

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

Danderyds sjukhus AB

År 2023, version 1.0



Syfte

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.



Källa:

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

Innehåll

Syfte	2
Fakta om DSAB.....	5
Grundläggande förutsättningar för en god och säker vård	5
Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Kvalitetspolicy	6
Verksamhetsplanering	6
Vård av god kvalitet	7
Hållbar och attraktiv arbetsgivare	7
Ekonomi balans - åtgärdsprogram för ekonomi i balans.....	8
Sjukhusets styrkort.....	8
ISO-certifierat kvalitet- och miljöledningssystem.....	9
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	9
En god säkerhetskultur	10
Patientsäkerhetskultur.....	10
Systematiskt arbetsmiljöarbete	11
Adekvat kunskap och kompetens	14
Klinisk träning och yrkeskompetens	14
Bemanning, schemaläggning och inhyrd personal	14
Samverkan för god och säker vård.....	14
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.....	14
Ökad kunskap om inträffade vårdskador.....	15
Medarbetarrapporterade vårdavvikelser	15
Händelseanalyser och Lex Maria	16
Strukturerad journalgranskning.....	17
Patient- och närstående rapporterade synpunkter och klagomål	17
Riskhantering och förebyggande patientsäkerhetsarbete	18
Agera för säker vård.....	19
Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner.....	19
Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, BHK	20
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI).....	20
Odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier	21
Egenkontroll vårdhygienisk standard	22
Trycksårsprevention.....	23
Fallprevention	23
Säker ordination och hantering av läkemedel.....	24
Läkemedelsförsörjning.....	25
Läkemedelshantering.....	25
Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel	26

Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen.....	27
Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel	27
Strama	28
Katastrofmedicinsk beredskap.....	29
IT-säkerhet	30
Medicintekniska produkter	31
Systematiskt miljöarbete	33
Strålsäkerhet	34
Systematiskt säkerhetsarbete.....	36
Brandsäkerhet.....	36
Fysisk säkerhet	37
Informationssäkerhet.....	37
Oplanerad återinläggning i slutenvården	39
Återinläggning inom 30 dagar, alla patienter	39
Agera för personcentrerad vård	40
Patientnöjdhet och medskapande.....	40
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	41
Om den här rapporten	43

Fakta om DSAB

Danderyds sjukhus i siffror

- ISO-certifierade enligt ISO 9000:15 sedan 2016
- Omsätter 6,5 miljarder kronor
- 4 500 medarbetare
- 2 000 studenter
- 500 vårdplatser
- 90 000 akutbesök
- 430 000 besök i öppenvården
- 25 000 operationer
- 46 000 vårdtillfällen i slutenvård
- 5 500 förlossningar

Grundläggande förutsättningar för en god och säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet vid Danderyds sjukhus har sjukhusets styrelse tillsammans med VD och ledningsgruppen. Som samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete verkar sjukhusledningens stabsfunktioner; där till exempel chefläkare, chefsjuksköterska och operativ direktör är centrala funktioner. Sjukhusledningens stab ger stöd till hela sjukhuset med samordning, rådgivning, processutveckling, utbildning och uppföljning inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet samt leder olika nätverk, expertgrupper, rådsforum och utvecklingsarbeten. Expertfunktioner inom Vårdhygien Stockholm samt klinisk farmaceut är knutna till sjukhuset genom uppdrag. Uppdraget som Strama-läkare innehas av en infektionsläkare.

Varje verksamhetsområde inom sjukhuset har olika stödfunktioner inom vårdkvalitet, patientsäkerhet och kompetensutveckling. Exempel på definierade roller är kvalitetsutvecklare, utbildningsansvarig, patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare

och läkemedelsansvarig läkare. De har även sjukhusövergripande uppdrag som utförs i nätverk och arbetsgrupper.

För sjukhusövergripande uppdrag finns flertalet olika råd inom olika områden till exempel läkemedel, fallprevention, vårdhygien, palliativ vård, sårbehandling och informatik. Kvalitetsråden upprättar årliga handlingsplaner som konkretiserar vad som ska utföras. Arbetsgrupper med sjukhusövergripande uppdrag för att förbättra metoder inom patientsäkerhet finns inom händelseanalysmetoden, riskanalysmetoden, patientsäkerhetskultur och vårdavvikelsehantering. Dessa arbetsgrupper har liknande arbetssätt som kvalitetsråden som beskrivits ovan. Alla medarbetare har ett ansvar att delta i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, att medverka i riskbedömning, avvikelserapportering och i arbetet med resultatuppföljning i sjukhusets pågående förbättringsarbete.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Kvalitetspolicy

Alla som möter Danderyds sjukhus ska känna att de är i trygga, säkra händer.

Detta uppnår vi genom:

- Personcentrerad och högkvalitativ vård
- Smidiga processer och hållbar utveckling
- Forskning, innovation och utbildning
- Professionella och engagerade medarbetare
- Aktivt och utvecklande ledarskap

Verksamhetsplanering

Danderyds sjukhus är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för akut och planerad somatisk specialistsjukvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning. Sjukhuset styrs dels av Regionfullmäktiges beslut om mål och budget för år 2023 med de mål och indikatorer som fullmäktige gett sjukhuset, dels av akutsjukhusets avtal med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och de mål och indikatorer avtalet gett sjukhuset.

Den övergripande målbilden för Danderyds sjukhus utgörs av Region Stockholms långsiktiga mål och Region Stockholms vision: För en jämlik, öppen, hållbar och konkurrenskraftig Stockholmsregion där invånarna ges likvärdiga livschanser och hög livskvalitet.

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav. Riskhantering som påverkar sjukhusets förmåga att nå målen utgör också en central del i planeringen. Riskanalys görs regelbundet, och i samband med olika verksamhetsförändringar, vilka bland annat ställs samman på sjukhusnivå till den interna kontrollplanen.

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav. Danderyds sjukhus har identifierat tre centrala strategiska åtgärdsområden som bedöms ha störst påverkan på resultatet utan inbördes prioritering:

- **Vård av god kvalitet**, fokus på att arbeta med de stora patientprocesserna och att förbättra det akuta vårdflödet genom sjukhuset
- **Hållbar och attraktiv arbetsgivare**, med fokus på att stärka ledarskapet, kompetensförsörjning och att förbättra arbetsmiljön
- **Ekonomi i balans**, åtgärdsprogram för ekonomi i balans

Vård av god kvalitet

Nya arbetsätt och vårdformer behöver utvecklas i allt snabbare takt. Andelen patienter med omfattande vårdbehov och patienter i behov av specialiserad vård ökar på akutsjukhusen. Multisjuka äldre som besöker akutmottagningen ska kunna hänvisas direkt till geriatriken. Under 2023 har arbete skett för att förbättra kvaliteten i vården genom bland annat stärkt fokus på flödesutjämnande åtgärder både inom akuten och inom slutenvården.

E-hälsa och digital utveckling är viktiga integrerade delar av kärnverksamhetens processer och behöver vara nära knutna till vårdens utförande. Ökad automatisering och robotisering, ökat användande av AI samt utveckling av digitala stöd till medarbetare och möjlighet att erbjuda digifysisk vård möjliggör effektiviserade arbetsätt.

Samverkan i nätverkssjukvården med kommunen och primärvården blir allt viktigare, där fysiska besök och e-tjänster är naturliga delar av vårdutbudet och förutsättningar för att forskning och utbildning integreras. Utökad samverkan med primärvården blir naturligt via till exempel ökad konsultverksamhet när husläkarmottagningarnas roll som navet i hälso- och sjukvården förstärks. Vårdkedjor för sammanhållen vård samplaneras inom sjukhuset, mellan sjukhusen, med andra vårdgivare, närukuten, primärvård och kommuner för kortare ledtider, med särskilt fokus på sammanhållen vård för multisjuka äldre.

Hållbar och attraktiv arbetsgivare

Medarbetarna med sin kunskap, erfarenhet och kompetens är sjukhusets viktigaste resurs. Kompetensförsörjning och att bli en mer attraktiv arbetsgivare för att kunna rekrytera, behålla och utveckla medarbetare är av stor vikt, liksom utökad kompetensväxling för att klara kompetensförsörjningen.

Det har under år 2023 pågått ett intensivt arbete med att samordna en kraftig reducering av inhyrd personal inom Region Stockholm. Sjukhuset prioriterar satsningen på egen personal för att få bättre kontinuitet och högre kompetens. Med egna medarbetare kan verksamheten vidareutvecklas och en långsiktig vårdkontakt säkras. Målet är en bättre arbetsmiljö för medarbetarna samt en säkrare och tryggare vård för patienterna. Arbetet har varit väldigt framgångsrikt under år 2023. Antalet sjuksköterskor har ökat under året vilket möjliggjort minskningen av inhyrd personal.

Ekonomi balans - åtgärdsprogram för ekonomi i balans

Med utgångspunkten att värna kärnverksamheten ska effektiviseringar säkerställa en ekonomi i balans. Under året har verksamhetsområdena arbetat med åtgärder för att nå ett resultat i balans. Fokus har varit på att minimera dyra bemanningslösningar och att hålla en hög vårdproduktion. Sjukhuset stämmer regelbundet av resultatmässig avvikelse mot budget och arbetar med åtgärdsplaner som ett levande verktyg, som ständigt behöver anpassas efter resultatutvecklingen. Åtgärdsprogrammet har en definierad tidsplan med ansvariga och följs upp löpande avseende status och måluppfyllelse.

Sjukhusets styrkort

En viktig utgångspunkt för verksamhetsplaneringen är den vision och mål som ägarna (Regionfullmäktige) har formulerat för sjukhuset, trender och händelser i omvärlden, sjukhusets övergripande intressentanalys och bindande krav samt det sjukhusavtal som Danderyds sjukhus har tecknat med beställaren (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen). Justeringar görs med hänsyn till förändringar och trender i omvärlden och från sjukhusets kravställare. Även risker som påverkar sjukhusets förmåga att nå målen är en viktig del i planeringen.

Utifrån visionen, den långsiktiga målbilden och strategin utarbetar sjukhuset en verksamhetsplan med specifika mål och indikatorer för det kommande året. Dessa mål samlas i sjukhusets styrkort. Styrkortet utgår från Regionfullmäktiges perspektiv och målbilder: Behovsstyrd hälso- och sjukvård av god kvalitet (Patientperspektivet), En hållbar regional utveckling (Hållbarhetsperspektivet), God och hållbar arbetsgivare (Medarbetarperspektivet) samt God ekonomisk hushållning (Ekonomiperspektivet). Utöver detta har sjukhuset även ett styrkort för FoUU-perspektivet. Målen i styrkortet är mätbara och bidrar till att Danderyds sjukhus uppfyller ägarnas och beställarnas krav på sjukhuset.

Sjukhusets mål bryts i nästa steg ner till varje verksamhetsområde. Detta arbete gör ledningen för respektive verksamhetsområde. Verksamhetsområdets plan baseras på målen i sjukhusets styrkort och utgör verksamhetsområdets bidrag till att sjukhuset uppnår målen. Verksamhetsområdets plan innehåller aktiviteter med definierad tidplan och ansvarig. Aktiviteterna syftar till att verksamhetsområdet uppnår sina mål samt att sjukhuset uppnår de sjukhusövergripande målen. Vidare utgör verksamhetsområdets plan ett viktigt underlag för chef och medarbetare som tillsammans ska bryta ned planen till meningsfulla mål och aktiviteter vid den egna enheten. Genom att ta fram lokala mål och aktiviteter på respektive enhet kan medarbetarna delaktiggöras i arbetet med att nå sjukhusets övergripande mål.

ISO-certifierat kvalitet- och miljöledningssystem

Det övergripande syftet med ett certifierat ledningssystem är att öka kvaliteten och patient-säkerheten samt förebygga eller mildra negativ miljöpåverkan. På årlig basis genomförs extern revision av ledningssystemet som syftar till att granska överensstämmelsen och efterlevnaden av kraven i de olika standarderna. De externa revisionerna bidrar till ett värdefullt lärande i det ständiga utvecklingsarbetet av inom sjukhuset. Såväl ledningsstöd och kärnprocesser ingår i den externa revisionen. Certifikatet ger bekräftelse på att ledningssystemet motsvarar kraven.

Danderyds sjukhus har varit kvalitetscertifierat sedan år 2016, och är fortfarande det enda akutsjukhuset i Sverige som har certifierat samtliga delar i verksamheten. Sjukhuset har varit miljöcertifierat sedan 2003.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Systemstöd för kvalitetsuppföljningar, analys och visualisering

En central och viktig del i sjukhusets kvalitetsarbete är att skapa förutsättning för resultatbaserad utveckling av vårdens processer genom välstrukturerad och systematisk uppföljningsmodell. Som ett led i detta har sjukhusets kvalitetsledningssystem utvecklats aktivt under flera års tid.

