



Danderyds Sjukhus

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Februari 2026

ASN 2026-1404

Innehåll

Syfte.....	4
Grundläggande förutsättningar för god och säker vård	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Organisation och ansvar kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.....	6
Taktiskt forum kvalitet.....	7
Kvalitetspolicy	7
Verksamhetsplanering.....	7
Vård, forskning och utbildning av god kvalitet	8
Hållbar och attraktiv arbetsgivare	9
Ekonomi balans – åtgärdsprogram för ekonomi i balans.....	9
Sjukhusets mål och indikatorer	10
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	11
Samverkan för god och säker vård.....	12
En god säkerhetskultur	13
Systematiskt arbetsmiljöarbete	13
Patientsäkerhetskultur	17
Adekvat kunskap och kompetens	19
Klinisk träning och yrkeskompetens.....	19
Övrig kvalitetsredovisning under patientprocesserna	22
Patienten som medskapare	24
Planerat förbättringsarbete 2026	24
Patientnöjdhet	25
Agera för säker vård	26
Ökad kunskap om inträffade vårdskador.....	26
Händelseanalyser och Lex Maria.....	26
Stärka analys lärande och utveckling	27
Vårdavvikelser	27
Synpunkter och klagomål	28
Säker vård här och nu	29
Riskhantering och förebyggande patientsäkerhetsarbete	29
Tillförlitliga och säkra system och processer	31

Smittspridning och vårdrelaterade infektioner.....	31
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI)	32
Trycksårsprevention.....	35
Fallprevention	36
Säker ordination och hantering av läkemedel	37
Strama-grupp.....	41
Återinläggningar	42
Öka riskmedvetenhet och beredskap	42
Katastrofmedicinsk beredskap	42
Systematiskt säkerhetsarbete	44
It-säkerhet	45
Medicinsk Teknik	45
Systematiskt miljöarbete	46
Strålsäkerhet.....	47
It, informationssäkerhet och dataskydd	49

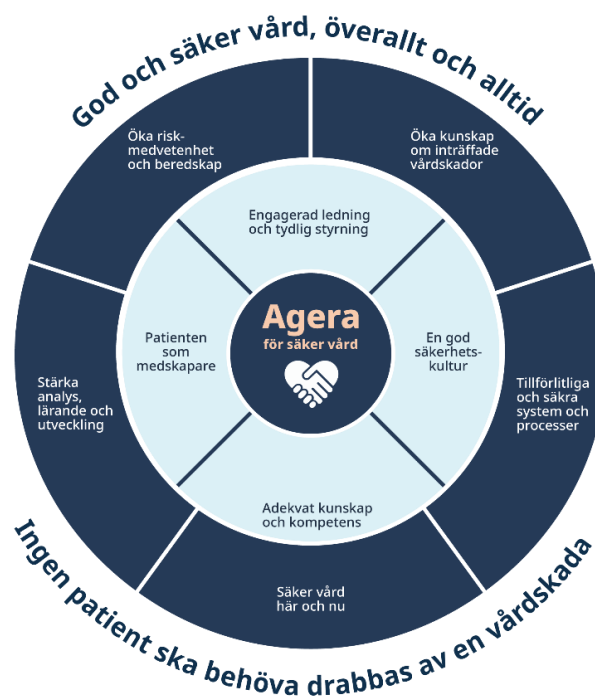
Syfte

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.

På Danderyds sjukhus har vi valt att bredda patientsäkerhetsberättelsen till att även omfatta en beskrivning av kvalitetsarbetet på sjukhuset, därav namnet kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Socialstyrelsen har i bred samverkan tagit fram en nationell handlingsplan som ska stärka patientsäkerheten, Agera för säker vård. Vi utgår från den i vårt patientsäkerhetsarbete. Den första handlingsplanen lanserades 2020. Handlingsplanen uppdaterades 2025 och gäller fram till 2030.



Figur 1 beskriver den nationella handlingsplanen som ska stärka patientsäkerheten

Danderyds sjukhus i siffror

- 4 700 anställda
 - 500 vårdplatser
 - 47 000 vårdtillfällen i slutenvården
 - 500 000 besök i öppenvården
 - 130 000 akutbesök (varav 100 000 på stora akutmottagningen)
 - 4 500 förlossningar
 - 26 000 operationer
 - 2 000 elever och studenter från 60 lärosäten i ett 30-tal utbildningsprogram
 - Personalkostnader: 4 miljarder kronor
 - Omsättning: 6,3 miljarder kronor
- Läs mer: www.ds.se

Grundläggande förutsättningar för 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.

Dessa är:

- En engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

Organisation och ansvar kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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 Akutsjukhusnämnden tillsammans med sjukhusdirektör och ledningsgruppen.

Som samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete verkar sjukhusledningens stabsfunktioner; där till exempel chefläkare och chefsjuksköterska 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 farmakolog Karolinska Universitetssjukhuset 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 råd, nätverk och arbetsgrupper.

