där befintliga vårdinsatser och metoder ständigt ska utvärderas, förenklas och ibland tas bort eller ersättas av nya. Sjukhuset ska fokusera på en fortsatt säkrad kompetensförsörjning av omvårdnadspersonal genom ökad grad av kvarstannande och fortsatt utveckling med hjälp av kompetensstegar som grund.

Arbeta mot samma mål

Södersjukhusets verksamhetsplan 2026 visas hur regionens och sjukhusets mål och indikatorer hänger ihop med de aktiviteter som genomförs för att nå målen. Sjukhusets övergripande mål bryts ned till verksamheters lokala verksamhetsplaner. De lokala verksamhetsplanerna innehåller mål och aktiviteter som bidrar till de mål och indikatorer som regionfullmäktige följer upp. För att förenkla sammanställningen för hur sjukhuset arbetar mot samma mål har stödmaterial och mallar framtagits. Att samla alla lokala aktiviteter ger en överblick över hur sjukhusets olika delar bidrar till måluppfyllelsen och även *hur* och *var* sjukhuset bedriver utveckling. Dessa aktiviteter följs upp vid månads- och tertialavstämningar.

Verksamhetsplaner och aktiviteter 2026 och framåt

Under 2026 genomgår Södersjukhuset stora organisationsförändringar. Sjukhuset ska bland annat skapa **fyra nya vårdområden**, där nuvarande verksamheter ingår. Arbetet med verksamhetsplanering kommer att anpassas till den nya organisationen. Förändringarna börjar gälla först under 2026. Därför blir planeringsprocessen under 2025, som avser året 2026, delvis anpassad.

Sjukhusövergripande aktiviteter 2026

Under 2026 genomförs fyra sjukhusövergripande aktiviteter inom ramen för VP-2026:

- Akuta flöden
- Förenkla
- Dimensionering
- Kompetens omvårdnad

Dessa fyra områden kommer även att vara de **viktigaste utvecklingsområdena i verksamhetsplanen för 2026**. VP-områdena omfattar inte allt som sjukhuset arbetar med. Till exempel innefattas mål och indikatorerna för miljö och klimat av sjukhuset miljöledningssystem.



Säker vård med hög kvalitet

Kloka Kliniska Val
Som en del av VP-2025 ”Förenkla” pågår ett sjukhusövergripande arbete med ”Kloka Kliniska Val” (KKV) för att minska överdiagnostik, överbehandling och överadministration för att skapa en hållbar hälso- och sjukvård. Varje verksamhet har under 2025 tagit fram två Kloka Kliniska Val som ska införas. Under 2026 ska ett ambassadörsprogram upprättas för att säkra den långsiktiga förändringen som KKV innebär.

Kompetens omvårdnad
Sjukhuset ska fokusera på en fortsatt säkrad kompetensförsörjning av omvårdnadspersonal genom ökad grad av kvarstannande och fortsatt utveckling med hjälp av kompetensstegar som grund.

Standardiserade arbetssätt för omvårdnad
Södersjukhuset ska under 2026 införa eller använda:

- Seupp-ronder
- Patientnära-rapport

Omvårdnad ska följas upp genom:

- Omvårdnadsrond
- Punktprevalensmätning, PPM omvårdnad

Minska vårdrelaterade infektioner
Fortsatt arbete med implementering av en sjukhusövergripande handlingsplan för att minska förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning kommer att pågå under året. Utbildningsaktiviteter för att minska VRI ska ske genom att uppmärksamma basala hygienrutiner, pneumoni- och kateterverkstäder, workshop kring in- och utfarter, samt aktiviteter för att förebygga postoperativa infektioner.

Stärka patientsäkerhetskulturen
I planen för 2026 har sjukhuset för avsikt att ytterligare stärka patientsäkerhetskulturen genom fortsatt arbete utifrån resultatet på HSE-frågorna i medarbetarenkäten, ökad användning av verktyg för regelbunden reflektion, utbildningar och aktiviteter utifrån de av Socialstyrelsen nyligen framtagna nationella kompetensmålen för patientsäkerhet och patientsäkerhetsdialoger med alla verksamheters ledningar och patientsäkerhetsfunktioner kommer att fortsätta.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp
Inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning ska sjukhuset fortsätta införandet av en gemensam struktur för vårdprocesser (sjukhusets del av vårdförloppen). Arbetet med att stödja införande av vårdprocesser sker bland annat genom att anordna återkommande nätverksträffar för sjukhusets deltagare i nationella och/eller regionala programområden, samordning av utdelning av ekonomiska medel, stöd till nya vårdprocessteam och stöd för att kunna följa kvalitetsindikatorer kontinuerligt i sjukhusets utdatasystem.

Stärka arbetet kring läkemedel
Utskott Läkemedel har Temamånad februari i årshjulet för Kvalitet och Patientsäkerhet och där kommer flera olika modaliteter användas för att väcka intresset för läkemedelssäkerhet hos patienter och vårdpersonal. Utbildning i läkemedelssäkerhet i hela läkemedelsprocessen (ordination, hantering, administrering, dokumentering m.fl) kommer att pågå löpande under 2026 för olika vårdprofessioner. Ändrade delegeringsföreskrifter föranleder ett omtag kring delegeringar på sjukhuset och vid sidan av detta fortgår arbetet med ett robust beredskapslager vid eventuella brist- eller krissituationer.

