

# Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning

Sophiahemmet AB 2025



Datum 260213  
Ansvarig för innehållet: Lena Hellström, chefläkare

## Inledning

I denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse redovisas resultatet av det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2025 inom Sophiahemmet AB:s egna sjukvårdsverksamheter:

- Husläkarmottagningen
- Försäkringsmottagningen
- Hälsocentralen
- Vårdenheten

Sophiahemmets övergripande målsättning med patientsäkerhetsarbetet är att *”leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet så att ingen patient ska drabbas av en vårdskada”*. Målet är att varje patient och närstående ska känna trygghet, gott bemötande och få rätt behandling och rätt information vid varje möte.

Sophiahemmet följer upp patientsäkerheten i linje med Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet och arbetet redovisas i avsedd mall som utgår från gällande lagkrav. Syftet är att patienter, närstående, medarbetare eller samarbetspartners ska få en inblick i hur Sophiahemmet arbetar för att ständigt öka patientsäkerheten och kvaliteten samt ta del av våra strategier och mål.

## Sammanfattning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Under 2025 har Sophiahemmet genomfört ett omfattande utvecklingsarbete för att stärka och anpassa ledningssystemet till både verksamhetens behov och en snabbt föränderlig omvärld. Arbetet har drivits av kravbilden kopplad till patientsäkerhet, informationssäkerhet, hållbarhet och beredskap, samt av ett internt behov av tydligare styrning, bättre uppföljning och ökad verksamhetsnära förankring. Målsättningen har varit att skapa ett ledningssystem som inte enbart uppfyller formella krav, utan som aktivt stödjer verksamheten i det dagliga arbetet och i den långsiktiga strategiska utvecklingen.

En central del av utvecklingsarbetet under 2025 har varit att stärka kopplingen mellan övergripande mål, strategisk styrning och operativ verksamhet. Detta har inneburit en tydlig förflyttning mot ett mer verksamhetsnära arbetssätt där ledningssystemet i högre grad speglar hur arbetet faktiskt bedrivs. Omfattande insatser har genomförts för att rensa, förenkla och uppdatera dokumentation inom ledningssystemet. Inaktuella, överlappande eller svårtolkade dokument har sorterats bort, medan kvarvarande styrande dokument har omarbetats för att vara tydligare, mer relevanta och bättre anpassade till verksamhetens behov och gällande regelverk.

Under året har även ett strategiskt skifte genomförts från ett mer personberoende ledningssystem till ett tydligare organisatoriskt förankrat system. Ansvar och roller som tidigare varit koncentrerade till enskilda funktioner har i ökad utsträckning fördelats ut i organisationen. Exempelvis har ansvar för verksamhetsuppföljning, kvalitetsarbete och delar av patientsäkerhetsarbetet förankrats närmare de olika enheterna. Denna förändring har syftat till att skapa större delaktighet, ökad ansvarskänsla och minskad sårbarhet vid personalförändringar, samtidigt som förutsättningarna för ett långsiktigt hållbart arbetssätt har stärkts.

För att ytterligare underlätta tillgänglighet och användbarhet har delar av verksamhetsstyrningen under året flyttats till mer lättillgängliga digitala plattformar, såsom nytt intranät. Detta har gjort det enklare för medarbetare att ta del av aktuella styrande dokument, rutiner och riktlinjer samt bidragit till förbättrad intern kommunikation och ökad följsamhet till fastställda arbetssätt.

Egenkontrollerna och den interna uppföljningen har samtidigt förstärkts genom mer strukturerade och verksamhetsanpassade arbetssätt. De interna revisionerna har i högre grad än tidigare utformats för att skapa konkret nytta för verksamheterna genom att identifiera förbättringsområden, följa upp genomförda åtgärder och bidra till lärande.

Ett flertal riktade utvecklingsinsatser har genomförts inom specifika områden i ledningssystemet. Ett exempel är hanteringen av delegeringar och kompetensbevis, där rutiner och arbetssätt har renodlats och tydliggjorts för att följa gällande lagstiftning och skapa bättre förutsättningar för ett patientsäkert arbetssätt i verksamheten.

Avvikelsehanteringen har varit ett prioriterat fokusområde under året. Arbetet har syftat till att skapa ett mer enhetligt, användarvänligt och verksamhetsnära arbetssätt som både underlättar rapportering för medarbetarna och förbättrar kvaliteten i det statistiska underlaget.

Ledningssystemet har vidareutvecklats från att i huvudsak vara ett dokumentations- och kontrollsystem till att bli ett levande, verksamhetsnära och strategiskt verktyg som aktivt stödjer organisationens arbete med hög kvalitet, god patientsäkerhet och långsiktigt hållbar verksamhetsutveckling.

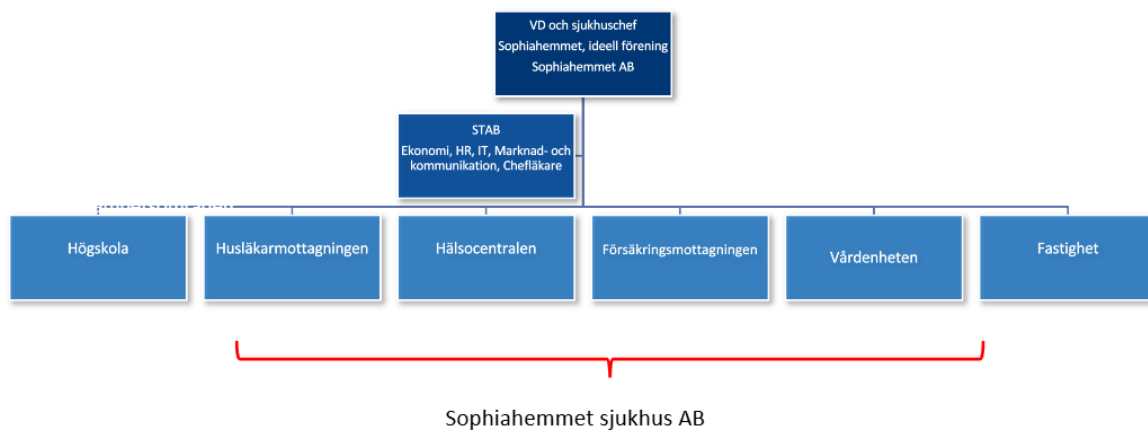
Sammantaget har 2025 präglats av ett omfattande och målmedvetet utvecklingsarbete. När vi blickar tillbaka på föregående årsberättelse kan vi glädjande nog konstatera att samtliga planerade initiativ för 2025 har genomförts.

## Innehåll

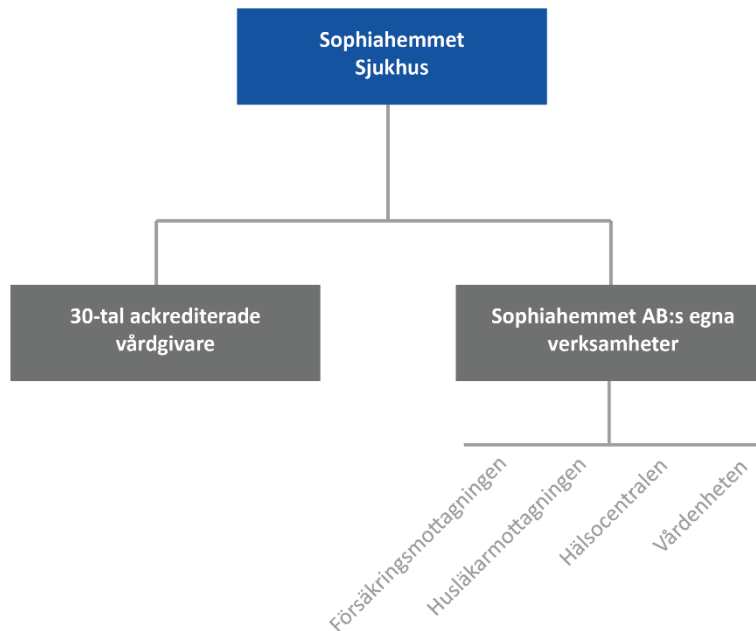
Året 2025 på Sophiahemmet AB i sammanfattning.....	3
Om Sophiahemmet AB .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	7
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
Övergripande mål och strategier för Sophiahemmet AB .....	7
Struktur för uppföljning och utvärdering av våra verksamheter.....	8
Årlig ackreditering – Sophiahemmets kvalitetsstämpel .....	9
Organisation och ansvar .....	9
Systematiskt förbättringsarbete och revisioner .....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	10
En god säkerhetskultur .....	12
Adekvat kunskap och kompetens .....	14
Patienten som medskapare .....	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	16
PPM BHK - Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler .....	17
Avvikelsehantering .....	17
Markörbaserad journalgranskning .....	18
Patientsäkerhetsdialoger .....	18
Patientnöjdhet.....	18
Nationella patientenkäten.....	21
Nationella kvalitetsregister.....	22
Städkontroller .....	22
Leverantörsuppföljning och lagefterlevnadskontroll .....	22
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	23
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	23
Säker vård här och nu .....	24
Stärka analys, lärande och utveckling.....	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	25

## Om Sophiahemmet AB

Sophiahemmet AB, som driver fyra egna sjukvårdsverksamheter, ägs av moderbolaget Sophiahemmet, ideell förening och ingår i en koncern tillsammans med ytterligare två verksamhetsområden Sophiahemmet Högskola och Sophiahemmet Fastighet.



Förutom Sophiahemmets egna verksamheter verkar på sjukhusområdet ett 30-tal ackrediterade vårdgivare. Dessa utför specialistsjukvård inom öppen- och slutenvård för barn och vuxna på uppdrag av Region Stockholm och andra uppdragsgivare, regioner eller försäkringsbolag. Totalt genomförs cirka 600 000 patientbesök och cirka 22 000 operationer på Sophiahemmet Sjukhus varje år.



Sophiahemmet vårdar och behandlar patienter på uppdrag av regioner och försäkringsbolag samt även av privatbetalande patienter. Sjukhuset har nära samarbete med Sophiahemmet Högskola som bedriver utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå samt forskning.