För sjukhusövergripande uppdrag finns flertalet kvalitetsråd inom olika områden, till exempel läkemedel, fallprevention, hygien, 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.

Taktiskt forum kvalitet

Under året gjordes en översyn av uppdraget för taktiskt forum kvalitet (TFQ) som också bytte namn till taktiskt forum vårdkvalitet (TFVK). Uppdraget utgår från sjukhusledningen och TFVK hanterar kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor som berör fler än ett verksamhetsområde. TFVK har i uppdrag att säkerställa måluppfyllelse inom dessa gemensamma områden. TFVK syftar till att underlätta det verksamhetsövergripande arbetet med löpande förbättringar och att möjliggöra en patientsäker, högkvalitativ, effektiv och arbetsmiljömässigt hållbar verksamhet. TFVK ombesörjer genomförande av direktiv från den strategiska nivån, såsom sjukhusledning och sjukhusdirektör.

Kvalitetsdialog med sjukhusdirektör

Som ett led i att utveckla kvalitetsuppföljningen genomförs kvalitetsdialog mellan verksamheterna, sjukhusdirektör, chefläkare och chefsjuksköterska en gång per termin. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för dialog tillsammans med verksamhetsledning, medarbetare och patienter kring det verksamhetsnära kvalitetsarbetet.

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, uppdrag och budget dels av sjukhusuppdraget via Hälso- och sjukvårdsnämnden och de mål och indikatorer som uppdraget innebär för sjukhuset.

Den övergripande målbilden för Danderyds sjukhus utgörs av Region Stockholms långsiktiga mål. 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 och ställs samman på sjukhusnivå i den interna kontrollplanen. Riskanalyser görs regelbundet, framför allt i samband med olika verksamhetsförändringar.

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav. Danderyds sjukhus har särskilt fokus på ett antal områden som bedöms ha störst påverkan på resultatet:

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

Vård, forskning och utbildning av god kvalitet

Nya arbetssätt och vårdformer behöver utvecklas i allt snabbare takt. Andelen patienter med omfattande vårdbehov och patienter i behov av specialiserad vård ökar på akutsjukhusen.

Under 2025 organiserades arbetet för Kloka Kliniska Val (KKV) sjukhusövergripande. Syftet med KKV är att inte utsätta patienter för diagnostik och behandling som inte är av värde för den enskilda patienten. KKV ökar tillgängligheten för de patienter som är i behov av vård, minskar hälso- och sjukvårdens klimatavtryck och har positiv inverkan på sjukhusets ekonomi.

Under 2025 har arbetet fortsatt för att förbättra kvaliteten i vården genom att bland annat stärkt fokus på flödesutjämnande åtgärder både inom akuten och inom slutenvården. Särskilt fokus har varit på multisjuka äldre patienter på sjukhuset och att utveckla samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer. Danderyds sjukhus har sedan hösten 2024 en geriatrisk akut dagvårdsavdelning (GADVA). GADVA är en viktig del av sjukhusets strategi för att förbättra omhändertagandet av multisjuka äldre patienter. Dagvårdsavdelningen, som ligger i direkt anslutning till akuten, tar emot patienter från akuten för en geriatrisk bedömning, omvårdnad och beslut om vidare vård. GADVA fungerar mycket väl och bidrar till ett förbättrat omhändertagande av multisjuka äldre patienter och är en effektiv vårdform.

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 arbetssätt.

Samverkan i nätverkssjukvården med kommunen och primärvården blir allt viktigare, där fysiska besök och e-tjänster är naturliga delar av vårdutbudet och förutsättningar för 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, närakuten, primärvård och kommuner för kortare ledtider, med särskilt fokus på sammanhållen vård för multisjuka äldre.

För att främja forskning och utveckling inom vården krävs integration av sjukhusets tre kärnuppgifter; sjukvård, utbildning och forskning. Danderyds sjukhus bedriver betydande klinisk forskning främst i samarbete med Karolinska Institutets institution, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus (KIDS), och det finns sedan många år ett utvecklat och strukturerat samarbete i syfte att stärka FoUU vid sjukhuset. Exempel på detta är att institutionen och Danderyds sjukhus gemensamt fattat beslut om att den forskning som sker på KIDS/Danderyds sjukhus till stor del ska utgå från de stora patientgrupper som sjukhuset behandlar, men för att främja god vård har vi arbetat vidare för att gränserna mellan den kliniska vården, forskningen, utbildningen samt utveckling och innovation ska bli mer sömlösa.

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 senaste åren skett en kraftig minskning av inhyrd personal. 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 2025. Antalet sjuksköterskor har ökat under året vilket möjliggjort en fortsatt minskning 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.

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans syftar främst till att:

- Hålla bemanningstalen inom givna ekonomiska ramar vilket kräver nya arbetssätt
- Fortsätta minskningen av dyra bemanningslösningar som övertid och inhyrd personal
- Effektivisera lokalanvändningen och säga upp lokaler som inte längre behövs
- Kloka kliniska val, minska kostnader för exempelvis laboratorieanalyser och material
- Besparingar genom effektiva inköp/upphandlingar och förbättrad avtalskontroll

- Öka digitaliseringstakten inte minst när det gäller att förenkla och minska administrativa kostnader genom robotisering, automatisering och AI teknik
- Fortsatt samverkan med hela systemet där de viktigaste aktörerna är den egenägda vården, externa geriatriken, ASIH, vårdcentralerna och omsorgen (SÄBO).