Mål och indikatorer

Det finns ytterligare mål och indikatorer som rör områdena tillgänglighet, forskning och utbildning, hållbart medarbetarperspektiv, hållbar miljö och minskad klimatpåverkan samt hållbar ekonomi.

Södersjukhusets kvalitetsindikatorer 2026

Indikator	HSF Min nivå	HSF Målnivå	Sös målnivå 2026	Resultat 2024	Sös resultat 2025
Stroke. Strokeenhet, IVA eller motsvarande neurokirurgisk klinik som första vårdenhet, andel %	>80%	>90%	>90%	83%	85%
Stroke. Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhuset, andel %	>47%	>50%	>55%	68%	62%
Höftfraktur, operation inom 24 timmar (ej multitrauma) efter ankomst till sjukhuset, andel %	>70%	>75%	>75%	64%	74%
Andel patienter med diabetes typ 1 som har HbA1c≤70 mmol/l, %	>75%	>80%	>86%	85%	86%
VRI. Infektion som bedöms som vårdrelaterad och där patienten sätts in på antibiotika, andel, %		<4,0%	<3,7%	4,2%	3,7%
ARB- Andel patienter med risk för MRSA som är korrekt hanterade enligt vårdprogram, %	Redovisa resultat		>80%	63%	62%
Akuta återinskrivningar inom 7 dgr, 80 år och äldre, andel, % (åter in till regionen)	Redovisa resultat		<6,1%	5,5%	6,1%
Akutmottagning vuxna, andel patienter med vistelsetid ≤4 tim, %	>36%	>55%	>55%	40,0%	41%
Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning, minuter	<87 min	<50 min	≤50 min	80 min	77 min
Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning. Patienter >80 år, minuter	Redovisa resultat		≤60 min	63 min	62 min
Akutmottagning vuxna, andel patienter >80 år med vistelsetid ≤8 tim, %	>60%	>90%	≥90 %	69%	72%
Akutmottagning vuxna, total vistelsetid på akutmottagning, median	Redovisa resultat*		Minska	343 min	335 min
HSE-index (Hållbart säkerhetsengagemang)	Redovisa resultat		≥75.5	74	75,4
Andel patienter som svarat nöjd/mycket nöjd inom dimensionerna: information/ delaktighet/helhetsintryck. NPE och egna mätningar, %	Redovisa resultat		>2025 års	n/a	Information 81 % Delaktighet 84 % Helhetsintryck 90 %
Andel patienter som förvärvat trycksår kat 2-4 under aktuellt vårdtillfälle, %	Redovisa resultat		≤0,4 %	0,4%	0,4%
Andel patienter som faller under aktuellt vårdtillfälle –med och utan skada,%	Redovisa resultat		≤1,4 %	1,4%	1,4%
Hjärtsvikt. Återinskrivning akut inom 30 dagar till Sös. Andel, %.			<8,0%	8%	8,5%
SPOR kvalitetsindex			>3,5 poäng	2,5 poäng	3,5 poäng

Södersjukhusets verksamhetsplan 2026

Regionens inriktningsmål och mål **Södersjukhusets mål**	**Sjukhusövergripande aktivitet** Aktiviteterna kan påverka en eller flera indikatorer	Indikator	Målvärde 2026
Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov Vården är säker, effektiv och har god kvalitet			
Tillgänglig vård på rätt nivå utifrån patientens behov	**Dimensionering** **Förenkla - Kloka Kliniska val** **Akuta flöden** **Kompetens omvårdnad**	Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	80%
		Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Öka
		Total vistelsetid på akutmottagning	Minska
		Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Minska
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Bibehålla eller minska
		Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	≤ 4,0%
Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning			
Södersjukhuset är attraktiv för utveckling och forskning	**FoU-strategi**	Antal publiceringar av forskare från Södersjukhuset	Öka
		Antalet startade kliniska läkemedelsprövningar	5% ökning
Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling			
Minska administrativa kostnader	**Uppdrag till Akutsjukhusnämnden** **Dimensionering** **Ekonomi i balans** **Förenkla – Kloka Kliniska Val** **Miljöledningssystem** **Kompetens omvårdnad**	Administrativa kostnader ska minska	2,5 mnkr
Nå resultatkrav		Resultatkrav	≤ 33 mnkr
Öka ekologisk hållbarhet och minska klimatpåverkan		Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	-37%
		Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Basårsmätning
		Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	100%
		Andel nämnder och bolag som har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	≥ 95%
Södersjukhuset har en socialt hållbar utveckling		Systematiskt arbete med social hållbarhet	≥ 85%
Kompetensförsörjningen är långsiktig Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare			
Södersjukhuset är en attraktiv arbetsgivare	**Kompetens omvårdnad** **Dimensionering** **Strukturerad kompetensplanering** **Riskorienterat arbetssätt** **Riskbedömning av patienter**	Kvarstannandegrad: Andel medarbetare som varit anställda i Region Stockholm under de senaste 36 månaderna eller mer	≥ 75%
Södersjukhuset är en hållbar arbetsgivare		Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	99%
		Andel sjukfrånvaro	< 6%
		Totalindex HME	80
		Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	≤ 8%