## Husläkarmottagningen

Husläkarmottagningen är en primärvårdsenhet med läkarmottagning, specialist-sjuksköterskemottagning och hemsjukvård. Mottagningen har avtal med Region Stockholm och har 14 000 listade patienter (13 637 + 363 utomlänspatienter)

<b>Listade patienter</b>	14000
<b>Läkarbesök</b>	14 566
<b>Sjuksköterskebesök</b>	7 238
<b>Sjuksköterskebesök i hemsjukvård</b>	3 241
<b>Psykosociala besök</b>	2 725
<b>Andel nöjda patienter i KeyforCare</b>	92 %
<b>Antal svarande i enkäten</b>	3 537

**2025** - Kontinuitet och tillgänglighet prioriterats samtidigt som fortsatt relativt stor expansion skett med 1500 nya patienter. Patientnöjdheten ligger fortsatt på hög nivå, 92%.

**2026** - Under året tar vi nästa steg i smarta digitala stöd för att förbättra både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Vi utökar husläkarmottagningens vidare för att fortsatt kunna ta emot nya patienter.

## Försäkringsmottagningen

Försäkringsmottagningen utför allmän internmedicinsk specialistvård, hälsoundersökningar, vaccinationer och rådgivning till privatförsäkrade patienter. Mottagningen har även tre specialistsjuksköterskor inom diabetes, hypertoni och reumatologi.

<b>Läkarbesök inklusive digitala besök</b>	23 519
<b>Sjuksköterskebesök inklusive digitala besök</b>	992
<b>Vårdkontakter via telefon</b>	14 987
<b>Hälsokontroller</b>	1 054
<b>Andel nöjda patienter i KeyforCare</b>	96 %
<b>Antal svarande i enkäten</b>	3 427

**2025** - Vi firade 40 års jubileum. Inköp av Tanitavåg för att mäta kroppskomposition till överviktsmottagningen.

**2026** - Vi ser över möjligheten att utöka privatvården inom endokrinologiska specialiteter samt ytterligare utöka överviktsmottagningen.

## Hälsocentralen

Hälsocentralen utför läkarbaserade hälsoundersökningar med fokus på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, medicinska konsultationer, kostrådgivning och vaccinationer. Mottagningen tar emot patienter enskilt eller genom företag med avtal.

<b>Hälsokontroller</b>	9 084
<b>Läkarbesök</b>	605
<b>Sjuksköterskebesök</b>	1 289
<b>Anslutna företag</b>	1 246
<b>Andel nöjda patienter i KeyforCare</b>	97 %
<b>Antal svarande i enkäten</b>	2 622

**2025** - Firade vi 50 år. Startade upp överviktsmottagning och användning av Tanitavåg för patienter med övervikt och prediabetes. Kvällsmottagning erbjuds. Ny ledningsorganisation inför.

**2026** – Fortsatt utveckling av överviktsmottagningen. Planering för utökad hälsoundersökning fokuserad på kvinnor respektive män. Planering för införande av taligenkänning. Vi kommer fokusera mer på kundvård genom utskick om hälsoundersökningens fördelar inför bokade besök samt regelbundna kontakter med företagen.

### Vårdenheten

Vårdenheten består av två avdelningar och bistår de sju fristående vårdgivare som opererar med den eftervård som krävs postoperativt. Under 2025 minskades antalet vårdplatser från 40 till 30 på grund av låg beläggning.

<b>Vårdplatser</b>	30
<b>Vårddygn</b>	3890
<b>Medelvårdtid</b>	1,1 dygn
<b>Andel nöjda patienter i KeyforCare</b>	98 %
<b>Antal svarande i enkäten</b>	1129

**2025** - Ökat antal dagoperationer minskade vårdplatsbehovet och rumsyta frigjordes för ett kliniskt träningscenter (VårdLAB) i samverkan med Sophiahemmet Högskola. Patienter som genomgick tarmkirurgi och urologiska ingrepp ökade något. Beläggning 64% trots neddragning av vårdplatser. Ett riktmärke är att ha minst 85% beläggning i enlighet med nationella målvärden.

**2026** – Dagkirurgiska patienter inom olika områden förväntas öka och nya affärsmodeller tas fram för att möta vårdgivarnas behov. Ytterligare dimensionering av antalet vårdplatser och personaltäthet under 2026.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### Engagerad ledning och tydlig styrning

Koncernledningen tillsammans med VD tillämpar ett verksamhetsledningssystem där övergripande strategi kopplas ihop med verksamhetsplanering och tydliga aktivitetsplaner som stödjer detta. Arbetsättet bidrar till en tydligare röd tråd från styrelse i form av strategisk förankring men även en förenklad uppföljning med tydliga måttal vilket gjort att ledningen har fått ett bra styrmedel och bättre koppling till respektive verksamhet.

Våra sjukvårdsverksamheter är ISO-certifierade i både kvalitet (9000:1) och miljö (1400:1).



### Övergripande mål och strategier för Sophiahemmet AB

Sophiahemmets nuvarande strategi sträcker sig till 2030 och består av följande mål:

- Sophiahemmet integrerar utbildning, forskning och hälso- och sjukvård för att möta samhällets behov
- Sophiahemmet kombinerar det personliga mötet med modern teknik och söker ständigt nya lösningar
- Sophiahemmet erbjuder en hållbar arbetsmiljö genom delegerat ledarskap och ansvarstagande medarbetarskap

- Sophiahemmet samverkar med det omgivande samhället och attraherar framstående samarbetspartners regionalt, nationellt och internationellt

### **Struktur för uppföljning och utvärdering av våra verksamheter**

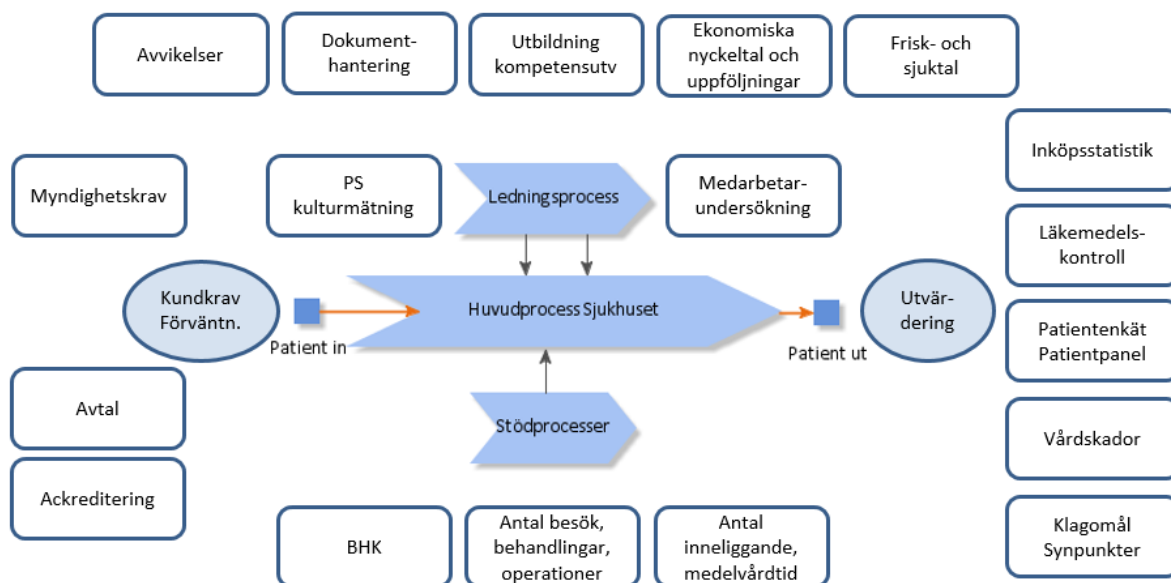
För att säkerställa hög kvalitet och en kontinuerlig utveckling arbetar våra verksamheter med en strukturerad och återkommande uppföljning av mål, resultat och genomförda aktiviteter. Arbetet sker löpande under året och bygger på tydliga rutiner, gemensamma metoder och ett systematiskt synsätt där förbättringar identifieras, genomförs och följs upp.

Som stöd i detta arbete används en webbaserad plattform för verksamhetsstyrning. Plattformen är utformad för att underlätta dokumentation och rapportering samt säkerställa att verksamheten följer gällande lagkrav, föreskrifter och interna ramverk. Genom digitala verktyg blir det enklare att samla in, analysera och återkoppla data vid kvalitetsuppföljningar, avvikelshantering och egenkontroller. Detta skapar transparens och gör det möjligt att snabbt identifiera trender och riskområden.

Det grundläggande kvalitetsarbetet omfattar flera centrala komponenter:

- Processer, system och rutiner – Tydligt definierade processer och arbetssätt säkerställer att verksamheten bedrivs enhetligt och enligt uppsatta riktlinjer. Dessa fungerar som stöd för medarbetarna och bidrar till att kvaliteten bibehålls över tid.
- Avvikelsehantering – Avvikelse rapporteras, utreds och följs upp på ett strukturerat sätt. Syftet är att identifiera orsaker, förebygga att liknande situationer uppstår igen och därigenom stärka både säkerheten och kvaliteten i verksamheten.
- Egenkontroller – Regelbundna egenkontroller genomförs för att bedöma i vilken utsträckning verksamheten följer rutiner, lagkrav och interna riktlinjer. Resultaten används för att synliggöra styrkor och utvecklingsområden.
- Uppföljning och revision – Systematiska uppföljningar, interna och externa revisioner genomförs för att granska kvalitetsarbetet och säkerställa att åtgärder får önskad effekt. Dessa ger en viktig återkoppling till verksamhetens styrning.
- Systematiskt förbättringsarbete – Utifrån insamlade data, analyser och lärdomar arbetar verksamheten kontinuerligt med förbättringar. Det innebär att identifiera behov, testa lösningar, utvärdera effekter och implementera förändringar som leder till ökad kvalitet och bättre resultat.

Exempel på mätningar och aktiviteter som regelbundet utförs för att övervaka och mäta utfallet i verksamheten på områden som patientsäkerhet, kvalitet, arbetsmiljö och hållbarhet:



## Årlig ackreditering – Sophiahemmets kvalitetsstämpel

Ackrediteringens syfte är att säkerställa att all vård som bedrivs under Sophiahemmets varumärke är säker och håller en hög och jämn kvalitet. Genom ackrediteringen intygar verksamheterna sitt arbete med patientsäkerhet, kvalitetssäkring, kompetensförsörjning och följsamhet till lagar, föreskrifter och interna riktlinjer. Ackrediteringen fungerar både som ett kvalitetsverktyg och som en garanti för att vårdgivarna bedriver sin verksamhet strukturerat, transparent och i enlighet med Sophiahemmets värdegrund och krav.