Danderyds sjukhus använder i första hand statistikverktyget Qlik (View och Sense) för att analysera och visualisera utdata genom utsökning från olika patientinformationssystem. Aktuella utdata och resultat kan därmed visas kontinuerligt genom bearbetade applikationer, främst utifrån strukturerad vårddata. Även ett webbaserat systemstöd, Rapportor, används med främsta syfte att underlätta inrapportering av data i samband med olika kvalitetsuppföljningar. Systemet möjliggör uppföljning av resultat över tid och ger förutsättningar för analys av data genom specialdesignade rapporter. Resultatrapporterna autogenereras i samband med inmatning av data, vilket möjliggör snabb återkoppling och visualisering av resultat. Eventuellt förbättringsarbete kan därmed initieras direkt i vårdverksamheterna. Samtliga kvalitetsuppföljningar som genomförs som så kallade punktprevalensmätningar (tvärsnittsstudier) har designats i det webbaserade systemstödet Rapportor. Flertalet strukturerade egenkontroller har utarbetats och ingår i årsplanen för kvalitetsuppföljning.

Resultatuppföljning

Verksamheterna redovisar kvalitetsresultaten regelbundet vid tertial- och årsbokslut samt vid uppföljningar av verksamheternas styrkort. Sjukhusledningen har muntliga verksamhetsuppföljningar med kvalitetsfokus minst tre gånger per år med samtliga verksamheter. På sjukhusövergripande nivå har sjukhusets ledningsgrupp en strukturerad uppföljning utifrån ett årshjul för uppföljning, analys och beslut, som innebär att de viktigaste avvikelserna från mål inom alla områden respektive risker på sjukhusnivå identifieras och beslut om åtgärder fattas. Dessa rutiner säkerställer ett systematiskt arbetssätt som förebygger risker, identifierar förbättringsmöjligheter och korrigerande åtgärder vidtas, vilket ökar sjukhusets möjligheter att nå uppställda mål och gällande krav.

Risker, tillbud och vårdskador följs upp genom inrapporterade vårdavvikelser från medarbetare och patienter/närstående. Analysteamerna inom varje verksamhetsområde, (patientsäkerhetscontrollers, patientsäkerhetsläkare och med kvalitetsutvecklare och läkemedelsläkare som adjungerade) har i uppdrag att granska verksamhetsområdets patientsäkerhet på verksamhetsområdesnivå. De initierar fördjupade analyser där de ser behov i samband med rapporter om frekventa eller allvarliga vårdavvikelser. De bidrar också i uppföljningsarbetet av de handlingsplaner inom kvalitet och patientsäkerhet som är beslutade av respektive verksamhetschef.

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhetskultur

För att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador behövs en stark säkerhetskultur. Säkerhetskultur handlar om allas individuella förhållningssätt, attityder till varandra och gemensam uppmärksamhet kring risker i hälso- och sjukvården.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) är en undersökning angående patientsäkerhet som genomförs varje år i samband med medarbetarenkäten.

Mål 2023

Alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur.

Alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet.

Resultat

88 procent av alla som besvarade medarbetarundersökningen år 2023, svarade på HSE-frågorna. Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 har ökat något till 75 enheter, jämfört med 74 år 2022.

Analys

De verksamheter som har bäst resultat har arbetat med att göra patientsäkerhetsarbetet mer synligt. Att uppmuntra till risk- och avvikelserapportering och fokusera på systemfel för att förebygga att det händer igen är en nyckel.

Den fråga som får sämst resultat är frågan om vi erbjuder patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete (oförändrat från föregående år).

Akutmottagningen har en stor utmaning med mycket högt antal patienter som söker vård, samtidigt som tillgången till slutenvårdsplatser är otillräckligt. Detta skapar återkommande situationer med crowding som kan förklara lägre HSE-resultat inom verksamheten.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Satsningen med att alla chefer samt vissa nyckelfunktioner ska ha genomgått Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet fortsätter.

Flera verksamheter har startat olika former av reflektionsmöten så som ”Gröna korset” och ”Fånga passet”. Även reflektionsledarutbildningar har prioriterats.

Planerat förbättringsarbete 2024

Att förbättra säkerhetskulturen är ett långsiktigt och ständigt pågående arbete. Alla enheter står inför olika utmaningar och upprättar individuella handlingsplaner som detta år även kommer präglas av den omorganisation både i vårdverksamheter och centrala staber som genomförts vid årsskiftet 2023–2024.

För att stärka arbetet med vårdkvalitet, patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur ändras arbetssättet kring dessa frågor för sjukhusets ledning från årets start. Ett Taktiskt forum har instiftats och hanterar vårdkvalitet- och patientsäkerhetsfrågor som berör fler än ett verksamhetsområde. Även patientsäkerhetsdialoger införs. Syftet med dialogerna är att följa upp kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna genom besök av sjukhusledningen, management by walking around.

Många verksamheter arbetar aktivt med att förbättra rapportering och handläggning av vårdavvikelse samt att tydliggöra att det handlar om förbättringsarbete. Centralt på sjukhuset har även introduktionsutbildning för chefer återupptagits och där är patientsäkerhet en del av programmet.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Det systematiska arbetsmiljöarbetet är en av grundpelarna för att skapa en god och säker arbetsplats för att förebygga ohälsa och arbetsskador. Det är arbetsgivarens ansvar att arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet och det innebär bland annat att undersöka och åtgärda risker i verksamheten, följa upp om åtgärder haft avsedd effekt samt att arbeta förebyggande för att skapa en trygg och säker arbetsmiljö.

På Danderyds sjukhus är det systematiska arbetsmiljöarbetet integrerat i verksamhetsstyrningen, på ett organiserat och systematiskt sätt och ständigt pågående. Alla på arbetsplatsen har ett ansvar för att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och tillsammans bidra för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

Mål 2023

De uppsatta målen för arbetsmiljö 2023 följer Regionfullmäktiges mål. Målen mäts i den regiongemensamma medarbetarundersökningen bland annat genom att mäta olika kriterier, som hållbart medarbetarengagemang (HME), andel medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete, andel sjukfrånvaro och personalomsättning. I 2023 års uppföljning har också frågor om organisatorisk och social arbetsmiljö tagits med.

Resultat

Resultatet från 2023 års medarbetarundersökning visar på en positiv utveckling av samtliga frågor kopplat till hållbart medarbetarengagemang. Regionens målvärden inom området har uppnåtts inom varje del avseende motivation, ledarskap och styrning. Index för hållbart medarbetarengagemang (HME) uppgick till 81, vilket är en förbättring från föregående års resultat som uppgick till 76 (regionens mål =79). Resultatet för frågor som rör motivation där uppgick index till 81 (regionens mål =79), ledarskap där index uppgick till 83 (regionens mål=78) samt styrning, där index uppgick till 79 (regionens mål =76).

Regionens mål om sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid är 6,0 procent. Vid Danderyds sjukhus uppgick den till 6,9 procent, vilket är en minskning i jämförelse med år 2022 då den uppgick till 7,9 procent. Sjukfrånvaron närmar sig 2019 års nivåer då sjukfrånvaron uppgick till 6,4 procent.

Även korttidsfrånvaron (1–14 dagar) minskade från 4,03 procent 2022 till 3,28 procent 2023. Korttidsfrånvaron minskade totalt under året med 19 procent. Långtidssjukfrånvaron (över 90 dagar) har minskat med 28 procent totalt över året. Totalt över året har sjukfrånvaron sjunkit bland både män och kvinnor; minskningen för män uppgår till 21 procent och för kvinnor till 12 procent.

Antalet anmälda arbetsmiljöavvikelser uppgick till 1420 anmälningar, varav 376 tillbud och 395 anmälda skador/sjukdomar samt 649 anmälningar som avser risk för att en händelse kan inträffa. I jämförelse med år 2022 då avvikelserna uppgick till 1418 anmälda avvikelser är resultatet i stort sett oförändrat. Flest avvikelser handlar om arbetsorganisation, arbetsbelastning och kroppsliga skador. Av de kroppsliga skadorna har flest anmälningar avsett stick- och skärskador med risk för smitta.

Analys

Årets medarbetarundersökning visar på positiva siffror kring både ett hållbart medarbetarengagemang och en minskad sjukfrånvaro i jämförelse med föregående års resultat. Trots detta behöver Danderyds sjukhus uppmärksamma de utmaningar som sjukhuset fortsatt står inför som handlar om såväl utveckling av verksamheter som att minska kostnaderna. De förändringar som behöver vidtas kräver ökat fokus på kärnupdraget, nytänkande och förändrade arbetsätt. Detta kan innebära att styrning och ledarskapsfrågor får mindre prioritet och i förlängningen påverka arbetsmiljön för medarbetaren.

Även om sjukfrånvaron sjunker, är det viktigt att fortsätta utveckla och arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet, stärka cheferna, fortsätta med insatser för att minska sjukfrånvaro och öka frisknärvaro på både kort och lång sikt. Ytterligare insatser behöver göras för att effektivisera rehabiliteringsarbetet. Detta bör ske både genom att skapa system för att långtidssjukskrivna ska ges möjlighet att komma tillbaka i arbete och genom att stötta chefer i att kunna upptäcka tidiga signaler på ohälsa så att rätt insatser kan vidtas. Att chefer har kontroll på upprepade korttidssjukfrånvaro är en viktig förutsättning för en väl fungerande rehabiliteringsprocess.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Minska sjukfrånvaron samt öka frisknärvaron på kort och lång sikt

Danderyds sjukhus fick under 2023 medel från Region Stockholm som gjorde det möjligt att driva flera insatser för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö med fokus på ökad hälsa, förebyggande av ohälsa och minskad sjukfrånvaro. De insatser som har gjorts för att minska sjukfrånvaro och öka frisknärvaro på kort och lång sikt är bland annat att förstärka arbetsmiljökompetensen hos chefer och skyddsombud inom områdena systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) samt arbetsplatsinriktad rehabilitering.

Vidare har hälsoscreening erbjudits för undersköterskor och AT-läkare med uppföljande aktiviteter, förebyggande insatser i form av aktivitetsprogram samt intern rådgivning för HR-partners och chefer i syfte att förstärka kompetensen inom rehabiliteringsprocessen. Aktiviteter för att förbättra den fysiska arbetsmiljön har också genomförts, bland annat genom bullerkartläggningar och inköp av förflyttningshjälpmedel. Utöver detta har flertalet friskvårdinsatser erbjudits i form av inspirationsföreläsningar, utbildningar och riktad handledning.

Utveckla inkluderande arbetsplatser som är fria från kränkningar, trakasserier och diskriminering

Danderyds sjukhus följer noga region Stockholms riktlinjer och metodstöd inom området utsatthet och har under år 2023 genomfört ett flertal insatser inom projektet hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. Insatser har genomförts i form av utbildning, teamutveckling och handledning där det funnits behov.

Öka säkerhet och trygghet samt kompetens hos medarbetarna gällande hot och våld

Satsningar inom området utsatthet (kränkande särbehandling, trakasserier, sexuella trakasserier samt hot och våld) har fortsatt under år 2023 bland annat genom att stärka kompetensen inom området hot och våld med utbildningar, seminarier och möjligheter att utbilda instruktörer inom VR-teknik. VR utbildningen syftar till att erbjuda medarbetare möjlighet att träna utmanande situationer med hot och våld. Danderyds sjukhus fick i mars månad 2023 VR-utrustning installerad och har hittills skickat 28 medarbetare till handledare/instruktörsutbildning. Flera verksamhetsområden har startat övningar med utrustningen med ökande intervaller.

Region Stockholm har kompletterat arbetsmiljöutbildningen för chefer med en e-utbildning inom hot och våld samt inspelade seminarier i syfte att öka kompetensen inom konflikthantering, hot och våld samt bemötande av patienter och anhöriga.

Utveckling av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Den regionsgemensamma processen för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) genomfördes första gången år 2022. Inför år 2023 års uppföljning har frågorna justerats. Region Stockholm har också justerat delar av den obligatoriska arbetsmiljöutbildningen (e-lärande). De kursavsnitt som har bearbetats är "Introduktion i arbetsmiljöarbetet" samt "Systematiskt arbetsmiljöarbete inklusive riskbedömning".

Arbete med att ytterligare stärka kunskaperna hos chefer och skyddsombud inom det systematiska arbetsmiljöarbetet pågår kontinuerligt inom Danderyds sjukhus och fortsätter under år 2024.

Planerat förbättringsarbete 2024

Projekt Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Regionstyrelsen har avsatt medel för 2024, för att nämnder och bolag ska fortsätta att arbeta aktivt och systematiskt med den fysiska, sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Danderyd sjukhus har blivit beviljad medel för projektet *Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö*. Påbörjade insatser kommer därmed att fortsätta under år 2024 och planeras utifrån tre delområden:

- Förstärka arbetsmiljökompetensen och kvalitetssäkra arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), Organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) och arbetslivsinriktad rehabilitering för chefer, skyddsombud och HR-partner.
- Minska sjukfrånvaron genom inriktning mot arbetslivsinriktad rehabilitering och träning för chefer att agera på tidiga signaler för ohälsa. Fokus kommer att läggas på att fortsätta få ner sjuktalen genom att vidta främjande, förebyggande och efterhjälpande insatser både för kort- och långtidssjukfrånvaron.
- DS satsar friskt är det tredje delområdet som kommer att fortsätta under 2024. Danderyds sjukhus strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare bland annat genom att erbjuda sjukhusövergripande insatser i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Övriga planerade förbättringsarbeten

Från och med den 1 januari 2024 gäller ett nytt avtal i Region Stockholm för företagshälsovårdstjänster. Ny leverantör är Falck Sverige AB. För tjänsten konflikthantering kvarstår Feelgood Företagshälsovård AB som leverantör. I samband med denna implementering kommer samtliga rutiner och beställning av tjänster att ses över.