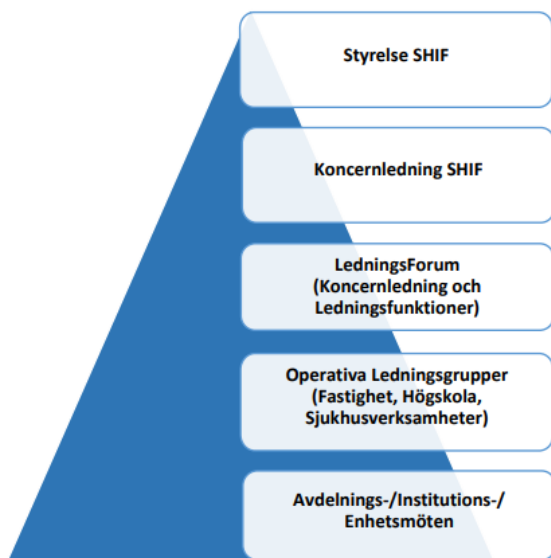
Varje vårdgivare som är verksam vid Sophiahemmet sjukhus har ett självständigt ansvar för sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Detta innebär bland annat att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt förbättringsarbete, hantera risker och avvikelser och säkerställa att medarbetarnas kompetens är ändamålsenlig. I ackrediteringen ingår även att redovisa en egen patientsäkerhetsberättelse.

Chefläkaren på Sophiahemmet ansvarar för ackrediteringssystemet och fattar beslut om godkännande. Vid upprepade överträdelser av ackrediteringsreglerna kan chefläkaren, efter erinran som ska dokumenteras, besluta om avackreditering. Ackrediteringsprocessen omfattar även Sophiahemmet sjukhus egna verksamheter. Under 2025 avackrediterades en vårdgivare.

## Organisation och ansvar

Det strategiska och yttersta ansvaret för sjukhusets verksamhet åvilar sjukhusets VD på uppdrag från styrelsen. Koncernledningen består av följande funktioner: VD, chefläkare, rektor och förvaltningsdirektör för högskolan, fastighetschef, HR-chef, kommunikations- och marknadschef, CFO, CIO och verksamhetschefer för sjukvårdsverksamheterna.

Sjukhusets verksamhetschefer utgör en del av koncernledningen och bär det övergripande ansvaret för styrning, ledning, lagerlevnad, uppföljning och resultat inom sina respektive verksamheter. Arbetet bedrivs i nära samverkan med de operativa ledningsgrupper som finns inom varje enhet, där dessa grupper tillsammans med koncernledningen deltar i regelbundna möten inom ramen för ett gemensamt ledningsforum.



#### Styrelse Sophiahemmet, ideell förening (SHIF)

Styrelsen består av åtta ordinarie ledamöter, varav Prinsessan Sophia är utnämnd Hedersordförande. VD är föredragande vid styrelsemöten och även CFO samt styrelsens sekreterare deltar.

#### Koncernledning Sophiahemmet

Koncernledning, som är ett beslutande mötesforum, består av VD, CFO, HR-chef, CIO, Marknads- och Kommunikationschef, Rektor Högskolan, Förvaltningschef Högskolan, Chefläkare, Fastighetschef samt verksamhetschefer för Vårdenheten, Hälsocentralen, Försäkringsmottagningen och Husläkarmottagningen. VD-assistent är adjungerad till Koncernledningen.

#### LedningsForum Sophiahemmet

Ledningsforum, som är ett informations- förankrings- och diskussionsforum för chefer, består av Koncernledningens medlemmar samt övriga chefer/ledare inom verksamhetsområdena.

#### Operativa Ledningsgrupper

Operativa ledningsgrupper, finns inom respektive verksamhetsområde. Verkställer och förankrar beslut och föredrar förslag.

#### Avdelnings-/Institutions-/Enhetsmöten

Verksamheternas egna informationsmöten.

## Systematiskt förbättringsarbete och revisioner

Som en del av det systematiska förbättringsarbetet har en utveckling av de interna revisionerna skett under året. Fokus har här legat på att forma värdeskapande revisioner där hela revisionsprocessen varit föremål för uppdatering, alltifrån planering till genomförande och uppföljning.

Revisionsgruppen har fått en uppdaterad utbildning för att säkerställa kompetensförsörjningen och en bra grund. Som start på revisionsprocessen har möten genomförts under ledning av externt anlitad expertis för att rikta in revisionerna mot kritiska områden i respektive verksamhet i planeringsfasen. Detta har inneburit att de interna revisionerna genomförts i tätare samverkan med verksamheterna och lagt tyngdpunkt på utmaningar, styrkor och patientsäkert arbetssätt.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Arbetsplatsträffar

Inom varje enhet genomförs regelbundna arbetsplatsträffar med samtliga medarbetare. Träffarna utgör grund för intern samverkan och dialog kring patientsäkerhet, kvalitet och verksamhetsutveckling samt bidrar till ett gemensamt ansvarstagande i det dagliga arbetet.

### Lunchföreläsningar i lärande syfte

Två till tre gånger per termin arrangeras lunchföreläsningar dit samtliga medarbetare vid både sjukhuset och högskolan bjuds in. Föreläsningarna syftar till kunskapsutbyte och lärande genom presentationer av verksamheter eller genomgångar av lärorika patientfall.

### Sophiahemsforum

Sophiahemsforum inrättades som mötesform 2024 och syftar till att bredda informationsutbyte mellan sjukhuset och samtliga vårdgivares medarbetare. Forumet används för att kommunicera pågående förändrings- och utvecklingsarbeten samt för att diskutera gemensamma frågor inom exempelvis hygien, miljö och verksamhetsövergripande områden.

## **Nyhetsbrev**

För att säkerställa löpande och samordnad information skickar chefläkare, VD och fastighetschef regelbundet informationsbrev till samtliga vårdgivare. Därtill publiceras aktuell information om patientsäkerhet, kvalitet och miljö i den digitala Serviceportalen, som alla vårdgivare har tillgång till.

## **Vårdgivarforum**

Vårdgivarforum är ett återkommande mötesforum en gång per termin där koncernledningen träffar samtliga vårdgivares verksamhetschefer. Forumet syftar till att förmedla övergripande information om Sophiahemmet, skapa dialog mellan ledning och verksamheter samt stärka samverkan och relationer.

## **Operationsråd**

Operationsrådet är ett samverkansforum där representanter från de opererande specialiteterna regelbundet möts tillsammans med verksamhetschef för vårdavdelningen och chefläkare. Fokus ligger på aktuella frågor som rör perioperativ patientsäkerhet samt på att identifiera, följa upp och åtgärda förbättringsområden.

## **Patientsäkerhetsdialoger**

Chefläkaren genomför regelbundet strukturerade patientsäkerhetsdialoger med både sjukhusets egna verksamheter och övriga ackrediterade vårdgivare. Dialogerna syftar till att följa upp patientsäkerhetsarbetet, identifiera risker och säkerställa en trygg och säker vårdmiljö.

## **Chefläkarnätverk**

Chefläkaren företräder sjukhusledningen i frågor som rör kvalitet och patientsäkerhet och deltar i olika externa samverkansforum, däribland Region Stockholms chefläkarmöten. Nätverket möjliggör erfarenhetsutbyte, samordning och gemensam utveckling av patientsäkerhetsarbetet.

## **Informationssäkerhet**

Den totala mängden information samt utbytet av information ökar såväl inom som mellan våra olika verksamheter. Detta gäller även andra målgrupper som studenter, patienter och externa intressenter. Det är därför betydelsefullt att informationshanteringen skyddas från såväl avsiktliga som oavsiktliga störningar. Detta gäller också information som rör ekonomiska och andra verksamhetspecifika uppgifter. Känslig information som rör enskilda personers medicinska uppgifter måste skyddas extra noga. För att förhindra obehörig åtkomst till patienters personuppgifter tilldelas specifika, individuella behörigheter och därigenom begränsar åtkomsten. Tilldelning föregås av en årlig behovs- och riskanalys vars syfte är att redogöra för det behov av journalåtkomst som finns inom respektive verksamhet på individnivå. Utifrån analysen utförs behörighetstilldelningen.

Sophiahemmet har det senaste årtiondet utvecklat flera digitala tjänster och bytt flera system efter noggrann kravställning. Hela samhället digitaliseras så det är nödvändigt att utveckla och underlätta kontakt och tillgänglighet för patienterna. Beroendet av komplexa tekniska informationssystem innebär också en ökad sårbarhet. Det är nödvändigt att utifrån ett verksamhetsperspektiv ställa rätt krav på säkerhetslösningar vid upphandling, utveckling och användning av informationssystem och att fortlöpande kontrollera att dessa krav efterlevs. Vid varje förändring i IT-miljön genomförs riskanalyser.

I slutet på 2024 tecknades ett outsourcingavtal med en ny IT-leverantör. Under 2025 har flytten till den nya leverantören utförts med gott resultat och minimal negativ påverkan på verksamheten. Tack vare denna förflyttning så är Sophiahemmets IT-miljö betydligt bättre rustad mot cyberhot idag.

Under andra halvan av 2025 har grundläggande IT-utbildning erbjudits all personal på Sophiahemmet Sjukhus. IT-utbildningen kommer att fortsätta under 2026 och framåt. Enskilda personer har även tränats i att använda AI-verktyg som underlättar administrativa uppgifter.

Journalssystemen på Sophiahemmet kommer från flera olika leverantörer. Sophiahemmet utför regelbundet systematiska loggkontroller för att tillse att rätt person med behörighet läser rätt journal. Utgångspunkten för åtkomst till journalinformation är att uppgifter om patienter endast får läsas av medarbetare som deltar i vården av patienten och andra som behöver åtkomst för att kunna utföra sina arbetsuppgifter, till exempel vid en händelseanalys.

Kärnverksamheten på Sophiahemmet Sjukhus är att bedriva hälso- och sjukvård, med tillhörande personuppgiftsbehandling, vilket innebär att Sophiahemmet omfattas av kravet att ha ett dataskyddsombud. Patienter, kunder och studenter kan kontakta dataskyddsombudet direkt och har åtkomst till kontaktinformation finns på Sophiahemmet Sjukhus hemsida.

## Strålskydd

Strålsäkerhetstillstånd samt avtal avseende sjukhusfysikalisk service tillhandahålls genom Unilabs Röntgen på Sophiahemmet. Dessa utgör grunden för användning av strålkällor i operationsverksamheten.

De opererande vårdgivare på Sophiahemmet som använder strålkällor i operationssal, exempelvis C-båge, ansvarar för att strålsäkerheten efterlevs i det dagliga arbetet. Ansvaret omfattar att säkerställa att berörd personal har genomgått erforderlig utbildning i strålskydd, både teoretiskt och praktiskt, samt utbildning i korrekt handhavande av den aktuella utrustningen.

Gällande regler och rutiner för strålskydd ska finnas lätt tillgängliga i anslutning till operationssalarna. All berörd personal ska ha tagit del av dessa och arbeta i enlighet med fastställda krav och riktlinjer.

## En god säkerhetskultur

**En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur med ett öppet klimat där medarbetarna vågar göra sin röst hörd och prata om när något inte gått som förväntat. En central del i säkerhetskulturen är att utreda och återföra resultatet av avvikelser till medarbetarna i lärande syfte.**



### Rutiner för avvikelser

Varje medarbetare har både ett ansvar och ett stöd i att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i verksamheten. Rapporteringen sker enligt dokumenterade rutiner som tydligt beskriver hur avvikelser ska anmälas och hanteras. Varje verksamhet ansvarar för att regelbundet gå igenom och följa upp sina rapporterade ärenden.

Syftet med avvikelshanteringen är att identifiera bakomliggande orsaker, svagheter och riskområden som kan kräva förändrade rutiner eller andra åtgärder. Genom ett systematiskt arbetsätt ska risken för att liknande händelser upprepas minimeras och patientsäkerheten stärkas.

Vid allvarigare händelser informeras chefläkaren, som analyserar avvikelserna ur ett övergripande perspektiv och säkerställer att nödvändiga åtgärder vidtas. Under 2025 har rutinerna för avvikelshantering genomgått en fördjupad genomlysning och uppdatering i syfte att ytterligare effektivisera processen samt förbättra kvaliteten på det statistiska underlaget för uppföljning och analys.

### Rutiner för händelseanalys och internutredning

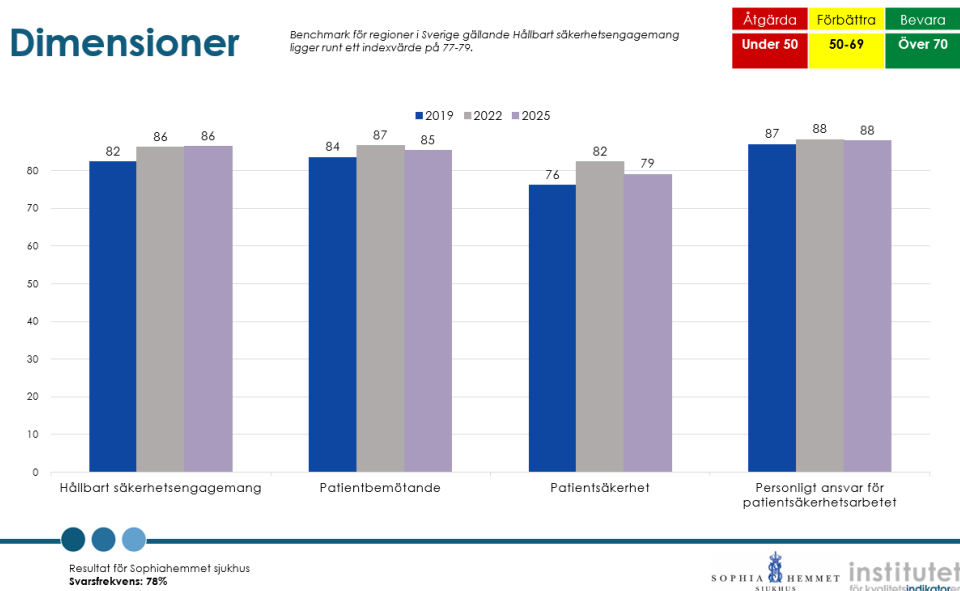
Vid allvarigare och /eller komplexa avvikelser där en patient har skadats, eller riskerat att skadas allvarligt, genomförs en händelseanalys. I mindre omfattande händelser räcker en mer begränsad så kallad internutredning (specifikt dokument finns som definierar skillnaden och ingående punkter). Syftet är att systematiskt utreda och klarlägga bakomliggande orsaker och identifiera åtgärder för att

förhindra att liknande händelser inträffar igen och som underlag för chefläkaren för ställningstagande till Lex Mariaanmälan.

Utredningen initieras så snart som möjligt efter att händelsen har inträffat. Inom Sophiahemmet AB fattar chefläkare i samråd med verksamhetschefen beslut om och när en utredning ska genomföras. För övriga vårdgivare fungerar chefläkaren som ett rådgivande stöd i frågor som rör genomförande, metodik för analysen samt eventuell Lex Mariaanmälan.

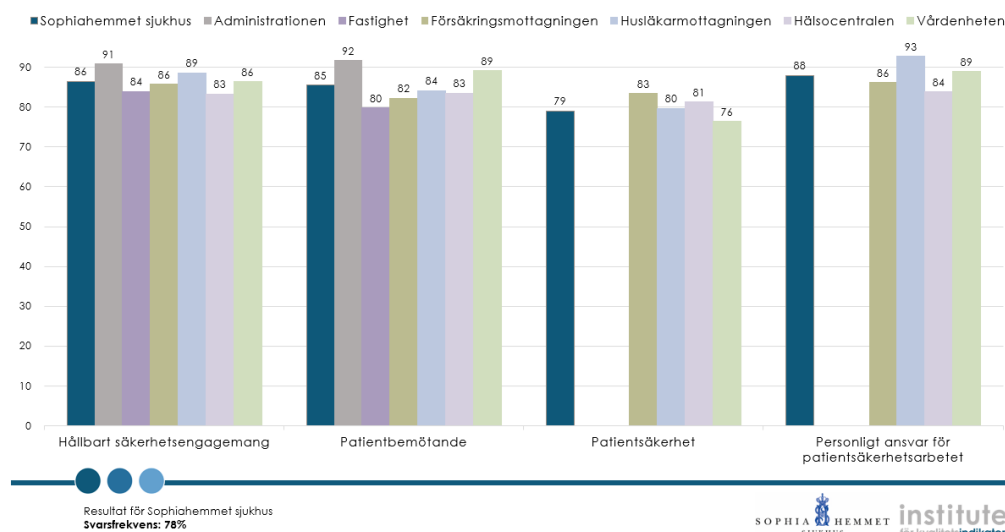
### Patientsäkerhetskulturmätning

Under 2025 utfördes en enkätbaserad patientsäkerhetsmätning hos samtliga medarbetare, en undersökning som görs var tredje år. Enkäten bestod av 24 frågor för medarbetare vars arbete innefattar patientkontakt och 11 frågor för de vars arbete inte gör det. De tre frågeblocken *individ*, *grupp* och *ledning* redovisas i fyra dimensioner; *hållbart säkerhetsengagemang (HSE)*, *patientsäkerhet*, *patientbemötande* och *personligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet*. Svartsfrekvensen var 78% och resultaten var övervägande goda och stabila över tid. Mätvärdena kan brytas ned per enhet, yrke och kön men nedanstående bilder visar en övergripande sammanfattning av resultaten.

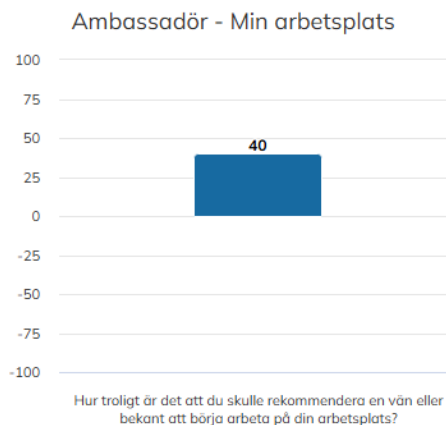
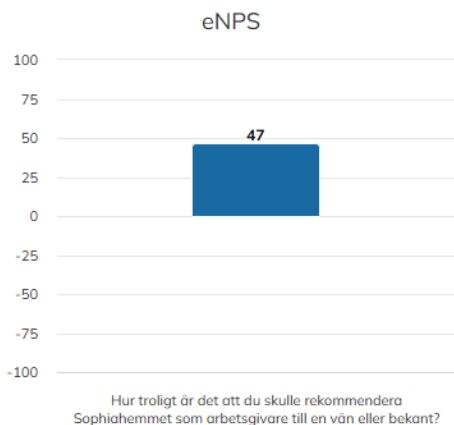


## Dimensioner – enheter

Åtgärda	Förbättra	Bevara
Under 50	50-69	Över 70



Under 2025 skickades även en enkät ut i syfte att få en bild av rekommendationsviljan hos Sophiahemmet AB:s medarbetare. Resultaten för eNPS (employee Net promotor score), ett mått på lojalitet med en skala från -100 till 100) varierade mellan enheterna men snittet visade ett NPS-värde på 47 respektive 40 i frågor om man kunde rekommendera Sophiahemmet AB som arbetsgivare till vän eller bekant. Tolkningen av frågornas innebörd tror vi kan ha bidragit till utfallet av resultatet.



### Adekvat kunskap och kompetens

#### Kompetens som grund för säker vård

En säker och kvalitativ vård förutsätter att medarbetarna har rätt kompetens, kunskap och erfarenhet. Sophiahemmet arbetar därför långsiktigt och systematiskt med kompetensförsörjning för att kunna rekrytera, behålla och utveckla medarbetare samt säkerställa hög patientsäkerhet i verksamheten.