Utöver ovanstående planeras både sjukhusövergripande och lokala insatser för att förbättra och stärka arbetsmiljön inom sjukhuset. Planerade insatser är bland annat en ny introduktionsutbildning för chefer, översyn av verktyg och tjänster för att effektivisera och förenkla riskbedömningar och undersökning av arbetsmiljön samt ett arbete med att se över möjligheterna till digitala verktyg inom det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Adekvat kunskap och kompetens

Samverkan för god och säker vård

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Inom sjukhuset fortgår implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som är en del i nationell och regional kunskapsstyrning. På organisationsförändringar har arbete delvis modifierats.

Planerat förbättringsarbete 2024

Ökad kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Medarbetarrapporterade vårdavvikelser

En av grundpelarna i patientsäkerhetsarbetet är att risker och avvikelser uppmärksammas och rapporteras. Alla medarbetare kan rapportera dessa i avvikelssystemet HändelseVis. Alla nya chefer får utbildning i handläggning av avvikelser och alla nya medarbetare får obligatorisk undervisning i att rapportera vårdavvikelser i sitt introduktionsprogram.

Första linjens chefer är mottagare av alla inrapporterade avvikelser och är ansvariga för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för hanteringen av vårdavvikelser inom sitt verksamhetsområde.

Varje verksamhetsområde har också en analysgrupp för vårdavvikelser som består av patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare samt ibland kvalitetsutvecklare, läkemedelsläkare, miljöhandläggare och utbildningsledare. Gruppen har uppdraget att stötta första linjens chefer i analysarbetet samt månadsvis identifiera allvarliga och/eller ofta förekommande avvikelser inom sitt verksamhetsområde för vidare rapport till ledningens genomgång i sjukhusledningen tre gånger per år. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada initieras en utvidgad utredning som beslutas av verksamhetschefen. Om flera olika verksamhetsområden är involverade i händelsen bidrar chefläkaren till att ta fram ett gemensamt uppdrag för analys som sedan godkänns av samtliga involverade verksamhetschefer.

Mål 2023

Målet är varje år att öka antalet rapporterade vårdavvikelser per år och anställd. Ett ökat antal vårdavvikelser kan naturligtvis visa på fler inträffade händelser eller risker men tyder också på en förbättrad patientsäkerhetskultur med medarbetare som uppmärksammar de risker och händelser som finns i verksamheterna.

Resultat

Antalet rapporterade vårdavvikelser 2023 är 6 008, vilket innebär 1,31 vårdavvikelser per årsanställd och en liten ökning jämfört med föregående år.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Arbetet med att förbättra handläggningen av vårdavvikelser och förbättra återkopplingen till medarbetarna pågår på olika sätt över hela sjukhuset. Även insatser för att förbättra avvikelserapporteringen görs på flera håll.

För förbättrad samverkan mellan öppen- och slutenvård pågår arbeten med framtagande av handlingsplan för att minimera avvikelser kring återbesök.

Avvikelser som har samband med den bristande vårdplatssituationen rapporteras från flera olika verksamheter. En stor samlad åtgärdsplan genomförs på sjukhuset.

Många utbildningsinsatser grundar sig i inkomna vårdavvikelser. Exempel på detta är sårvårdsutbildning, rimlighetsbedömning av läkemedel och enkel läkemedelsgenomgång och palliativ vård.

Utveckling av rondarbete pågår med utarbetande av rondmallar. Även rapporteringsrutiner förändras med bedside-rapportering inom vissa verksamheter.

Flera riktlinjer har uppdaterats och nya har skapats. Ett exempel är ett pågående arbete med riktlinje kring identitetskontroller som grundar sig i en inträffad incident.

Planerat förbättringsarbete 2024

Sjukhuset kommer ha fortsatt stora insatser för att komma till rätta med vårdplatsbristen och crowding-situationen på akuten. Under början av året kommer en förenklad dokumentation av in- och utfarter i TakeCare att införas. Flera verksamheter planerar att arbeta med en översyn av in- och utskrivningsprocessen. Arbetet med att följa och agera på patienternas förändrade vitalparametrar med instrumentet NEWS kommer att intensifieras och på akutmottagningen finns nu förutsättningar för en implementering av NEWS.

Händelseanalyser och Lex Maria

Patientsäkerhetslag 2010:659 3 kap.

Om en rapporterad vårdavvikelse är allvarlig, det vill säga att en patient har drabbats eller kunde ha drabbats av en "vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit" ska en utvidgad utredning göras. Om utredningen uppfyller kriterierna för allvarlig vårdskada så har sjukhuset en skyldighet att anmäla händelsen till myndigheten Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt föreskriften lex Maria.

Mål

Att säkerställa högkvalitativa utredningar så att vi kan dra lärdomar av händelserna och genomföra åtgärder som eliminerar eller minskar risken för att en liknande händelse inträffar igen.

Resultat

Under 2023 utreddes 36 händelser av allvarlig karaktär. Av dessa bedömdes 27 vara risk för allvarlig vårdskada eller inträffad allvarlig vårdskada och anmäldes enligt lex Maria till IVO. Dessa siffror är ungefär desamma som föregående år. Flera av händelserna inträffade föregående år men har färdigställts 2023.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Processen för utredning av allvarlig händelse eller risk samt anmälan enligt lex Maria har uppdaterats och checklistor för analysledare har införts. Många verksamheter har genomfört förbättringsåtgärder efter utredningar som till exempel införande av nya checklistor som "Ryggcheck" och vätskebalanslistor på Ortopedkliniken och utvecklad rondmall på Kirurg- och Urologkliniken. På Kvinnokliniken har man utökad teamträningen för att öva kommunikation och Hjärtkliniken har infört introprogram för både ledningsläkare och underläkare som arbetar på akutmottagningen.

Planerat förbättringsarbete 2024

Under föregående år har flera nya patientsäkerhetscontrollers och patientsäkerhetsläkare, som utför händelseanalyser, tillträtt. För att öka kunskapen i metodiken för händelseanalyser samt säkerställa utredningar av hög kvalitet hos både nya och gamla analysledare planeras för utbildning i metodiken och i verktyget Nitha.

Strukturerad journalgranskning

Strukturerad journalgranskning används som utvärderingsmetod i flera av de mätningar som regelbundet genomförs på sjukhuset till exempel för att identifiera patienter med vårdrelaterade infektioner, som är i riskzonen för trycksår eller för att kartlägga följsamheten till olika rutiner. Metoden används också inom olika processer för att få ett kvalitetsutfall och identifiera förbättringsområden

Patient- och närstående rapporterade synpunkter och klagomål

Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi ska kunna förbättra och utveckla vår verksamhet. Patienter och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet genom 1177 e-tjänster, men det går också bra via brev eller telefon. Klagomål och synpunkter inkommer också via Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Varje verksamhet ansvarar för att utreda det inträffade och besvara anmälaren.

Den positiva återkopplingen från patienter och närstående kommenteras inte här.

Mål 2023

Målet var även i år att säkerställa att inkomna synpunkter utreds, besvaras inom rimlig tid och används som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Målet var också att öka tillgängligheten på ds.se så att fler patienter hittar rätt information om hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål till sjukhuset.

Resultat

Majoriteten av alla ärenden kommer direkt till verksamheterna via 1177. Alla inkommande ärenden analyseras tillsammans med medarbetarnas rapporterade vårdavvikelser och lämpliga åtgärder vidtas. Svar till patient eller närstående skickas normalt inom fyra veckor.

Antalet ärenden från Patientnämnden år 2023 var 239, vilket är en ökning jämfört med 215 ärenden år 2022. Antalet ärenden från Patientnämnden ökar varje år. Antalet IVO-ärenden år 2023 var 47, vilket också är en ökning jämfört med 2022 (31).

Analys

Att antalet ärenden ökar år från år beror sannolikt på att allt fler patienter/närstående har kännedom om att man kan framföra klagomål och att det är enkelt att göra via till exempel 1177, både direkt till vårdgivaren och till Patientnämnden.

Den vanligaste kategorin för patient- och närstående-rapporterade händelser är vård och behandling, till exempel frågor kring medicinsk bedömning och/eller behandling. Bristande bemötande och kommunikation är också vanligt förekommande.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Sjukhuset har ett etablerat och strukturerat arbetssätt för att hantera synpunkter och klagomål, både centralt på sjukhuset och i vårdverksamheterna. Justeringar i processen görs för att hanteringen ska vara så smidig och säker som möjligt och allt mer digital.

Under 2023 har förberedelser för övergång till Synpunkter och Klagomål via 1177 och det befintliga avvikelserapporteringsystemet HändelseVis inletts.

Flera verksamheter arbetar med förbättrat bemötande, information, kommunikation, tillgänglighet och delaktighet. En ökande trend vi ser är patienter som begär korrigeringar i journaltext.

Förbättring av rutiner sker hela tiden, bland annat har en rutin för dokumentation av röntgenutlåtanden vid förändrad bedömning arbetats fram. Synpunkter gällande besöksrestriktioner på Akutmottagningen har framkommit, men eftersom lokalytan ofta är överbelastad så har det inte varit möjligt att ta bort besöksrestriktionerna helt. Dock har pågått ett revideringsarbete av restriktionerna fortlöpande. Anestesikliniken har arbetat med ett tydliggörande av riktlinje för omhändertagande av barn.

Förbättringsarbetet gällande telefontillgängligheten till akutmottagningen har fortsatt tillsammans med sjukhusets informationsdisk och växel.

Planerat förbättringsarbete 2024

Ett ständigt förbättringsarbete pågår för att ytterligare förbättra och optimera hanteringen av synpunkter och klagomål samt öka de digitaliseringen av processen. Under 2024 förväntas en möjlighet att svara på ärenden till Patientnämnden digitalt införas i regionen.

Införande av Synpunkter och klagomål via 1177 och HändelseVis planeras. Det kommer bland annat innebära att patienterna hittar ingången för att lämna synpunkter och klagomål till Danderyds sjukhus på samma ställe i 1177 som för övriga akutsjukhus i regionen. Det anser vi är både en förbättring och förenkling för patienterna.

Riskhantering och förebyggande patientsäkerhetsarbete

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som minskar riskerna eller konsekvenserna av negativa händelser. En patientsäkerhetsrisk innebär att en vårdskada kan inträffa. Alla anställda ansvarar för att rapportera risker i respektive verksamhet i det IT-baserade avvikelshanteringssystemet HändelseVis, se stycket om vårdavvikelser. Inför förändrade arbetssätt, genomlysning av nuvarande arbetssätt och vid införande av nya metoder samt vid frekventa avvikelser inom samma område genomförs analyser för att identifiera dessa patientsäkerhetsrisker.

Mål

Öka antalet riskanalyser med fokus på patientsäkerhet på sjukhuset för att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Resultat

Antalet riskanalyser med helt eller delvis fokus på patientsäkerhet var 75, varav diarieförda var 25. År 2022 var motsvarande diarieförda riskanalyser 16.

Analys

Målsättningen att genomföra fler riskanalyser med patientsäkerhetsperspektiv inför förändringar i verksamheten har infriats.

Många risk- och konsekvensanalyser genomfördes i samband med minskningen av inhyrd personal samt inför sommar och jul/nyår. Riskanalyser har även genomförts inför minskat uppdrag för förlossningar och inför införande av digitala kallelser till röntgen.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Exempel på genomfört förbättringsarbete som kan härledas till genomförda riskanalyser:

- Utbildningsinsatser i enkel läkemedelsgenomgång.
- Arbete för att säkerställa att alla patienter har en slutenvårdsplats med larm och syrgas.
- Justering av elektiv vård i förhållande till andelen akut sökande patienter.

Planerat förbättringsarbete 2024

Risker kommer följas av sjukhusledningen genom kvalitet- och patientsäkerhetsdialoger och risker som berör fler verksamhetsområden kommer följas i taktiskt forum för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Ett mål är att riskanalyser ska vara en naturlig del av arbetet inför förändringar i verksamheten. Ett framtida mål är att öka patientmedverkan i sjukhusets riskanalyser.

Flera verksamheter kommer delta i riskanalyser i samband med att en ny vårdbyggnad öppnas 2025.

Agera för säker vård

Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner utgör ett stort hot mot patientsäkerheten och är en av de vanligaste vårdskadorna som drabbar patienter. Eftersom resistensutveckling mot antibiotika ökar, är det av yttersta vikt att dessa bakterier inte får spridning i samhället. För den enskilda patienten kan en vårdrelaterad infektion leda till ett ökat lidande av svårbehandlade infektioner som ibland också kan innebära ett kroniskt bärarskap av så kallade anmälningspliktiga resistent bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade sjukvårdskostnader och förlängda vårdtider.

Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, BHK

En grundläggande åtgärd för att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner samt förebygga smittspridning, är tillämpning av basala hygienrutiner och klädregler utifrån Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:10 "Basal hygien i vård och omsorg". Sedan år 2010 deltar Danderyds sjukhus i observationsstudier enligt en nationellt utarbetad metod, SKL, för att mäta följsamheten till basala hygienmetoder och klädregler. I syfte att öka medarbetarens lärande och reflekterande över den egna tillämpningen av basala hygienrutiner, har även kompletterande metoder och uppföljningsmodeller utvecklats på sjukhuset som självskattningsenkät, "kompisspaning" och olika digitala quiz. Viktigt att uppföljningarna skapar ett värde i form av lärande och förbättringsarbete.

Mål 2023: > 73 procent

Fokus för 2023 var att öka följsamheten till desinfektion före patientkontakt. Indikatorn "Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt" var 73 procent år 2022, och årets resultat var 65 procent vilket är en försämring. Följsamheten granskas genom observationsstudier, som har utförts 2 gånger under året.

Resultat: 65 procent

Ett stort antal observationer (1 594) har genomförts, vilket är mycket bra för lärandet. Resultatet av "Andel medarbetare som desinfekterade händerna före patientkontakt" blev totalt 65 procent vilket är en försämring jämfört med föregående år (73 procent).

Analys

Generellt sätt är metoden för mätning en subjektiv bedömning, vilket gör resultaten svåranalyserade. Sjukhuset har sedan många år valt att utbilda nya observatörer för varje mätning, i syfte att öka lärandet, vilket möjligen kan öka bedömningsvariationerna och försvåra analysen av resultat. Tolkningen av resultaten visar på överanvändning av handskar, vilket på ett felaktigt sätt leder till att desinfektionsmomentet inte alltid utförs.

Planerat förbättringsarbete 2024

Fortsatt fokus genom informationskampanjen #Förattvibryross avseende tillämplig av basala hygienrutiner som syftar till att motivera, sprida kunskap och stärka patientsäkerhetskulturen. Vidare att öka deltagandet på utbildningar inom det vårdhygieniska området, för att upprätthålla och stärka grundläggande vårdhygienisk kompetens.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)

Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra följsamhet till behandlingsrekommendationer för antibiotika och att minska bruket av bredspektrumantibiotika. Vid varje ordination av antibiotika måste förskrivaren registrera en ordinationsorsak. Från journalsystemet överförs sedan ordinationsorsak, diagnos, åtgärds-koder, riskfaktorer och vårdtillfälle till en databas. Med hjälp av rapportverktyget kan varje verksamhet skapa underlag som används i det egna förbättringsarbetet för att minska de vårdrelaterade infektionerna och öka följsamheten till antibiotikariktlinjerna.

Mål 2023 <4,3 procent

Resultat och analys

Resultat av incidensmätning från infektionsverktyget totala förekomsten av VRI var 3,7 procent vilket är en klar förbättring jämfört med tidigare år. De tre vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna är, annan vårdrelaterad infektion, ytlig postoperativ infektion och lunginflammation. Två valideringar av Infektionsverktyget utfördes under april och november 2022.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Sjukhuset har bland annat genomfört mätningar av följsamhet till handläggning av pvk, perifer venkateter, och uppmärksammat behov av ökad följsamhet till riktlinjer som ett led i att minska VRI. En övergång till minimalinvasiva kirurgiska metoder och till exempel förändring av metod för prostatabiopsi är exempel på förbättringsområden. Sjukhuset har deltagit i ytterligare en mätning av VRI under året, den europeiska mätningen ECDC, som genomfördes på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Varje verksamhetsområde har genom den mätningen fått ytterligare underlag till förbättringsarbeten gällande VRI och antibiotikaförskrivning.

Planerat förbättringsarbete 2024

Under 2024 utökas den påbörjade informationskampanjen #Förattvibryross avseende tillämplig av basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö som leder till det ska vara lätt att göra rätt. Vidare kommer fokus vara på att skapa förutsättningar för att medarbetare får tillgång till utbildning som tillhandahålls inom området för att säkerställa att utveckling och upprätthållande av grundläggande vårdhygienisk kompetens samt att tillse att riktlinjer och rutiner är korrekta, uppdaterade, kända och sökbara.

Odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier

Screeningodlingar vid inskrivning till slutenvården utgör en viktig rutin i det förebyggande arbetet av att minska smittspridningen av anmälningspliktiga resistenta bakterier, ARB. Patienter som har olika riskfaktorer som infarter, kroniska sår eller har varit i kontakt med vård i utlandet, ska odlas avseende ARB. Kvalitetsuppföljningarna som genomförts omfattar MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus aureus), ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) och VRE (vancomycinresistenta enterokocker) och utgår från Smittskydds handlingsprogram för Region Stockholm.

Mål 2023

Mer än 80 procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA ska vara korrekt intagningsodlade i samband med inläggning i slutenvården.

Resultat MRSA

Under året har två punktprevalensmätningar genomförts. Resultatet för årets mätningar 2023 visar att 74 procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA har odlats korrekt.

Analys

Verksamhetsområdenas resultat skiljer sig åt och det finns en tydlig trend att verksamheter som har arbetat med att kontinuerligt följt upp ARB-screening på vårdavdelningen har ett bättre resultat.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Reviderat beslutsstöd och stödmaterial, bland annat i form av fickkort, har implementerats utifrån det nya handlingsprogrammet i juni 2023. Verksamheter som har utsett en funktion som dagligen säkerställer genomgång av nyintagna patienter och identifierar behov av intagningsodling verkar få ett mer stabilt resultat.

Planerat förbättringsarbete 2024

Öka kunskapen om det regionala handlingsprogrammet för allmänpliktiga resistent bakterier genom att fortsätta att stödja verksamheterna med APT-material och beslutstöd.

Egenkontroll vårdhygienisk standard

Danderyds sjukhus utformade en egenkontroll för vårdhygienisk standard tillsammans med Vårdhygien Stockholm 2020 och den har genomförts sedan hösten 2021.

Syftet med egenkontroll vårdhygienisk standard är att uppnå och bibehålla en god hygienisk standard. Med en god hygienisk standard förebyggs vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning. Hygienisk standard utvärderas utifrån perspektiven personal, lokaler och utrustning. Aktiviteter för att systematiskt minska risken för VRI och smittspridning beskrivs i Region Stockholms *Handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner i vård och omsorg (2019)*, som utgör grunden för frågorna i egenkontrollen.

Mål för 2023

Samtliga enheter ska genomföra egenkontroll

Resultat

Knappt 90 procent av enheterna har genomfört egenkontroll

Genomfört förbättringsarbete 2023

Arbete med att implementera städkort, tydliggöra gränsdragningslista för städrutiner och förbättringar av befintliga lokaler för att lättare kunna arbeta vårdhygieniskt är exempel på förbättringar.

Planerat förbättringsarbete 2024

Fortsatt arbete med att ta fram stödmaterial till egenkontroll god hygienisk standard för att öka enheternas analysförmåga och därmed identifiera fler förbättringsområden.

Trycksårsprevention

En viktig del av omvårdnads kvaliteten är att förhindra uppkomst av trycksår.

Trycksårsuppkomst är relaterad till försämrad perifer cirkulation och nedsatt rörlighet. Många olika sjukdomstillstånd ökar risken för trycksårsuppkomst, till exempel undernäring, infektioner, nedsatt känsel, försämrad syresättning, påverkan av smärtstillande läkemedel med mera. Trycksår betraktas som en undvikbar vårdskada som orsakar stort lidande för patienten, men som kan förebyggas med hjälp av olika vårdinsatser, tryckavlastande madrasser, lägesändringar och andra hjälpmedel. Trycksårens svårighetsgrad kategoriseras från 1–4 där 4 är den mest allvarliga kategorin.

Mål

Som ett komplement till den kliniska bedömningen ska risken att drabbas av trycksår bedömas med hjälp av riskbedömningsinstrumentet ”modifierad Nortonskala” i samband med inskrivning till slutenvården.

Minst 66 procent av patienter i slutenvården, som har en identifierad risk att utveckla trycksår, ska ha dokumenterade åtgärder ordinerade/vidtagna, genom upprättad aktivitetsplan

Resultat

Resultat slutenvård 63 procent, exkl. kvinnokliniken (datakälla Qlikview).

Resultat från kontinuerlig mätning i slutenvården:

- Andel riskbedömda för trycksår 95 procent.
- Andel med risk för trycksår av riskbedömda 19 procent.
- Andel med aktivitetsplan av de som har risk för trycksår 63 procent (Mål > 66).
- Andel patienter med förekomst av trycksår, kategori 2–4 som har uppstått under vårdtiden 0,4 procent.

Analys av resultat

Det är något färre riskpatienter som får en aktivitetsplan upprättad jämfört med föregående år. Antalet patienter som förvärvat trycksår under vårdtiden har ökat från 155 patienter 2022 till 169 patienter 2023.

Planerat förbättringsarbete 2024

Ett sjukhusövergripande arbete gällande trycksårsprevention som involverar patienter och närstående, medarbetare samt omvårdnadsledning planeras genomföras.

Fallprevention

Ett fallpreventivt arbete på akutsjukhus är av yttersta vikt för att främja patienternas säkerhet, förbättra vårdkvaliteten och effektiviteten samt skapa en tryggare och mer positiv vårdmiljö.

Definitionen av fall; ”En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej” (Vårdhandboken, 2021). Fall som inträffar inom vården utgör ett stort patientsäkerhetsproblem där preventiva insatser måste sättas in för att

förhindra fall och skador. Även fall utan synlig kroppsskada kan utgöra ett lidande för patienten i form av rädsla att falla igen. Det finns idag god kunskap om riskfaktorer, riskpatienter och hur det fallförebyggande arbetet bör bedrivas. För att förebygga fall och fallskador krävs vårdteamets samlade kompetens där patient och närstående ska ingå.

Mål

1. Mer än 70 procent av patienter i slutenvården, som har en identifierad risk att falla, ska ha dokumenterade åtgärder ordinerade/vidtagna genom upprättad aktivitetsplan.
2. Fall under aktuellt vårdtillfälle ska dokumenteras i sjuksköterskans slutanteckning. Termen används även under vårdtiden för att dokumentera själva fallhändelen. Någon av de tre förvalstermerna "Inga fall", "Har fallit utan att skada sig", "Har fallit och skadat sig" ska vara besvarade.

Resultat och analys

Andelen patienter med risk för fall som har dokumenterad aktivitetsplan är 72 procent. Målet för året är uppnått

Förekomsten av fall är något lägre än föregående år, 2,8 procent jämfört med 3,1 procent 2022. Andelen patienter som har fallit och ådragit sig en skada var 0,8 procent. Täckningsgraden för andel vårdtillfällen med dokumentation under termen "fall under aktuell vårdtid" ligger på 86 procent, jämfört med 85 procent 2022, vilket visar en hög följsamhet till gällande rutiner för journalföring (datakälla Qlikview).

Planerat förbättringsarbete 2024

Ett sjukhusövergripande arbete gällande fallprevention som involverar patienter och närstående, medarbetare samt omvårdnadsledning planeras genomföras.

Verksamhetsområde Ortopedi planerar att tillsammans med DS innovation skapa möjlighet för övervakning av patienter via sensorer i taket. Denna form av övervakning finns på andra sjukhus med goda resultat gällande det preventiva fallarbetet.

Säker ordination och hantering av läkemedel

Arbetet för en säker och effektiv läkemedelshantering pågår på många nivåer inom Danderyds sjukhus. Viktiga fokusområden är rationella läkemedelsval, korrekt ordination, optimerad läkemedelsförsörjning, läkemedelssäkerhet och att minska läkemedelsanvändningens påverkan på miljön.

Det finns sjukhusövergripande riktlinjer för de flesta moment i läkemedelshantering.

Fokus för 2023 har bland annat varit optimerade rutiner för läkemedelsförsörjning med beredskapslager av läkemedel och reservrutiner i händelse av kris eller krig samt deltagande i implementering av regionens nya avtal för läkemedelsförsörjning och medicinska gaser. Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och läkemedelsavvikelse är andra fokusområden.

Läkemedelsrådet är centralt för läkemedelsarbetet och fungerar som styrgrupp för den lokala sjukhusapoteksfunktionen, läkemedelsansvariga läkare (LANS), transfusionskommittén och lokal Strama-grupp.

Läkemedelsförsörjning

Läkemedelsförsörjningen ska vara patientsäker och effektiv med bästa möjliga kvalitet. Leveranstider ska säkerställas tillsammans med god totalekonomi inom Region Stockholm.

Mål, resultat och analys 2023

Under 2023 har Region Stockholm fått nya avtal med ApoEx för läkemedelsförsörjningen med läkemedelsleveranser och slutenvårdsdos samt nytt avtal med Linde Healthcare för medicinska gaser. Vätskevagnshanteringen togs över i egen regi vid avtalsskiftet i november. Läkemedelsservice utförs i egen regi sedan 2017.

Målet är att antal orderrader ska hållas på lägsta möjliga nivå med optimala inköp av läkemedel.

Åtta farmaceuter arbetar med läkemedelsservice som är implementerad inom de flesta verksamheter vid sjukhuset. Vid njurmedicin arbetar en av farmaceuterna även med iordningställande av läkemedel och är sakkunnig för tillverkning av hemofiltrationsvätska online.

Farmaceuterna sköter också hanteringen av gemensamma sällanläkemedel på sjukhuset för att minska inköp och kassationer av läkemedel samt spara tid för sjuksköterskorna. Fyra läkemedelsautomater är i drift sedan hösten 2022 och ytterligare en är i drift sedan juni 2023.

Beredskapslager av läkemedel har byggts upp under 2022 och 2023 med av Socialstyrelsen prioriterade läkemedel för prehospital vård, intensivvård och akut tandvård. Med hjälp av statliga medel har de utökade lagernivåerna av läkemedel samt förvaringsförråd för dessa kunnat köpas in.

Skanningssystem för beställning av läkemedel vidareutvecklas kontinuerligt och en ny inventeringsmodul har utvecklats under 2023 för att kunna beräkna lagernivåer, hantera hållbarhetskontroller och kassationer av läkemedel.

Utveckling

Fortsatt arbete med beredskapslager av läkemedel enligt Socialstyrelsens förteckning över prioriterade läkemedel för vård som inte kan anstå.

Läkemedelshantering

För att få så säkra och enhetliga rutiner som möjligt finns sjukhusövergripande riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel. Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet utförs egenkontroller av läkemedelshanteringen en gång per år. Dessa följs upp av vårdenheten eller kliniken och vid behov tillsammans med sjukhusapotekaren, gruppledaren från läkemedelsserviceteamet och kliniska farmakologen.

Mål, resultat och analys 2023

Under 2023 var det 75 vårdenheter som utförde egenkontroll av läkemedelshanteringen. De utgör ca 90 procent av alla vårdenheter med läkemedelshantering. Det är en ökning med cirka 17 procent sedan 2022.

Inventering av behov av dosjusteringar utförda av sjuksköterska utifrån ordinerade mål- eller mätvärden genomfördes under 2018. I november 2021 bildades en projektgrupp med representanter från berörda verksamheter inom Danderyds sjukhus. Underlag för beslut togs fram under 2022 och under 2023 har rutiner för dokumentation av kompetens tagits fram. Inget beslut är dock taget i DSLG.

Utveckling

Egenkontroller av läkemedelshanteringen ska genomföras av fler vårdenheter och farmaceuterna som sköter läkemedelsservice ska också utföra egenkontroller av narkotika under 2024.

Projektet dosjustering som utförs av sjuksköterska ska slutföras så att DSLG kan besluta vilka läkemedel som får dosjusteras av sjuksköterska och vilken kompetens som ska krävas för respektive sjuksköterska. Sjukhusövergripande riktlinjer och mallar för beslut om dosjustering färdigställs därefter.

Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel

Valet av läkemedel vid rekvisition och förskrivning ska styras av evidens och i hög utsträckning följa nationella och regionala rekommendationer.

Kloka listans rekommendationer medför en säker och effektiv läkemedelsbehandling som dessutom är kostnadseffektiv. Genom att använda de läkemedel som upphandlats av Region Stockholm kan stora besparingar göras för rekviderade läkemedel. Läkemedelsansvarig läkare vid respektive klinik analyserar läkemedelsanvändningen med rapport till verksamhetschef, nätverket Läkemedelsansvariga läkare och till Läkemedelsrådet vid behov.

Mål, resultat och analys 2023

Danderyds sjukhus uppnådde 94 procent följsamhet till Kloka listan med tillägg under 2023, oförändrat sedan 2022. Detta mått speglar läkarnas val av välbeprövade, säkra och kostnadseffektiva läkemedel vid förskrivning på recept. För läkemedel som rekvideras till sjukhuset var följsamheten till upphandlade preparat 95 procent på förpackningsnivå och 97 procent på kostnadsnivå under 2023. Det är en liten försämring sedan 2022 och beror på ökat antal restnoteringar av läkemedel.

Utveckling

Målet för 2024 är att öka användningen av biosimilarer för terapiområden där det finns kostnadseffektiva och medicinskt likvärdiga alternativ. Målet är också att stimulera följsamheten till rekommenderade och upphandlade läkemedel vid rekvisition till vårdenheter samt att bibehålla den goda följsamheten till Kloka listan. Detta sker bland annat genom samarbete mellan verksamheterna, Läkemedelsrådet och Ekonomiavdelningen kring rationella val av mycket dyra läkemedel. Sjukhusgemensamma ordinationsmallar som prioriterar upphandlade läkemedel skapas via nätverket Läkemedelsansvariga läkare. Farmaceuterna som utför läkemedelsservice förbättrar följsamheten till upphandlade läkemedel genom bassortimentsgenomgångar och gemensam hantering av sällanläkemedel för optimala läkemedelsinköp, minskade kassationer och möjlighet till lägre läkemedelskostnader.

Läkemedelsval vid receptförskrivning och rekvisition kan följas av verksamhetsområdena genom en framtagen applikation i QlikView. 2024 ska superanvändare utbildas och användningen av applikationen öka.

Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen

Enkel läkemedelsgenomgång vid inskrivning och läkemedelsberättelse vid utskrivning säkerställer att de läkemedel patienten använder blir kända och korrekt dokumenterade i journalen. Båda arbetsätten är obligatoriska enligt nationella krav och används med målet att minska risken för biverkningar och skador på grund av felaktig läkemedelsbehandling.

Mål, resultat och analys 2023

Läkemedelsberättelsen, LMB, ger patienten viktig kunskap om läkemedelsbehandlingen och underlättar för nästa vårdgivare. Under 2023 fick 72,3 procent av patienterna en LMB vid utskrivning (målvärde i vårdavtalet: 69 procent). Under 2023 studerades kvaliteten för de LMB som utfärdades vid sjukhuset. Drygt 60 procent av LMB nådde en rimlig kvalitet relaterat till kravställningen. Trettio procent av utfärdade LMB hade låg kvalitet och saknade förutsättningar att ge avsett stöd åt patienten och nästa vårdgivare.

Utveckling

Målsättningen är att bevara de goda processresultaten för enkel läkemedelsgenomgång genom bevakning och förvaltning av metoden.

Målsättningen för 2024 är att utfärdandet av läkemedelsberättelse bibehålls över 70 procent. Resultaten från kvalitetsanalysen ska användas för att optimera innehållet i LMB vid sjukhuset verksamhetsområden.

Effektiva och säkra arbetsätt kring läkemedel

Sjukhusets läkare, sjuksköterskor och farmaceuter ska tillsammans bidra till att patienter sjukhuset erbjuds en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.

Läkemedelsansvariga läkare, LANS, har en central funktion i det övergripande arbetet med att skapa goda läkemedelsprocesser för ordination och läkemedelssäkerhet. LANS-läkarna är kliniskt verksamma representanter från varje verksamhetsområde. LANS samverkar med exempelvis läkemedelsserviceteamet, Strama, kvalitetsutvecklare, patientvägledare, patientsäkerhetscontroller och DS IT. Läkemedelsrådet är styrgrupp för LANS-nätverket.

Mål, resultat och analys 2023

Urval av uppgifter för LANS under 2023:

- skapa och förvalta ordinationsmallar och generella direktiv.
- analysera principiellt viktiga läkemedelsavvikelser som speglar fel/informationsbrister av intresse för hela sjukhuset, och vidta åtgärder.
- skriva licensmotiveringar för kliniklicenser.
- arbeta för minskad användning av särskilt miljöstörande läkemedel vid sjukhuset.

Utveckling

Utveckling av nätverkets arbetssätt sker i samklang med verksamheternas behov. Målsättningen för LANS är att vara en uppdaterad och insatt resurs i alla frågor som rör läkemedelsbehandling. Nätverket strävar efter att kontinuerligt identifiera problem som kan generera brister i patienternas läkemedelsbehandling, och att medverka till förbättrade processer.

Strama

Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

Förekomsten av resistenta bakterier ökar både i samhället och inom sjukvården. Det finns ett väl belagt samband mellan hög antibiotikaanvändning och hög förekomst av resistenta bakterier, där framför allt bredspektrumantibiotika driver resistensutvecklingen. Danderyds sjukhus har sedan många år tillbaka en Strama-grupp med representanter inom nästan alla sjukhusets verksamhetsområden för bred förankring av gällande behandlingsriktlinjer och återkoppling av verksamheternas antibiotikaanvändning.

Mål, resultat och analys 2023

Antibiotikaanvändning vid olika ordinationsorsaker följs via infektionsverktyget. Årligen rapporteras andel smalspektrumantibiotika (PcV/PcG) som förstabehandling vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni, där önskvärt är en hög andel smalspektrumantibiotika. Under covidpandemin sjönk andelen smalspektrumantibiotika (PcV, PcG) vid denna ordinationsorsak. Under 2021 låg nivån som lägst, på 34,5 procent (från 46,5 procent 2019) för att öka något under 2022. Målet har varit att åter komma upp i nivån före pandemin. Under 2023 har andelen smalspektrumantibiotika vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni fortsatt att öka till 47 procent, således åter på nivån före pandemin. Fortsatt är antalet ordinationer för ordinationsorsaken lägre än före pandemin. Detta fortsätter att bevakas. Närvaro av infektionskonsult på akutmottagningen har under 2023 utökats och möjliggjort tidiga råd om rationell antibiotikabehandling och korrekt infektionsdiagnostik.

Sedan flera år tillbaka bedriver infektionskliniken antibiotikaronder där antibiotikabehandling utvärderas på samtliga patienter på en avdelning, ett effektivt sätt att hjälpa andra antibiotikatunga enheter på sjukhuset med råd om infektionsbehandling och möjlighet till mer skraddarsydd behandling, beslut om behandlingstid, övergång till peroral behandling etcetera. Arbetet med antibiotikaronder pausades tillfälligt under andra halvan av 2022 men har enligt målsättning under 2023 kunnat bedrivas som tidigare med infektionsläkarrond tillsammans med avdelningsläkare på 6 olika avdelningar inom Danderyds sjukhus 2 ggr/vecka.

Validering av inmatning i infektionsverktyget genomförs fortsatt 2 ggr/år av Strama-representanterna, för hösten 2023 ligger följsamheten på inmatningar >90 procent för de data som inkommit, vilket är ett bra resultat. Stramaombuden återkopplar antibiotikaanvändning och valideringsresultat till det egna VO:t och förbättringsmöjligheter ses över.

Utveckling 2024

Fortsatt kommer andelen smalspektrumantibiotika vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni rapporteras till HSF. För sjukhusets del nu så pass höga nivåer smalspektrum-antibiotika vid denna ordinationsorsak att målet blir att ligga kvar på samma nivå. Arbetet med antibiotikaronder planeras fortsätta via infektionskliniken. Utveckling av Strama-gruppens arbets sätt sker utefter verksamheternas behov. Fortsatt regelbundna föreläsningar om rationell antibiotikabehandling för alla nya AT-läkare, samt kliniskspecifika antibiotikadiskussioner planeras för 2024, med fördel tillsammans med Vårdhygien för att lyfta antibiotikafrågor och förebyggande av infektioner vid samma tillfälle.

Katastrofmedicinsk beredskap

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska Danderyds Sjukhus AB, i egenskap av akutsjukhus, upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och en förmåga att hantera katastrofmedicinska händelser. Utöver detta ska sjukhuset, vid en händelse som är så omfattande eller krävande att sjukhusets resurser måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt, kunna aktivera en Lokal särskild sjukvårdsledning [LSSL].

Mål 2023

- Fortsatt utveckling av Taktiskt Forum Krisberedskap
- Fyra uppstartsövningar per termin för LSSL
- Övnings- och utbildningsverksamhet gällande masskadeutfall
- Omfattande revidering av den sjukhusövergripande krisberedskapsplanen samt verksamhetsområdenas lokala kris- och katastrofmedicinska riktlinjer
- Implementera ett ledningssystem för kontinuitetsarbete baserat på ISO 22301:2019
- Genomförande av risk- och sårbarhetsanalys [RSA]

Resultat

Taktiskt Forum Krisberedskap har under året haft regelbundna möten och arbetsformerna fortsätter utvecklas. Sammanlagt åtta uppstartsövningar har genomförts för LSSL, varav en i samband med deltagandet i den regionala samverkansövningen Meteor. Meteor genomfördes i november och var en övning i omhändertagande av traumapatienter från en masskadehändelse. Denna övning föregicks av en seminarieövning i januari och en Emergo Train System®-övning i april. Därtill har ett flertal verksamhetsområden genomfört egna övningar för att stärka kunskapen i personalgruppen gällande organisation och agerande vid masskadehändelser.

Sjukhuset har även fortsatt prioritera deltagande till den regionala TKS-kursen vilken syftar till ökad kunskap och förmåga till traumaomhändertagande. En omfattande revidering har gjorts av den sjukhusövergripande krisberedskapsplanen och en ny struktur för verksamhetsområdesspecifika riktlinjer och åtgärds kort har implementerats. De nya riktlinjerna och åtgärds korten testades med gott omdöme under övningen Meteor. Tillsammans med konsultföretaget Ramboll har ett metodstöd för praktiskt kontinuitetsarbete tagits fram, det har testats tillsammans med representanter från vårdverksamheter med gott resultat. RSA:n har nödgats prioriteras om till 2024.