#### Styrning och ansvar för kompetensutveckling

Kompetens- och kunskapsutveckling sker både på övergripande nivå och inom respektive verksamhet. På verksamhetsnivå ansvarar närmaste chef, i dialog med medarbetaren, för att



identifiera och planera kompetensutvecklingsinsatser i samband med de årliga medarbetarsamtalen. På övergripande nivå skapas gemensamma förutsättningar för lärande och erfarenhetsutbyte inom hela organisationen.

### **Genomförda och återkommande utbildningsinsatser**

Exempel på kompetensutveckling som genomförts eller erbjudits är deltagande i ledarskapsutveckling, systematiskt brandskyddsarbete, konferenser och forum såsom IT i vården, Framtidens hälso- och sjukvård, Vitalis, internationell HLR kongress samt Kirurgveckan.

Övriga åtgärder för att stärka det kontinuerliga lärandet:

- Regelbundna genomgångar av patientsäkerhetsrisker och avvikelser vid interna möten
- Kommunikation och implementering av patientsäkerhetsfrågor från ledningens genomgångar
- Årliga medarbetar- och planeringsdagar med kompetenshöjande innehåll
- Riktade föreläsningar om nya patientgrupper och deras omvårdnadsbehov
- Avsatta budgetmedel för fortbildning
- Strukturerad introduktion och inskolning för nyanställda med bland annat särskild introduktionsdag
- Nano-utbildningar i IT-säkerhet

### **HLR, övriga obligatoriska utbildningar och säkerhetskritisk kompetens**

Alla medarbetare genomgår obligatoriska utbildningar inom läkemedel och miljö för förskrivare, brandskydd samt hjärt- och lungräddning (HLR).

Organisation för hjärt- och lungräddning (HLR). Sophiahemmet följer Svenska Rådet för Hjärt- och lungräddnings behandlingsmål för sjukvården vilket innebär larm inom en minut, start av HLR inom en minut och defibrillering inom tre minuter. En HLR-koordinator och en HLR-läkare ansvarar för utbildning, samordning /närverksträffar och uppföljning. Samtliga verksamheter ansvarar för att årlig HLR-utbildning görs på adekvat nivå.

Under 2025 startades projekt VårdLAB; en integrerad lärandemiljö som tillhör Sophiahemmets högskola och geografiskt lokaliserad på vårdavdelning 2. På VårdLAB förläggs nu simuleringsövningar som bland annat HLR vilket öppnar för ett tätare samarbete mellan sjukhuset och högskolan.

På Sophiahemmet sjukhusområde finns totalt 32 hjärtstartare, varav 17 nya inköpts för medel från Ruth och Richard Julins Stiftelse. Sophiahemmets val av nya hjärtstartare blir detsamma som valet via den offentliga upphandlingen för de stora akutsjukhusen i Stockholm och AISAB; Mindray Beneheart D1 pro från leverantören Vitri, en halvautomatisk hjärtstartare som är driftsäker, användarvänlig med god batterikvalitet.

### **Bemanning för patientsäker vård**

Bemanningen planeras utifrån kompetens och erfarenhet för att säkerställa patientsäker vård. Den elektiva öppenvårdsverksamheten möjliggör förutsägbar schemaplanering och riskanalyser genomförs vid förändringar. På vårdenheten utförs riskanalys om bemanning eller schema behöver förändras.

### **Attraktiv arbetsgivare**

Medarbetare som har Sophiahemmet som stadigvarande huvudarbetsgivare erbjuds bland annat hälso- och sjukvårdsförsäkring och friskvårdsbidrag, personalrabatt i matsal och gym.

## Patienten som medskapare

Sophiahemmet arbetar aktivt och systematiskt med samverkan mellan patienter, närstående och vården som en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet.

Patienternas erfarenheter och synpunkter ses som en viktig kunskapskälla i utvecklingen av vårdens kvalitet och säkerhet. För att möjliggöra detta används en digital patientenkät där patienter kan lämna återkoppling i realtid samt bidra med förbättringsförslag. I verksamhetsplanen ingick att genomföra minst 5 förbättringsförslag/enhet, ett mål som uppnåddes på alla fyra enheter.



### Exempel på genomförda förbättringsförslag från patienter:

På Husläkarmottagningen har man kunnat identifiera ett par områden gällande förbättringsförslag från patienter. Som alltid, och för primärvården i stort, så är tillgängligheten en utmaning och husläkarmottagningen arbetar ständigt med förändringar i vårdprocesserna för att kunna upprätthålla god tillgänglighet med bibehållen hög patientsäkerhet.

På Hälsocentralen har man satt upp ett dokumentfack på väggen i provtagningstoaletten så kunden kan lägga sina formulär där. Försörkningsmottagningen har genomfört vissa förbättringar i besöksmiljön på initiativ från patienter.

På Vårdenheten handlar förbättringsförslagen framför allt om bättre pre- och postoperativ information. Vårdavdelningen har därför utarbetat ett nytt informationsblad på varje rum i samverkan med vårdgivarna. Synpunkter rör även de digitala verktyg som tillhör vårdgivarna samt tillgång till TV-kanaler, bekvämlighet och kostval.

### Kontaktvägar för patienter som underlättar kommunikation:

#### Digital patientkommunikation

För att öka tillgängligheten, stärka patientsäkerheten och underlätta kontakten mellan patienter och vården använder Sophiahemmet flera digitala kommunikationslösningar. Samtliga tjänster är utformade för säker hantering av patientuppgifter och kräver inloggning med BankID.

#### Husläkarmottagningen – Doctrin

Husläkarmottagningen använder Doctrin lokalt namn Sophia HLM Online, som ett digitalt kommunikationsverktyg för patienter som önskar kontakt med mottagningen. Tjänsten möjliggör en säker och effektiv dialog mellan patienter och vårdpersonal och bidrar till ökad tillgänglighet samt förbättrad medicinsk kvalitet. Inloggning sker med BankID och är länkat via Husläkarmottagningens hemsida, [www.sophiahlm.se](http://www.sophiahlm.se)

#### Hälsocentralen – Säker patientkommunikation via e-tjänst

Hälsocentralen erbjuder en e-tjänst där patienter kan kommunicera med vårdpersonalen i ärenden som rör exempelvis receptförnyelse, ombokning av läkartider och andra vårdrelaterade frågor. Inloggning sker med BankID.

#### Hälsocentralen – Zymego

Via den digitala applikationen Zymego kan patienter anmäla sig till och bevaka köer för tider som blir tillgängliga vid återbud. Tjänsten bidrar till ett effektivare nyttjande av tider och förbättrad tillgänglighet. Inloggning sker med BankID.

## Hälsocentralen och Husläkarmottagningen – Kivra

Både Hälsocentralen och Husläkarmottagningen använder den digitala brevlådan Kivra för att skicka kallelser och annan information på ett säkert och effektivt sätt.

## SophiaDirekt – Doctrin

SophiaDirekt är ett digitalt kommunikationsverktyg för privatbetalande patienter som söker vård inom Sophiahemmet. Tjänsten gör det möjligt att vägleda patienter till vårdgivare som erbjuder privat vård. Inloggning sker med BankID och säkerställer trygg hantering av patientuppgifter. Denna kontaktväg ska ses över under 2026 utifrån nytta och ekonomi med mål att kunder ska kunna omhändertas på ett mer effektivt sätt.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Egenkontroller är en del av systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och av de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Årligen genomförs flera egenkontroller som systematiskt analyseras för att säkerställa efterlevnad av processer och hantera risker.

Egenkontroller och kvalitetsindikatorer på Sophiahemmet med koppling till patientsäkerhet

- Punktprevalensmätning (PPM) avseende basala hygienrutiner (BHK) och klädregler
- Avvikelsehantering
- Markörbaserad journalgranskning
- Ackreditering av samtliga verksamheter
- Patientsäkerhetsdialoger
- Patientnöjdhet
- Nationella patientenkäten
- Nationella kvalitetsregister (för verksamheten relevanta kvalitetsregister)
- Städkontroller tillsammans med städentreprenör
- Leverantörsuppföljning av kvalitetspåverkande leverantörer
- Lagefterlevnadskontroll och kartläggning av intressenter

## Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler

Sophiahemmet AB utför två gånger årligen observationer på totalt 40 personer från olika yrkeskategorier vid patientnära arbete. Varje person observeras med avseende på både basala hygienrutiner och klädregler, totalt åtta punkter.

Resultat: Våren 2025 blev övergripande utfallet 95 % rätt på alla åtta punkter och hösten 2025 90 % rätt.

Åtgärd: Resultaten återkopplas inom varje verksamhet och påminnelser om riktlinjerna sker på grupp- och individnivå. Målsättningen är en 100% följsamhet till såväl klädregler som hygienrutiner men i ett litet material ger ett enstaka misstag stor effekt på resultatet.

Punktprevalensmätningar har svagheten att den endast ger en ögonblicksbild vid en specifik tidpunkt men trots detta är resultaten stabilt goda över tid.

## Avvikelsehantering

I verksamhetens kvalitetssystem finns rutiner för hur avvikelser hanteras, erfarenheter tas tillvara och återförs i arbetet för kontinuerlig verksamhetsutveckling.

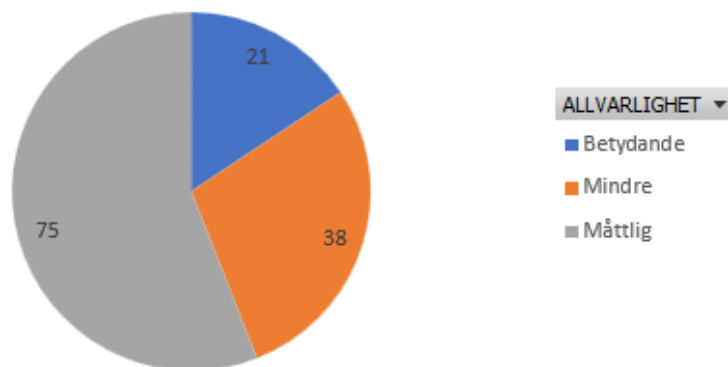
**Resultat 2025:** Övergripande inrapporterades inklusive Fastighet och Högskolan 231 avvikelser (mål >200) varav 29 miljöavvikelser vilket är en ökning från 160 under 2024. Samtliga är hanterade och avslutade.

Av dessa bedömdes 134 (58%) ha haft inverkan på patientsäkerheten i varierande omfattning.

Ca 75% av avvikelserna berörde vård och behandling men även frågor som lokaler och utrustning, IT, service / säkerhet och arbetsmiljö.

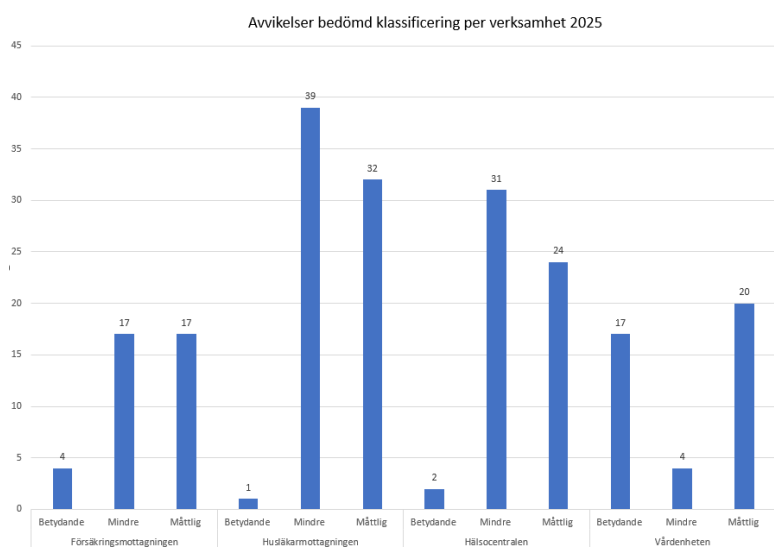
Ingen avvikelse med katastrofal konsekvens för patientsäkerheten rapporterades.

### Avvikelser patientsäkerhetsrisk, bedömd konsekvens/allvarlighetsgrad



**Analys av resultat:** Målet är en ändamålsenlig rapportering, inte antalet avvikelser i sig och vad som rapporteras liksom bedömningen är i viss mån subjektiv. Avvikelser av betydande allvarlighetsgrad hanteras skyndsamt lokalt i verksamheten och dras på personalmöten. Chefläkare informeras vid behov och en sammanställning redovisas på ledningens genomgång. Vid avvikelser av allvarlig karaktär utförs internutredning eller händelseanalys. Under 2025 rapporterades ett fall av risk för allvarlig vårdskada inom Sophiahemmet AB som motiverade utredning och Lex Mariaanmälan. Åtgärd och strategi: Fortsatt mätning av antal avvikelser på lokal- och övergripande nivå samt regelbunden analys av bakomliggande orsaker.

### Fördelning av avvikelser mellan sjukvårdsenheterna:



### Analys av avvikelser från verksamheterna:

**Husläkarmottagningen:** 72 interna avvikelser har hanterats. Cirka 1/4 rör fristående / externa vårdgivare som exempelvis felaktiga eller ofullständiga röntgensvar, kontrollröntgen där patienten ej blivit kallad i enlighet med remiss. Övriga avvikelser har berört icke-rapporterad hemgång från sjukhus till husläkarmottagningens hemsjukvård och felkalibrerad laboratorieanalys. Högst allvarlighetsgrad har varit missad rektalcancer hos extern vårdgivare där Lex Maria anmälan rekommenderas men där återkoppling till husläkarmottagningen aldrig skett. 1/4 av avvikelserna har rört husläkarmottagningens vårdprocesser, t ex bemötande, glömt lägga in beställningar för provtagningar, bristande uppföljning eller avvikelse kring befintlig rutin. Hälften av avvikelserna har berört administrativa ärende/fastighet såsom telefoni/data, halkincidens i trapp och dålig belysning.

**Vårdenheten:** 43 avvikelser rapporterades under 2025, en viss ökning från 2024. Avvikelse har berört vård- och behandling (20), fall (8), läkemedelsordinationer (6), tvättleveranser (5) samt övriga (4). Av dessa 43 var 10 av betydande art och rörde frågor kopplade till vårdgivarnas medicinska ansvar såsom dålig nåbarhet på jourtid, patienter som skickats från postoperativa avdelningen till avdelningen i för dåligt skick samt läkemedelsordinationer. Vårdgivarna ansvarar själva för att hantera avvikelserna som berör dem och chefläkare tar upp viktiga slutsatser och lärdomar på operationsforum.

**Försäkringsmottagningen:** 19 avvikelser totalt. Avvikelse berör framför allt fristående vårdgivare som till exempel kommunikation och remisshantering. I övrigt är många avvikelser riktade till försäkringsbolagen på grund av felbokningar etc.

**Hälsocentralen:** 33 avvikelser. Även här berör flertalet avvikelser samverkan med övriga vårdgivare och handläggs av ansvarig verksamhetschef. Interna ärenden var företrädesvis IT- eller lokalrelaterade och hanterades av Fastighet respektive IT-chef

### **Markörbaserad journalgranskning**

Markörbaserad journalgranskning (MJG) innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus i syfte att identifiera och förebygga risker eller skador. Enhetschef på vårdavdelningen bedömer i samråd med chefläkare om en skada har inträffat och beskriver typ, konsekvenser och allvarlighetsgrad om den var undvikbar.

Resultat: 2025 granskades 240 journaler på Vårdavdelningen (20/månad). Totalt noterades två mindre skador (0,83%) varav ingen var allvarlig eller bedömdes undvikbar.

### **Patientsäkerhetsdialoger**

Målsättningen med dialogen är att den ska föras under avspända former och följa särskild agenda där bland annat patientsäkerhetsberättelse, patientklagomål, hygien- och klädregler, HLR, informationssäkerhet och patientdelaktighet diskuteras.

Resultat: Under 2025 har chefläkaren genomfört 12 dialoger. Därmed har alla vårdgivare inkluderat egna verksamheter genomfört minst en dialog de senaste tre åren.

Analys av resultat: Dialogen har medverkat till att utöver att synliggöra risker i vardagen och att öka kunskapsutbytet, etablera en god relation mellan chefläkare och vårdgivare.

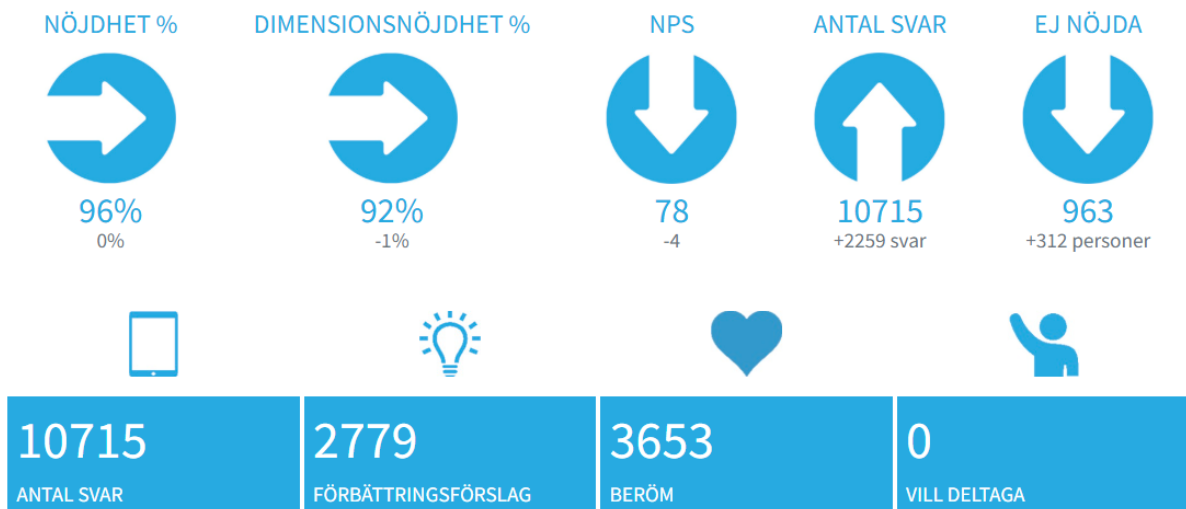
Uppföljning av åtgärd: Fortsatta patientsäkerhetsdialoger sker löpande.

### **Patientnöjdhet**

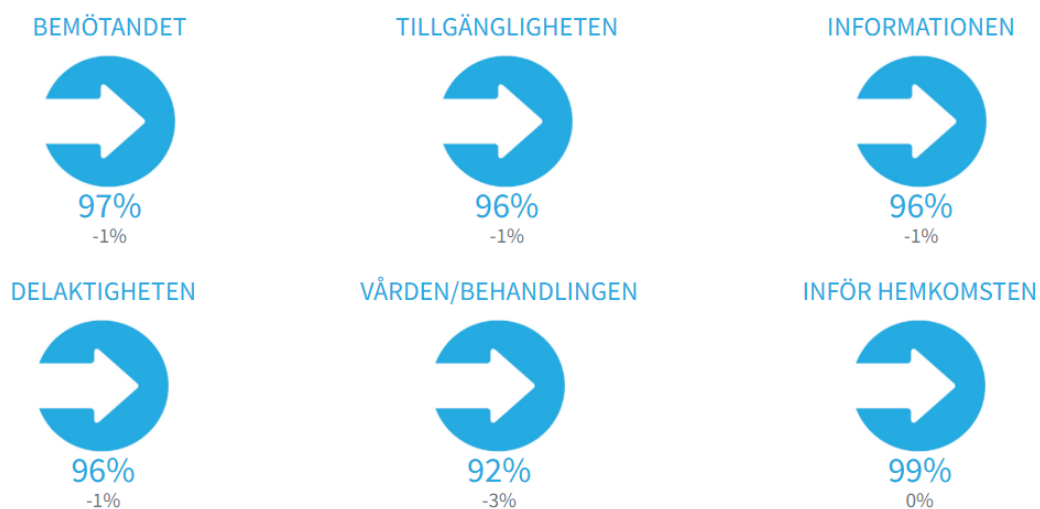
Personligt och professionellt bemötande är ledord för Sophiahemmet AB och patienternas upplevelser mäts kontinuerligt via digital enkät där också förbättringsförslag kan lämnas. Resultaten för NPS (Net promoter score, ett mått på kundlojalitet) är över tid mycket goda. Skalan är från -100 till 100, där ett värde över 60 anses som bra. Senaste året har värdet legat runt 80% eller högre. NPS var något lägre 2025 (78), jämfört med 2024 (82), och får noga följas under kommande år.