Analys

Trots en hög belastning på vårdverksamheterna med omorganisation och sparkrav har sjukhusets arbete med krisberedskap haft en hög prioritet och genomslagskraft. Ledningens engagemang och intresse är påtagligt, inte minst då tre sjukhusövergripande övningar genomförts under året. Säkerhets- och beredskapsenheten har under 2023 varit synliga och engagerade inom flera verksamhetsområden vilket byggt en god grund för fortsatt samarbete och framdrift inom katastrofmedicinskt arbete.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Intresset och engagemanget för krisberedskap har möjliggjort att fortsätta identifiera, åtgärda och utveckla organisationen kring kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Övningsinsatserna och arbetet med verksamhetsområdenas lokala riktlinjer och åtgärdskort har medfört en kunskapshöjning om sjukhusets kris- och katastrofmedicinska organisation på såväl verksamhetsområdes- som på individnivå.

Planerat förbättringsarbete 2024

Fortsatt övningsverksamhet, under våren med fokus på CBRN -beredskapen (chemical, biological, radioactive and nuclear substances), och utveckling av verksamhetsområdesspecifika riktlinjer och åtgärdskort. Därtill ett omfattande revideringsarbete av den sjukhusövergripande epidemi- och pandemiberedskapsplanen. Flera utbildnings- och övningsinsatser för LSSL är planerade. Kontinuitetsarbetet och RSA är prioriterade områden för fortsatt arbete och planeras till Q3-Q4 då nyrekrytering av person för dessa frågor pågår under våren 2024.

IT-säkerhet

IT-säkerhet syftar till att skydda sjukhusets tillgångar som IT-infrastruktur, hårdvara och IT-system. IT-säkerhet ingår som en viktig del i sjukhusets verksamhetsskydd och bidrar till att upptäcka och skydda mot hot mot verksamheten.

En viktig del av arbetet med IT-säkerhet utgörs av riskhantering. Denna handlar om att förstå olika hotbilder, hantera sannolikheter för att utsättas för skada samt att balansera kostnader för skydd mot värdet av det man skyddar.

IT-driften på Danderyds sjukhus är outsourcad till Serviceförvaltningen. Det ger oss en stabil och i grunden säker IT-miljö. Det strategiska och operativa arbetet med IT-säkerhet sker hos Serviceförvaltningen. Vi bedriver även IT-säkerhetsarbete lokalt på sjukhuset. Det sker genom att vi har lokal förvaltning av IT-arbetsplats och logiskt nät, utöver lokal förmåga att ta emot incidenter. Danderyds sjukhus strävar efter hög kompetens och förmåga att styra och värdera leveranser från Serviceförvaltningen avseende IT-säkerhet.

Mål och resultat 2023

Vi har under året som gått fortsatt arbetet med att stärka vår förvaltningsstyrningsförmåga, vilket påbörjades 2021 med identifiering av de mest skyddsvärda systemen på sjukhuset. Vi har därefter dels etablerat stabil och effektiv förvaltning av dessa system, dels skapat en tydlig formell governance-modell med hjälp av kommittén för förvaltnings- och projektstyrning. IT-säkerhet fortsätter att vara en viktig komponent på resan mot ökad formell struktur och transparens.

Under året genomfördes omorganisationer på sjukhuset i syfte att effektivisera och konsolidera verksamheterna. Bland annat medför den nya organisationen ökad tydlighet i ansvar och uppgift mellan funktionerna för IT-säkerhet och informationssäkerhet.

Planerat förbättringsarbete 2024

Samarbetet med regionens CERT (Computer Emergency Response Team) fortsätter och innebär ökade möjligheter till kompetensöverföring för sjukhusets IT-säkerhetsfunktion. Vi har under året upptäckt och åtgärdat sårbarheter i vissa system, vilket får sägas vara ett gott tecken på den preventiva funktion som IT-säkerhet utgör. Vidare har vi flyttat våra system till en ny, modern datahall hos Serviceförvaltningens underleverantör och åtnjuter tack vare detta en högre säkerhetsstandard.

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter används bland annat inom hälso- och sjukvården för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra sjukdom samt kompensera en skada eller ett funktionshinder. De kan också användas för att undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process samt kontrollera befruktning.

Medicintekniska produkter omfattar en mängd olika produkter. Från enkla förbrukningsartiklar som katetrar och sterila förbrukningsartiklar till komplicerade högteknologiska utrustningar som datortomografer och magnetresonanstomografer. De omfattar också hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel (till exempel inhalatorer, ventilatorer och oxygenkoncentratorer). Även informationssystem och programvara som hanterar information kring patienten, definieras enligt lag som medicintekniska produkter.

Vårdgivare som använder medicintekniska produkter och till dessa anslutna informationssystem i sin verksamhet måste försäkra sig om att användningen är säker och ändamålsenlig utifrån bland annat hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Mer detaljerade bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Egentillverkade medicintekniska produkter är produkter som en vårdgivare har tillverkat för att uteslutande använda i den egna verksamheten. Det innebär att vårdgivaren tar ansvaret som tillverkare av produkten för att följa aktuellt regelverk som bland annat innebär att produkten ska uppfylla tillämpliga säkerhetskrav. Egentillverkning regleras på EU-nivå genom artikel 5.5 i förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter MDR.

Specialanpassade medicintekniska produkter tillverkas av en behörig person specifikt för att användas av en viss patient. Specialanpassade produkter enligt artikel 2.3 i förordning (EU) 2017/745 får tillverkas efter skriftlig anvisning av en läkare eller tandläkare eller av en annan person som vårdgivaren har bedömt ha adekvat utbildning mot bakgrund av den kompetens som krävs. (HSLF-FS 2021:60).

Mål 2023

Målen var bland annat att behålla och utveckla kompetensen inom enheten för medicinsk teknik, upprätthålla arbetet med det planerade och avhjälpande underhållet av sjukhusets medicintekniska utrustning samt fortsätta etablera en effektiv teknisk förvaltning av medicintekniska system.

Resultat

Under året genomfördes omorganisationer på sjukhuset i syfte att effektivisera och konsolidera verksamheterna. Bland annat medför den nya organisationen bättre förutsättningar för ökad tydlighet i ansvar och uppgifter mellan vårdverksamheten och teknikstödet där medicinsk teknik ingår.

Vi har arbetat med att stärka vår förvaltningsstyrningsförmåga, vilket påbörjades 2021, och vi har därefter etablerat stabil och effektiv förvaltning av de mest skyddsvärda och verksamhetskritiska systemen vilket bland annat lett till en mer strukturerad och kontrollerad hantering av olika förändringar (uppgraderingar och ny funktionalitet) i de medicintekniska systemen.

Fortsatt arbete med att stärka kompetens och förståelse kopplat till tillverkningsansvaret för den egentillverkade medicinska centralgasanläggningen samt färdigställandet av den tillhörande tekniska dokumentation. En grundlig inventering av gasanläggningen påbörjades under hösten för komplettering av den tekniska dokumentationen samt för analys av anläggningens tekniska status.

Analys

Arbetet med den medicintekniska förordningen (EU) 2017/745, kvalitetsledning och etablering av systemförvaltning samt de vidtagna åtgärderna har skapat en bredare förståelse för ansvar och omfattningen kopplat till användning och tillverkningen av medicintekniska produkter inom vården samt skapat en god grund för det fortsatta utvecklingsarbetet inom kvalitet och patientsäkerhet.

Ett ökat behov och efterfrågan av fler avancerade medicintekniska produkter och digitala lösningar inom vården ställer bland annat allt högre krav på den tekniska kompetensen inom vårdverksamheten samt på servicenivån och samordningen från stödfunktionerna inom teknikområdet. Gränserna mellan medicintekniska produkter, IT-system och fastighetsstyrning blir allt mer otydliga och behovet av effektiv och robust infrastruktur ökar. Några av utmaningarna är kompetensförsörjning inom teknikområdet i och med en allmän minskning av utbildade ingenjörer som skapar en ökad konkurrens med den privata marknaden samt omställning till en effektivare teknikorganisation med ännu närmare samarbete inom de olika disciplinerna.

Planerat förbättringsarbete 2024

- Generell kompetenshöjning gällande kraven på vårdgivaren för användning av medicintekniska produkter (förbrukningsartiklar, utrustning och system).
- Fortsatt arbete med kvalitetshöjande aktiviteter med målsättning att ha ett komplett ledningssystem för användning och tillverkning av medicintekniska produkter under 2025.
- Slutföra inventering av den medicinska centralgasanläggningen samt förtydliga ansvarsfördelning och gränsdragning mellan Danderyds sjukhus och Locum.
- Förtydliga sjukhusövergripande rutiner och instruktioner för effektiv hantering av säkerhetsmeddelanden kopplade till medicintekniska produkter.
- Se över och effektivisera analys och hanteringen av negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter.
- Fortsatt arbete med att etablera stabil och effektiv förvaltning av system samt säkerställa en effektiv teknisk förvaltning av de medicintekniska systemen.
- I samarbete med regionen ta fram och införa kompetensstege för Medicintekniska ingenjörer

Systematiskt miljöarbete

Danderyds sjukhus arbetar systematiskt med miljöpåverkan sedan 2003 och är miljöcertifierat. Arbetet innebär en helhetssyn på sambandet mellan människa, miljö och hälsa. Sjukhuset tar ansvar för att begränsa sin klimatpåverkan, främja den biologiska mångfalden, arbeta med cirkulära material- och produktflöden samt minska utsläppen från hälso- och miljöskadliga läkemedel och kemikalier. Varje verksamhetsområde ansvarar för att ta miljöhänsyn i det dagliga arbetet och inkludera relevanta mål och åtgärder i sina verksamhetsplaner samt följa upp arbetet.

Verksamhetsområdena har under året fokuserat på att se till att inarbetade miljörutiner följs och åtgärda miljöavvikelser samt säkerställa efterlevnad av regelkraven. Inom målarbete har fokus legat på materialåtervinning och engångsprodukter. Åtgärder har främst handlat om att försöka öka användning av vissa engångsprodukter med lägre klimatpåverkan och minska onödig användning av engångsprodukter samt minska svinn av textilier. Medarbetarnas insatser under året har bidragit till att sjukhuset upprätthållit sin miljöprestanda.

Årets målarbete har fallit ut väl och visar bland annat att:

- Andelen tjänsteresor med flyg ligger fortsatt lägre nivå än basår men har ökat under 2023(mål 2023 ≤2019 års CO2-utsläpp med flyg)
- Lustgasanvändningen minskade och uppgick till 163,9 gram per förlossning (mål ≤350 g per förlossning)
- Totalanvändning av diklofenak har minskat och ligger 4,2 procent under bevarandenivå (mål ≤2016 års användning)
- Andelen plagg som är uteliggande verksamheten mer än 30 dagar minskade ytterligare och uppgick till 19,3 procent (mål ≤ 25). Textilsvinnet mellan juni-december 2023 minskade med 3 700 plagg

- Andelen ekologiska livsmedel ökade och uppgick till cirka 43 procent (mål 2023 ≥ 35 procent i vikt)
- Andelen patientmat som slängs ökade något under 2023 men är fortsatt lägre än satt HSF-målnivå. Den uppgick till 23,4 procent av portionsvikten vilket är 11,2 procent under satt nivå (≤ 2017 års matsvinn). Avseende regionens indikator var andel slängd mat 1,5 procent högre än målnivå (≤ 2021 års matsvinn)

Analys

Utmaningar för sjukhuset framöver är att begränsa verksamhetens klimatpåverkan från konsumtionen och öka andelen cirkulära material- och produktflöden. Det handlar bland annat om att använda engångsprodukter med en lägre klimatpåverkan och övergå till flergångsprodukter, utan att äventyra patientsäkerheten. Vidare att påverka beteende som leder till minskat svinn och onödig användning av engångsprodukter. Det handlar också om att servera patientmåltider med lägre klimatpåverkan.

Planerat förbättringsarbete för 2024

Sjukhuset kommer att fortsatt arbeta med den klimatbaserade konsumtionen och öka andel cirkulära flöden. Några åtgärder som planeras att genomföras är att säkerställa onödig användning av utvalda engångsprodukter, minska textilsvinn och implementera cirkulär användning av engångsplastförkläden samt informera om rätt handskanvändning.