Under 2025 svarade totalt 10 715 patienter (en ökning med över 2 200 jämfört med 2024), som gav 2 779 förbättringsförslag och 3 653 berömdande kommentarer. 96% av de svarande angav att de var nöjda med sitt besök, en fortsatt hög och stabil siffra över tid. I frågor man ej mindre nöjd förekom områden som information om vård och behandling, samordning vårdkontakter och nåbarhet som orsaker.

### ÅRSRAPPORT / ÖVERSIKT

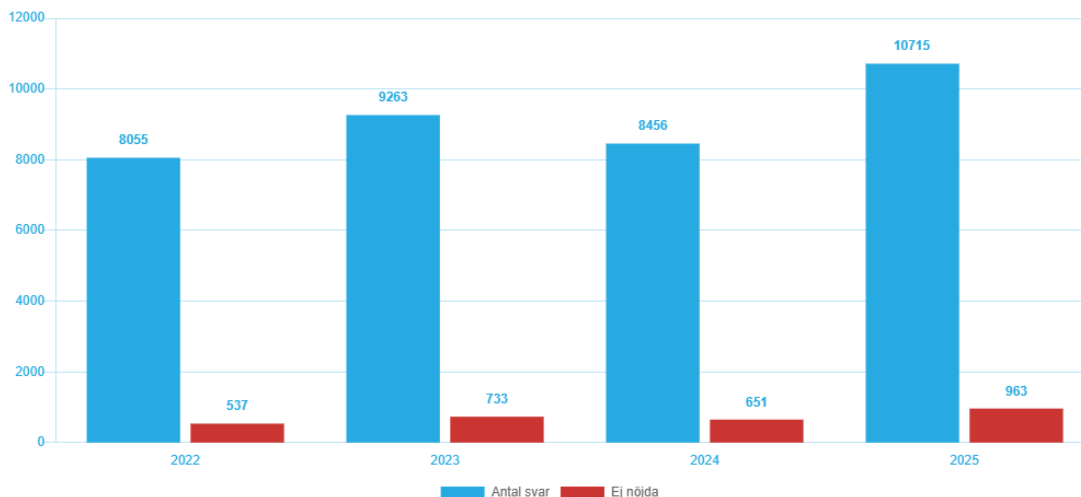


### ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER



## ÅRSRAPPORT / TRENDER

### Antal svar och ej nöjda

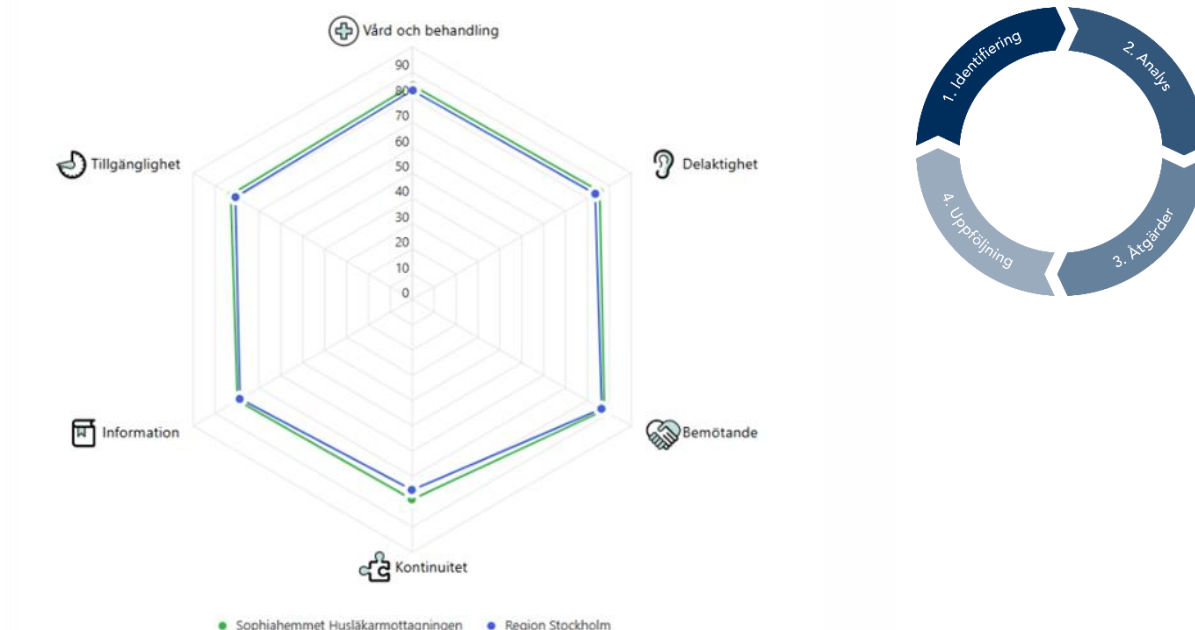


Husläkarmottagningens resultat visar en patientnöjdhet på höga 92% (NPS 67) vilket bedöms som mycket bra utifrån en offentligt finansierad vårdverksamhet. Samstämmigt mycket goda resultat med 98% nöjda patienter uppvisas på vårdenheten (NPS 96). Försäkringsmottagningen hade 96% nöjda patienter (NPS 82) och Hälsocentralen 98% (NPS 81).

### Nationella patientenkäten

Nationella Patientenkäten, NPE, är samlingsnamn för nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården och mäts årligen på Husläkarmottagningen. Enkätfrågorna är indelade i sju dimensioner. Varje dimension består av delkomponenter som visar vilka aspekter patienter anser viktiga. På så vis fastställs vilka frågor som ska mätas i respektive dimension.

**Resultat:** Husläkarmottagningen Sophiahemmet (grönt) ligger högre på samtliga mätpunkter än medelvärdena för samtliga vårdcentraler och husläkarmottagningar i Region Stockholm (blått).



## Nationella kvalitetsregister

Resultat: Under 2025 har Sophiahemmets tre öppenvårdsmottagningar rapporterat patienter med diagnoskod diabetes i det Nationella diabetesregistret, NDR. Deltagandet är frivilligt.

På Husläkarmottagningen är 560 av totalt 595 patienter med diabetes mellitus typ 2 införda vilket motsvarar 94 %. Nationellt på primärvårdsnivå varierar rapporteringen mellan 65-95 % inom regionerna.

Av Hälsocentralens 166 patienter med diabetesdiagnos är 50 registrerade i NDR (30%) med tillägget att de flesta enbart gör hälsokontroll och i övrigt följs på sina vårdcentraler.

På Försäkringsmottagningen är motsvarande siffror registrering av 520 patienter av totalt 540 patienter med diabetes typ 2 (96 %).

Andel HbA1c <52: 88% av patienterna på Hälsocentralen och 84% på Försäkringsmottagningen, att jämföra med 58% för riket i genomsnitt inom öppenvård. Båda mottagningarna har således glädjande nog betydligt högre procentuell andel med HbA1c <52 jämfört med riket men det ska samtidigt beaktas att det rör sig om selekterade patienturval.

Av Husläkarmottagningens diabetespatienter uppnår hela 75% HbA1c <52 vilket är i jämförelse är ett mycket bra resultat.

## Städkontroller

Flera gånger i månaden utför Sophiahemmets städentreprenör kvalitetskontroller genom att granska städningen via utvalda kontrollpunkter i verksamheterna och genom att fråga medarbetarna i verksamheten om deras upplevelse av städningen.

Resultat: Under 2025 genomfördes mellan 30-40 kontroller/månad (förutom juli-augusti). Maxpoäng per kontroll är 4,0 och snittbetyget var 3,96 vilket är ett mycket bra och oförändrat resultat jämfört med 2024.

## Leverantörsuppföljning och lagefterlevnadskontroll

Sophiahemmet arbetar med ett stort antal leverantörer vilket nödvändiggör att dessa arbetar i linje med Sophiahemmets värderingar och värdegrund. För att säkerställa en hållbar och långsiktig samverkan med våra leverantörer har nya rutiner och arbetssätt framtagits inom detta område. Exempel är att Sophiahemmet krav och riktlinjer runt etiskt förhållningssätt och hållbarhet på ett tydligare sätt införlivats i kravställningen mot leverantörer.

Leverantörsbedömning utgår numera från ekonomiavdelningen som tydlig del i den omarbetade inköpsprocessen och genomförs innan offertförfrågan med krav på Code of Conduct.

Ekonomiavdelningen genomför dessutom årligen en uppföljning av de leverantörer som finns i leverantörsdatabasen.

Lagefterlevnadskontroll i form av enkät till berörda chefer har anpassats och justerats för att bättre avspegla arbetet ute i sjukvårdsverksamheterna och på så sätt också ge ett mer betryggande kvitto på att Sophiahemmet efterlever högt ställda krav vad gäller regulatorisk följsamhet. Chefläkare gör även en årlig lagefterlevnadskontroll av hälso- och sjukvårdslagar och miljölagar via bevakningstjänst för lagar och andra bindande krav.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Ett systematiskt arbete med att identifiera, utreda och följa upp skador och vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Genom att analysera händelser där vårdresultatet inte blivit det avsedda ökar kunskapen om vilka risker som kan drabba patienter och vilka konsekvenser dessa medför. Vidare kan åtgärder prioriteras och förbättringsinsatser utformas.



Vid allvarigare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt eller riskerat att skadas allvarligt, genomförs en internutredning eller - i mer komplexa händelser med flera vårdgivare inblandade - en mer omfattande händelseanalys. Beslut om att initiera utredning fattas av chefläkare i samråd med verksamhetschef. Resultatet av genomförd analys återkopplas till patient och berörd personal och sprids i verksamheten av ansvarig verksamhetschef.