Strålsäkerhet

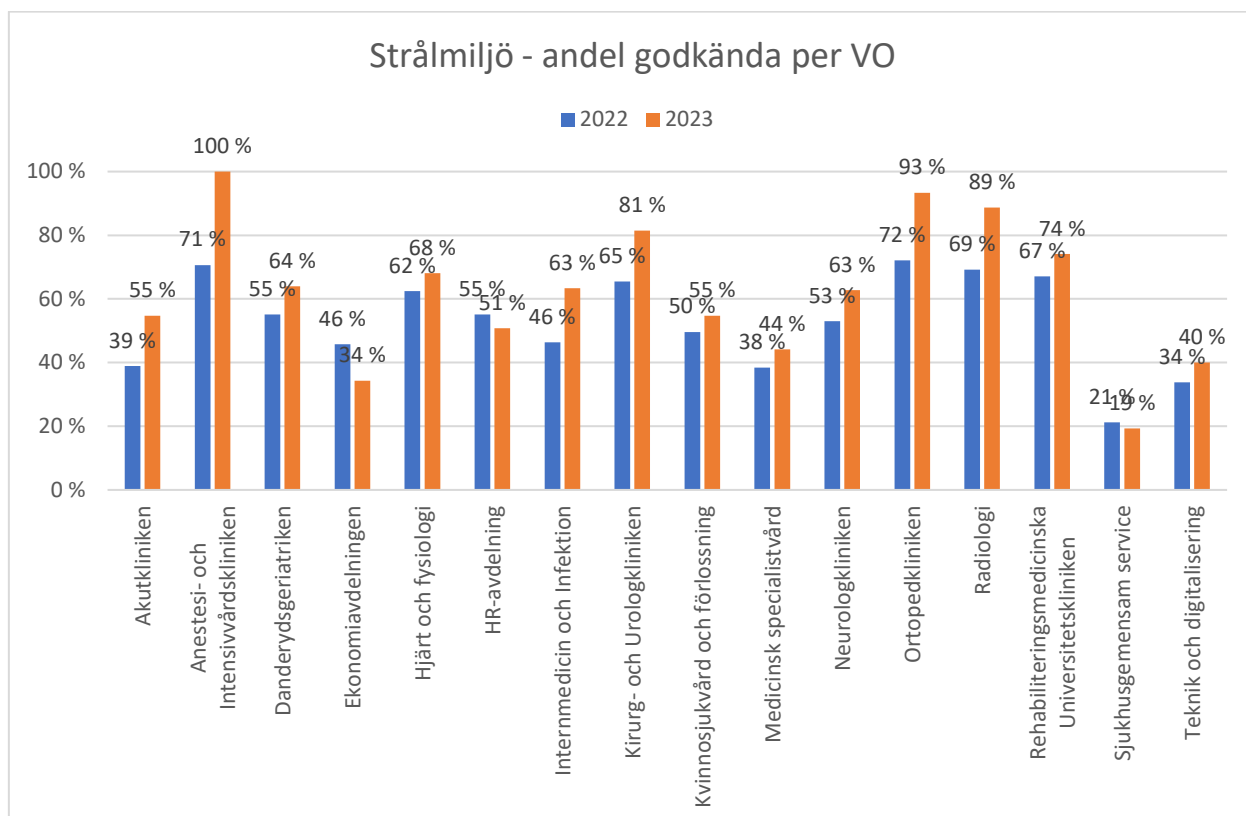
På Danderyds sjukhus används strålning i diagnostiskt syfte och vid röntgenvägleda procedurer. Danderyds sjukhus strävar efter att upprätthålla en god strålsäkerhet och strålmiljö där strålningen används på ett optimerat sätt med hög kvalitet och låga stråldoser.

Mål 2023

- Patientstråldoser under diagnostiska referensnivåer
- Personalstråldoser under lagstadgade dosgränser
- Publicera e-kurs inom fördjupad strålsäkerhet
- Förbättrad dokumentation av utbildning
- Revision av strålsäkerhetsrutiner

Resultat

Nästan alla verksamhetsområden har förbättrat andelen personal med godkänt resultat på den obligatoriska kursen Strålmiljö (se diagram). Resterande mål är uppfyllda. Stickprovsmätningar av stråldoser utfördes på personal från VO Kirurgi och urologi, Ortopedi, Radiologi och Teknik och Digitalisering. Resultatet visar att personalen arbetar strålsäkert och att personalen är korrekt placerade i kategori B.



Analys

Alla strålsäkerhetsutbildningar har lagts i Lärtorget, vilket gjort det enklare att ta fram relevant statistik. Systemet med stickprovskontroller av personalstråldoser fortsätter då det visat sig vara ett värdefullt arbetssätt. Sjukhusfysik kommer fortsätta arbeta med att publicera fördjupade strålsäkerhetsutbildningar i Lärtorget med hjälp av Medicinska Biblioteket, då det frigör värdefull tid både för Sjukhusfysik och verksamheterna.

Genomfört förbättringsarbete 2023

- Publicerat e-utbildning i fördjupad strålsäkerhet för barnradiologi
- Intern revision av strålsäkerheten
- Fotodokumentation av strålskärmning i hus 61
- Planerat och verifierat strålskärmningen i lokaler för SCAPIS datortomograf
- Bytt dosimetrisystem till Instadose+ som läses ut automatiskt
- Utbildning av nya radiologiska ledningsfunktioner
- Övning i radionukleära händelser för sjukhusfysiker

Planerat förbättringsarbete 2024

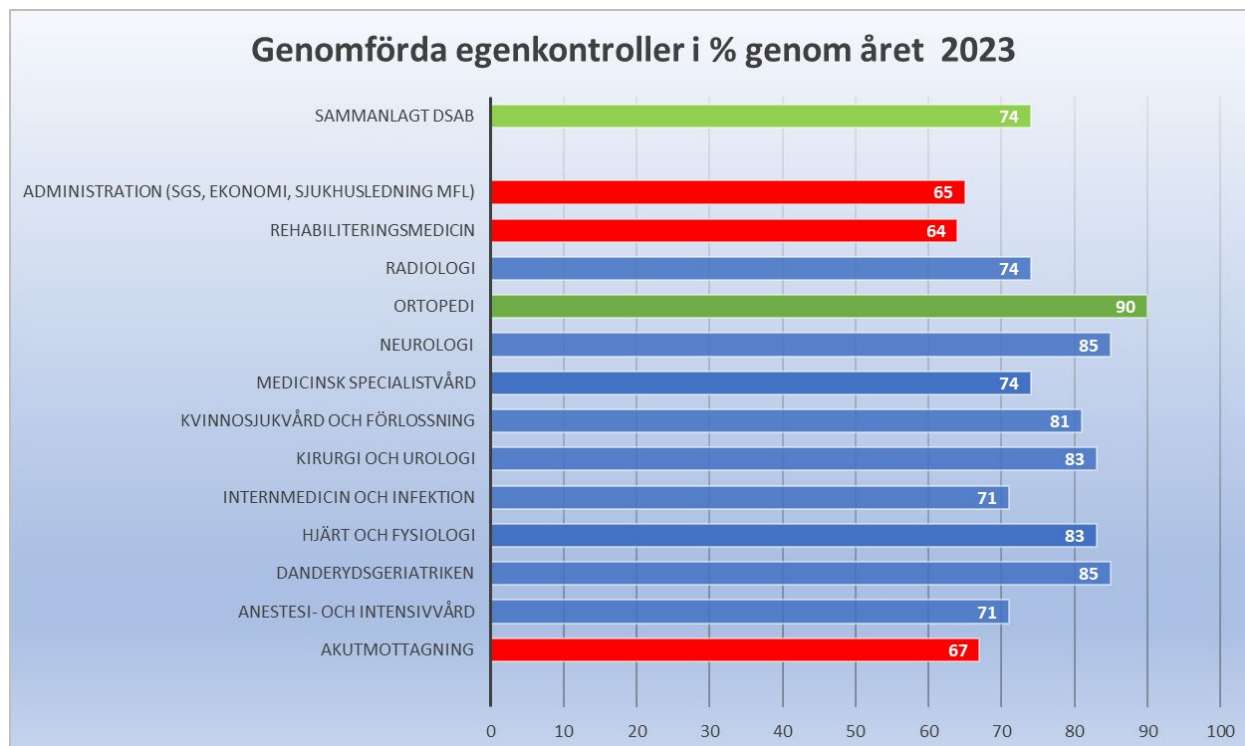
- Ta fram e-utbildning inom fördjupad strålsäkerhet
- Kontrollmätning av strålskärmning i hus 61
- Leveranskontroll av SCAPIS datortomograf
- Följa upp interna revisioner via Strålsäkerhetsråd
- Praktisk utbildning för akuten i hantering av dosimetrar och intensimetrar

Systematiskt säkerhetsarbete

Mål 2023

Medarbetare, patienter och besökare ska känna sig trygga när de befinner sig på Danderyds sjukhus. För att säkerställa detta bedrivs ett systematiskt säkerhets- och brandskyddsarbete.

Brandsäkerhet



Fokus för det systematiska brandskyddsarbetet är det förbyggande arbetet för att inga bränder ska uppstå. I de fall det förebyggande arbetet inte hindrar att brand uppstår finns mål för att minska påverkan på vården möjligheter att bedriva sin verksamhet:

- Om brand ändå uppstår kan medarbetarna bekämpa elden inom 3 minuter
- Brand som uppstår ska inte sprida sig till nästa brandcell
- Verksamheten kan fortgå även om brand trots allt uppstår.

En viktig del av det förebyggande arbetet består av brandskyddskontroller som sker månatligen inom samtliga verksamheter.

Resultat

Under året har verksamheterna genomfört i snitt 74 procent av sina egenkontroller vilket är en höjning med 8 procent från föregående år, målnivån för 2023 var satt på 70 procent.

2022 gjordes en extern revision (Regions revisorererna) och en tillsyn (räddningstjänsten) genomförts båda rapporterna visar att Danderyds sjukhus uppfyller kraven för systematiskt brandskyddsarbete. Båda rapporterna påtalar också att övning och resurser för övning i verksamheterna är önskvärt för att ytterligare höja förmågan att hantera en brand. Detta bör fortgå under 2024.

Analys

Det är tydligt att det finns ett engagemang i verksamheterna för brandskyddsarbetet och att det finns en efterfrågan av utbildning och kompetenshöjande åtgärder. Ett behov av långsiktig kompetensförsörjning är tydligt, likaså systematik för övning inom den egna verksamheten.

Fysisk säkerhet

Fysisk säkerhet ska trygga person, information och materiella tillgångar bland annat genom bevakning med personal och teknik. Målet för fysisk säkerhet är att:

- Patienter och besökare upplever sig trygga inom sjukhusets lokaler,
- Medarbetare upplever sig trygga på sina arbetsplatser och kan agera säkert när hotfulla situationer uppstår, Genom ett fungerande tillträdesskydd samt kontroll av skyddsvärd egendom drabbas sjukhuset av ytterst få stölder, inbrott eller andra negativa händelser.

Resultat

För att uppnå ett heltäckande och effektivt tillträdesskydd har det under året genomförts ett antal tekniska säkerhetsinvesteringar, bland annat har det skett ett fortsatt arbetet med utbyte av passersystem och uppdatering av larmanläggningar samt byte av äldre kortläsare.

Under året har ett arbete med att utöka CCTV på sjukhuset utförts där kameror har installerats i södra kulvert och Godsmottagningen.

Analys

Likt brandskyddsarbetet är det tydligt att det finns ett engagemang och en vilja inom verksamheterna. Det är viktigt att arbetet sker verksamhetsnära och att arbetsgrupperna är övade tillsammans för att kunna agera vid en uppkommen situation. Detta påverkas tyvärr negativt då det ofta saknas möjlighet att genomföra utbildningar eller övningar med arbetsgrupperna.

Planerat förbättringsarbete

- Utveckla den lokala riktlinjen för säkerhet
- Fortsätta arbetet med att förnygra den tekniska säkerheten för att förbättra skyddet av verksamheter och teknisk infrastruktur.
- Fortsatt inriktning på att utveckla praktiska brandutbildningar och öka nivån på utförda utbildningar enligt Räddningstjänstens anmodan.

Informationssäkerhet

Information är en av Danderyds sjukhus mest skyddsvärda tillgångar och avbrott, röjande av information eller annan störning kan ge omfattande negativ påverkan på sjukhusets förmåga att bedriva säker vård.

Danderyds sjukhus följer Region Stockholms ledningssystem för informationssäkerhet som baseras på standarden SS-ISO/IEC 27000-serien.

Mål 2023

Region Stockholm har under 2023 fokuserat på fyra områden (IT, inköp, säkerhetskultur och riskhantering) av skyddsåtgärder med fem indikatorer för uppföljning. För att uppnå Region Stockholms förväntade mål avseende implementerade skyddsåtgärder har sjukhuset arbetat med en handlingsplan som omfattar ett flertal huvudaktiviteter.

Resultat

En huvudaktivitet som pågått hela verksamhetsåret är anpassning och utveckling av säkerhetskulturen på sjukhuset. Denna aktivitet har bland annat omfattat följande.

- Medarbetarna har informerats om sekretess och tystnadsplikt samt att användning av IT-system som loggas. Det är viktigt att alla har tillräcklig kunskap för att skydda Danderyds sjukhus informationstillgångar, därför behöver vi kontinuerligt informera medarbetare om den tystnadsplikt och sekretess som gäller. Danderyds sjukhus har under de senaste åren arbetat med att ge medarbetare information om tystnadsplikt och sekretess före och efter anställning samt har även under pågående anställning utbildat personal när behov uppstår hos verksamheterna. Informationssäkerhetskoordinatorerna har också fått grundläggande utbildning i informationssäkerhet.
- Behörighetsrevision har genomförts för de tre mest skyddsvärda IT-systemen Danderyds sjukhus använder med godkänt resultat.

Förbättringsområdena finns främst inom riskhantering och att informationssäkerhet ska vara en del av verksamhetens normala riskhanteringsprocess.

Analys

Informationssäkerhetsarbetet inom Danderyds sjukhus har mötts med intresse och vilja till efterlevnad från verksamhetsområdena. Behov som identifierats och lyfts upp inför 2023 var att:

- Fortsätta utveckla bolagets riskhanteringsprocess för att täcka ett större behov.
- Arbeta vidare med utbildningsbehov inom verksamhetsområdena och för verksamhetsområdenas informationssäkerhetskoordinatorer.
- Utveckla utbildningsstrategi som är mer följsam mot verksamheternas behov och förmåga.

Planerade förbättringsarbeten 2024

- Utredda Danderyds sjukhus riskhanteringsprocess.
- Fortsätta med utbildningsinsatsen för informationssäkerhetskoordinatorer.
- Tydliggöra hur compliance-processen integreras i förvaltningsmodellen för systemförvaltning för att förbättra riskhanteringen.

Oplanerad återinläggning i slutenvården

Utskrivningsprocessen "Trygg och säker utskrivning"

Syftet med utskrivningsprocessen är att skapa förutsättningar för en trygg och säker hemgång och därmed minska akuta, undvikbara återinläggningar i slutenvården.

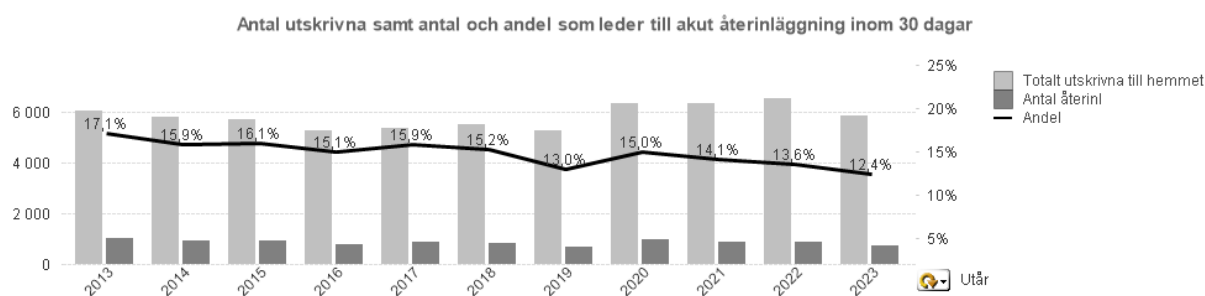
Utskrivningsprocessen följer patientens flöde och omfattar olika arbetsmoment från det att patienten anländer och skrivs in till och med överlämning och utskrivning från slutenvården. Viktiga delar i utskrivningsprocessen handlar om patientinformation/kommunikation, patient- och närståendesamverkan, samverkan med andra vårdgivare och kommunala aktörer säkerställande av sammanhållen vård vid samtliga vårdövergångar. Inom samtliga berörda verksamheter inom sjukhuset finns vårdsamordnare, som är ansvarig för utskrivningsplanering och vårdplanering, vilka utgör en mycket viktig samordningsfunktion för proaktiv utskrivningsplanering.

Återinläggning inom 7 dagar, för patienter >80 år

Datakälla: SASVisualAnalytics

Resultat

Fortsatt ner till 12,4 procent jämfört med 13,6 procent år 2023



Analys:

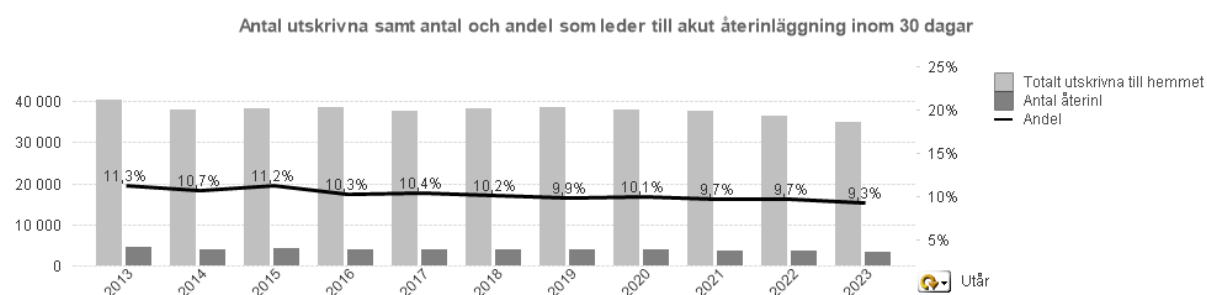
Fortsatt minskande risk för återinläggning där sedan 2013 risken minskat från 17,1 procent. Mångårigt kontinuerligt arbete och förändrad case-mix bakom resultatet.

Återinläggning inom 30 dagar, alla patienter

Datakälla: SASVisualAnalytics

Resultat

9,3 procent jämfört med 9,7 procent år 2023



Analys

Fortsatt långsamt sjunkande trend på andelen återinläggningar inom 30 dagar, sedan 2013. Tolkningen är att det är resultatet av ett mångårigt förbättringsarbete kring god samverkan i utskrivningsprocessen. Inga dramatiska förbättringar är att vänta under 2024.

Genomfört utvecklingsarbete 2023:

Strukturerad analys av återinläggningsorsaker har utförts under 2023. En viktig del i ansatsen att minska oplanerad återinläggning i slutenvården är analys av återinläggningsorsaker, för att identifiera potentiellt förebyggbara inläggningar. DSAB har utarbetat en strukturerad journalgranskningsmall för att möjliggöra systematisk analys med kategorisering av återinläggningsorsaker.

Återinläggningsorsaker som relaterar till samverkan i vårdkedjan är till exempel vård av patienter i livets slutskede, där samarbetet med palliativa specialistcentra samt ASIH har förstärkts.

Agera för personcentrerad vård

Patientnöjdhet och medskapande

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

I Sverige regleras patientnöjdhet och patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården av flera lagar och författningar.

Patientlagen (2014:821) reglerar patientens ställning inom hälso- och sjukvården och fastställer deras rättigheter och skyldigheter. Lagen betonar vikten av respekt för patientens integritet, delaktighet i beslut om vården samt information om och samtycke till behandling.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) reglerar organisationen av hälso- och sjukvården och fastställer principer för vårdens kvalitet och säkerhet. Hälso- och sjukvårdslagen inkluderar bestämmelser om vårdens tillgänglighet, kontinuitet och att patienten ska få information om sin vård.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja säkerhet och hög kvalitet inom hälso- och sjukvården samt att förebygga vårdskador. Lagen omfattar både rapportering och lärande av händelser, vilket kan påverka patientnöjdheten genom att förbättra vårdens kvalitet och säkerhet.

Sammanfattningsvis ger dessa lagar en ram för att säkerställa en god vårdkvalitet och trygghet för patienter. De stöder principer som främjar en positiv patientupplevelse och nöjdhet genom ökad information, delaktighet och respekt för patientens integritet.

Goda resultat gällande patientnöjdhet är viktigt då den påverkar både kvaliteten på vården och patientens övergripande hälsa. Nöjda patienter är mer benägna att följa sina behandlingsplaner, kommunicera öppet med sina vårdgivare och söka vård i tid. Att arbeta

utifrån en samskapad vård möjliggör en tillit mellan patient och vårdgivare, vilket är grundläggande för att uppnå bästa möjliga resultat.

Mål

Andel positiva svar gällande delaktighet - "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskar?" ska vara >83 procent.

Resultat

Resultat slutenvård 78 procent (exkl. kvinnokliniken)

Analys av resultat

Årets resultat baseras på data från Nationell patientenkät. Det finns en variation i metod för datainsamling jämfört med föregående år vilket gör resultatet aningen mer svårtolkat. Utfallet ger en tydlig indikation om att största förbättringspotentialen gällande patientnöjdheten handlar om behovet att öka patientdelaktigheten i slutenvården. Det finns dock goda exempel på föredömligt arbete inom Danderyds sjukhus där verksamhetsområdet hjärt- och fysiologi visar mycket fina resultat för sitt arbete med patienten som medskapare inom både slutenvård och öppenvård.

Genomfört förbättringsarbete 2023

Verksamhetsområde hjärt- och fysiologi har påbörjat ett arbete med personcentrerat vårdförlopp hjärtsvikt där patientens roll som medskapare tydliggörs.

Inom verksamhetsområde kirurgi och urologi pågår ett arbete för ökad och patientmedverkan genom bedside-rapportering på avdelningarna. För att öka patientens möjlighet till medverkan har även Endoskopicentrum under 2023 infört en hälsodeklaration som patienten fyller i innan planerad undersökning.

Planerat förbättringsarbete 2024

Flera verksamhetsområden planerar fortsatta utvecklingsarbeten för att skapa möjligheter för patient och närstående att vara aktiva medskapare till sin vård.

På regionövergripande nivå pågår en diskussion gällande införandet av ett digitalt verktyg för att kunna följa patienters upplevelser av delaktighet i sin vård. Med kontinuerliga realtidsdata kan nya möjligheter skapas för att utveckla arbetssätt tillsammans med patienter och närstående som aktiva medskapare. Vårdteamets samråd med patient och närstående gällande till exempel behandlingsplaner och beslut, kan bidra till en förbättrad patientnöjdhet och bättre resultat av vård och behandling.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Genomförandet av regionprojektet Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) har haft stor inverkan på Danderyds sjukhus uppdrag och ekonomi de senaste åren. Vårdtyngden har kraftigt förändrats i och med övertagandet av 50 procent av vuxenakuten i Solna, samtidigt som en närakut (SLSO) har öppnat på sjukhusområdet för lättare akuta fall. Sammantaget har detta inneburit att sjukhuset numera har en av Nordens största akutmottagningar och att vårdplatsbehovet har ökat kraftigt.

Danderyds sjukhus har inför år 2024 bedömt att vårdbeställningen skulle behöva öka med cirka 6 procent för att täcka uppskattat vårdbehov. Volymerna i 2024 års beställning från HSF har ökat med 3 procent vilket är ett viktigt steg i rätt riktning. Det finns dock en risk att den beställda volymen inte täcker vårdbehovet under år 2024 och det kommer vara viktigt att med hjälp av den nya flexibiliteten i sjukhusavtalen på ett bättre sätt utjämna produktionen mellan sjukhusen, till exempel genom omfördelning av upptagningsområde för ambulansstyrning.

Närmaste 10-årsperioden kommer att innebära ett ökat antal äldre över 80 år i befolkningen, vilket kommer att fortsätta att öka resursbehovet till akutsjukhusen. Äldre multisjuka patienter som har ett stort vårdbehov ökar i antal till Danderyds sjukhus och kräver ökade resurser kommande år. Befolkningen i övrigt, till exempel de som är i arbetsför ålder och betalar skatt, kommer inte att öka i samma takt. Kompetensförsörjningen av framför allt sjuksköterskor till 24/7 verksamhet blir allt mer utmanande och leder till svårigheter att upprätthålla en tillräcklig vårdplatskapacitet. Långtidsprognosen är att denna brist kommer att öka ännu mer kommande år.

Det försämrade säkerhetsläget i omvärlden påverkar sjukhuset med effekter på bland annat ökad beredskap, längre leveranstider och ökade priser. Arbetet med verksamhetsskydd och beredskap kommer att förstärkas ytterligare kommande år.

De ekonomiska förutsättningarna har försämrats på grund av det osäkra säkerhetsläget i omvärlden med stigande inflation och försämrade konjunkturutsikter. För att hantera det försämrade ekonomiska läget och undvika stora varsel har den politiska majoriteten i Region Stockholm ökat anslagen till akutsjukhusen inför år 2024.

Ovanstående utmaningar kräver att hela sjukhuset samlar sig kring några huvudstrategier. Fokus kommer även fortsättningsvis att riktas mot att:

- upprätthålla vårdplatskapaciteten
- effektivisera av vårdprocesserna
- förenkla och minska administrationen

De teambaserade arbetssätten måste vidareutvecklas med målet att minska arbetsbelastningen på var och en, i synnerhet på sjuksköterskorna då bristen på denna personalkategori med all sannolikhet kommer kvarstå. Vidare måste inhyrningen av vårdpersonal fortsatt hållas låg och i stället ersättas med fast anställd personal till goda villkor som främjar kontinuitet, möjlighet till kompetensutveckling, bättre arbetsmiljö, arbetsglädje, bättre vårdkvalitet och i slutändan en ekonomi i balans.

Vi behöver öka digitaliseringstakten, automatisera och robotisera. Långsiktigt måste vi även arbeta strategiskt med AI, implementera och skala upp den nya tekniken. Målbilden är att frigöra mer tid till vården av patienten samtidigt som egenvården kraftigt ökas.

Inget sjukhus kan ensamt lösa framtidens utmaningar. Vi måste arbeta mer tillsammans, med hela hälso-, sjukvårds- och omsorgssystemet. Resursutnyttjandet av den totala kapaciteten behöver optimeras genom ökad flexibilitet och gemensam kapacitets- och produktionsplanering och -styrning.

Om den här rapporten

Frågor kan ställas till:

Åsa Hammar, chefläkare patientsäkerhet, Danderyds sjukhus, asa.lindstrom-hammar@regionstockholm.se

Anna Bonnivier, chefsjuksköterska, Danderyds sjukhus, anna.bonnivier@regionstockholm.se

Erik Sköldenberg, operativ direktör, Danderyds sjukhus, erik.skoldenberg@regionstockholm.se