En utredning genomförs strukturerat och omfattar följande moment:

- systematisk faktainsamling kring händelsen, inklusive intervjuer med berörda personer
- beskrivning av händelseförloppet och konsekvenser för patienten
- identifiering och analys av bakomliggande orsaker
- framtagande av åtgärdsförslag i syfte att förebygga liknande händelser och stärka patientsäkerheten

Under 2025 inträffade en enskild patienthändelse på Försäkringsmottagningen som motiverade en internutredning inom Sophiahemmet AB. Patienten riskerade drabbas av allvarlig vårdskada varför en Lex Mariaanmälan skickades in till IVO i november 2025. Denna är nu avslutad av IVO som godkänt utredningen som fullständig.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Webbaserat ledningssystemstöd

Verksamheten använder sig nu av fler digitala ytor och system både för kommunikation och styrning men även för uppföljning av kvalitets- och hållbarhetsarbetet. Dessa ytor och system har under året utvecklats för att dels bli mer användarvänliga men även för att bättre stötta verksamheten i arbetet med säkerställandet av kravbild och patientsäkerhet.



En stor del av detta arbete har varit att utveckla ett nytt intranät som attraktiv yta för kommunikation samt en förflyttning mot en mer systematiserad hantering av verksamhetsplanering och uppföljning av denna.

### ISO-certifiering i kvalitet (9001:2015) och miljö (14001:2015)

Certifieringarna inom kvalitet och miljö utgör en central del av Sophiahemmets systematiska arbete för att säkerställa hög kvalitet, patientsäkerhet och långsiktig hållbarhet i verksamheten. Certifikaten fungerar som ramverk för styrning, uppföljning och ständiga förbättringar och bidrar till att säkerställa att arbetet bedrivs i enlighet med gällande lagkrav, standarder och interna mål.

Under året genomfördes externa revisioner av både kvalitets- och miljöledningssystemen. De externa revisionerna resulterade i ett godkännande med beröm och identifierade endast två mindre avvikelser vilka båda kunde åtgärdas genom begränsade korrigerande insatser. Utfallet av revisionerna bekräftar att de etablerade processerna är välfungerande och att det finns en god efterlevnad av de högtställda krav som certifieringarna innebär. Vidare bekräftades resultatet av det genomgripande förbättringsarbetet av ledningssystemet som gjorts under 2024-2025.

De interna revisionerna renderade enbart en mindre avvikelse och låg väl i linje med resultatet från den externa vilket indikerar att de interna revisionerna för 2025 höll en bra nivå samt levererade ett tillförlitligt resultat.

## Säker vård här och nu

### Risکانالys av processer och riskhantering

Riskhantering utgör en integrerad och grundläggande del av Sophiahemmets ledningssystem. Arbetet syftar till att systematiskt identifiera, analysera och hantera risker som kan påverka patientsäkerhet, kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet.

Risکانالys genomförs regelbundet och är obligatoriskt vid förändring av processer som bedöms ha en väsentlig påverkan på verksamheten. Därutöver utförs risکانالys vid förändrade arbetssätt, organisationsförändringar samt vid införande av nya metoder. Syftet med analyserna är att bedöma sannolikhet och konsekvens av identifierade risker samt att ta fram och prioritera riskreducerande åtgärder.

Samtliga verksamheter bedriver ett kontinuerligt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på att utveckla och stärka processer, metoder, rutiner och arbetssätt. Som stöd i detta arbete används PDCA-cykeln (Planera, Genomföra, Följa upp, Förbättra), vilket säkerställer en strukturerad uppföljning och ett långsiktigt lärande.

Under 2025 risکانالysades följande processer:

- Neddragningen av vårdplatser (Vårdavdelningen).
- Expansion och ökad pålistning av patienter (Husläkarmottagningen)
- Inrättande av biträdande verksamhetschef på Försäkringsmottagningen och Hälsocentralen
- Byte av befintligt boknings- och salsplaneringssystem från server- till molnbaserad (Vårdavdelningen)

### Leveransproblem av produkter och läkemedel

Restsituationer har uppstått och kommer att uppstå till följd av globala leveransproblem eller brist på verksamma ämnen. Chefläkare uppdateras regelbundet om situationen och återkopplar till verksamheterna.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Resultat och erfarenheter från verksamheten används systematiskt som underlag för analys och lärande och diskuteras på olika mötesfora. Detta arbete är en integrerad del av det fortlöpande förbättringsarbetet och syftar till att skapa förståelse för vad som bidrar till goda vårdresultat. Alla Sophiahemmet ABs vårdprocesser behöver kontinuerligt utvecklas och förändras i takt med att nya behov uppstår. Tätare intern samverkan för att hitta synergieffekter, gemensamma arbetssätt och utbyte av kompetens har därför initierats.

## Klagomål och synpunkter

2025 inkom följande klagomål från patienter och anhöriga:

Sophiahemmets e-tjänst för synpunkter på vården:

103 st klagomål (50 st 2024 och 22 st 2023).



Av dessa berörde 90 st Husläkarmottagningen (38 st 2024 och 15 st 2023).

Ärendena skilde sig åt men där bemötande sticker ut vilken kan ha orsak i att patient och vårdgivare inte är överens om vårdplan eller läkemedelsordination. Klagomål har också rört fakturahantering, dataskyddsfrågor och önskemål om att lista sig på ny doktor.

Husläkarmottagningen har under året aktivt styrt klagomål och andra ärenden från telefon, mejl och reception till e-tjänsten för att på ett bättre sätt kunde dokumentera och analysera ärendena.

Då BankId används ökar sannolikheten för att hantering av personuppgifter. Detta har ej kunnat identifierats några patientsäkerhetsrisker i dessa klagomål.

Tre klagomål berörde Försäkringsmottagningen och ett Hälsocentralen.

Nio övriga ärenden vidarebefordrades till övriga vårdgivare.

Vanliga synpunkter handlar om bemötande, önskemål om att byta läkare samt kontinuitet. Varje verksamhetschef har fått ta del och hantera det som berör deras verksamhet.

IVO och Lex Maria – Ett ärende på Försäkringsmottagningen Lex Mariaanmäldes under 2025.

Patientnämnden är en opartisk instans för klagomål gällande regionsfinansierad vård.

Verksamhetschefen ansvarar för att svara på ärendet och chefläkaren deltar i handläggningen vid behov. 2025 mottog Husläkarmottagningen sju ärenden (samma som 2024).

Chefläkare mottog under 2025 en handfull klagomål från patienter med synpunkter på bland annat bemötande och behandling. Alla ärenden har vidarebefordrats till berörd vårdgivare, hanterats och avslutats.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Sophiahemmet har en särställning som sjukhus och högskola med en gemensam och sammanhållen ledningsstruktur. Detta skapar goda förutsättningar för beslut, tydlig styrning och en hög grad av anpassningsförmåga i en omvärld som präglas av snabba förändringar.

Vardagen i hälso- och sjukvården påverkas av ökad komplexitet och osäkerhet.

Digitalisering och teknikutveckling medför nya möjligheter, men också ökade krav på cybersäkerhet, informations säkerhet och kontinuitetsplanering. Samtidigt påverkas verksamheten av förändrade politiska beslut, justeringar i vårdval och ersättningsmodeller.

Mot denna bakgrund bedriver Sophiahemmet ett systematiskt och kontinuerligt arbete med omvärldsanalys, riskbedömningar och beredskapsplanering. Särskild vikt läggs vid organisationsförändringar, införande av nya arbetssätt och förändringar som kan påverka patientsäkerhet, arbetsmiljö eller informations säkerhet. Arbetet syftar till att säkerställa stabilitet, trygghet och hållbarhet även i ett föränderligt läge.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### Strategi 2040

Sophiahemmets sjukhus är en central del av koncernen och utgör en unik integrerad miljö där utbildning, forskning och hälso- och sjukvård samspelar. Strategi 2030 som Sophiahemmet AB antog 2023 har legat kvar under 2025 men ett arbete med sikte på 2040 har initierats. Strategi 2040 ska långsiktigt befästa vår position som vårdaktör med högsta medicinska kvalitet, korta väntetider och

stark innovationskraft. För att nå detta mål behövs en tydlig riktning och ett stärkt samarbete inom våra egna vårdverksamheter med fokus på kvalitet, arbetsmiljö och effektivisering.

Vi behöver möta en omvärld med ökade vårdbehov, teknologisk omställning och hårdare konkurrens där fler patienter med större behov ska tas om hand av färre medarbetare. Ökad konkurrens och brist på arbetskraft i kombination med ekonomiska och politiska faktorer skapar osäkerhet vilket kräver att digital omställning och utveckling av nya affärsmodeller behöver adresseras.

Under budgetarbetet inför 2026 stod det klart att Sophiahemmet vårdenhet har fortsatt låg beläggning på grund av minskad efterfrågan på heldygnsvård med samtidigt höga fasta kostnader.

#### **Frågor som ligger framför oss för 2026 är:**

- Ytterligare dimensioneringsanpassa vårdplatser och omvårdnadspersonal på vårdavdelningen. Platserna dras ned från 30 till 20 (+4 extra vid behov) under Q1 2026
- Ny affärsmodell för dagkirurgiska ortopedpatienter implementeras under Q1 2026 och ytterligare nya eller anpassade modeller behöver utvecklas
- Fortsatt samverkan med högskolan och NKSE för sjuksköterskor (nationell klinisk slutexamination)
- Fortsatt expansion på Husläkarmottagningen där digitala stöd kommer implanteras för att avlasta vårdpersonalen administrativt och därmed förbättra arbetsmiljön.
- Investering i digitala verktyg och processer på Försäkringsmottagningen för bättre effektivisering och affärsnytta
- Bättre utnyttjande av personalresurser inom Sophiahemmet ABs fyra egna enheter
- Se över nya affärsmodeller för patientvård i samverkan mellan Husläkarmottagningen och vårdenheten som exempelvis vård i hemmet
- Se över nya affärsmodeller för patientvård och hälsoundersökningar i samverkan mellan Hälsocentralen och Försäkringsmottagningen, som ex. ny kombinerad typ av hälsoundersökning samt kunna ta emot helprivata kunder med vissa diagnostyper
- Utvecklingsinriktning digitalisering och AI
- Fortsatt arbete med kompetensmatrisen i personalsystemet Flex HRM och utveckla strategisk kompetensförsörjning.
- Strategi 2040 - ett långsiktigt arbete framåt om att förutse förändringar i vården, utbildningen och fastighetsbehoven. Identifierade fokusområden är AI och innovation, nära och digifysisk vård, kompetens och livslångt lärande, hållbarhet och ansvar samt ekonomisk stabilitet.