Sjukhuset stämmer regelbundet av resultatavvikelser 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 mål och indikatorer

En viktig utgångspunkt för verksamhetsplaneringen är den vision och mål som

Regionfullmäktige har formulerat för sjukhuset, trender och händelser i omvärlden, sjukhusets övergripande intressentanalys och bindande krav samt det sjukhusuppdrag som Danderyds sjukhus har via beställaren (Hälso- och sjukvårdsnämnden). 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 för att klara de specifika mål och indikatorer som beslutas 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)
- God ekonomisk hushållning (Ekonomiperspektivet).

Målen i styrkortet är mätbara och bidrar till att Danderyds sjukhus uppfyller de beslutade kraven 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.

Aktiviteter 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 bli delaktiga i arbetet med att nå sjukhusets övergripande mål.

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 strukturerade vårddata. Systemet möjliggör uppföljning av resultat över tid och ger förutsättningar för analys av data genom specialdesignade rapporter. Resultatrapporterna möjliggör snabb återkoppling och visualisering av resultat. Eventuellt förbättringsarbete kan därmed initieras direkt i vårdverksamheterna. Flertalet strukturerade egenkontroller har utarbetats och ingår i årsplanen för kvalitetsuppföljning.

Under året har Danderyds sjukhus tillsammans med Södersjukhuset och Södertälje sjukhus arbetat med ett gemensamt projekt för att lämna webbverktyget Rapportor som använts för rapportering och visualisering av enkäter och vissa kvalitetsdata. Under 2026 kommer i stället Webbenkät användas för patientenkäter. Webropol används för enkäter till närstående och medarbetare. Punktprevalensmätningar (PPM) och egenkontroller redovisas i Qlik Sense (QS).

Under 2026 kommer ett nytt avvikelssystem, Avvikelseportalen, att implementeras och ersätta det befintliga systemet Händelsevis. Förhoppningen är ett förenklat och förbättrat sätt att rapportera och handlägga avvikelser inom vård, arbetsmiljö och miljö. Det nya systemet ska enligt plan drifställas i september.

Resultatuppföljning

Verksamheterna redovisar kvalitetsresultaten regelbundet vid rapportering samt vid dialogmöten. Sjukhusledningen har kvalitets- och patientsäkerhetsdialog med alla verksamhetsområden terminsvis. Syftet med dialogmötena är uppföljning av till exempel kvalitetsresultat och patientsäkerhet samt identifiera risker inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet. Dialogmötena syftar även till att säkerställa att verksamheten genomför och utvärderar beslutade åtgärder inom kvalitet och patientsäkerhet.

En egenkontroll för kvalitet och patientsäkerhet införs under år 2026 och ska utföras av samtliga kliniker eller verksamhetsområden. Egenkontrollen ersätter tidigare intern revision för sjukhusets kvalitet.

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.

Analysteamen 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.

Samverkan för god och säker vård

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Inom sjukhuset fortgår implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som är en del i nationell och regional kunskapsstyrning. Genom processtyrning leder och utvecklar sjukhuset vården.

Genomförda förbättringsarbeten 2025

Akutprocessen är en prioriterad process på Danderyds sjukhus (DS) som är Nordens största akutsjukhus för vuxna. Antalet akutsökande har ökat med 6 procent under 2025 men tiden till läkare har kortats och 37 procent av patienterna har en vistelsetid ≤ 4 timmar. Under året har sjukhuset arbetat genom medarbetardrivet förbättringsarbete på utvalda vårdavdelningar med akuta vårdplatser.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp säkerställs genom vårdsamordnare och kontaktsjuksköterskor. Sjukhuset samverkar med primärvården genom telefonkonsultationer och frågeremisser. Under året har samverkan stärkts mellan DS och primärvården genom regelbundna möten mellan DS och vårdcentraler med Geografiskt Samordnings Ansvar (GSA) inom DS upptagningsområde på uppdrag av Akutsjukhusnämnden.

Utvecklingsprojektet mellan DS verksamhetsområde medicinska specialiteter och aktörer för akutsjukvård i hemmet (ASIH) har avslutats men samarbetet utvecklas vidare.

Planerade förbättringsarbeten 2026

Det medarbetardrivna förbättringsarbetet i Akutprocessen fortsätter att fokusera på vårdavdelningarnas arbetssätt. Under kommande år är målet att samtliga vårdavdelningar med akuta vårdplatser ska ha en förbättringsgrupp.

Fortsatt arbete i höftfrakturprocessen. I år opererades 54 procent av höftfrakturerna inom 24 timmar, målet är 75 procent.

Verksamheterna på sjukhuset samverkar ytterligare med primärvården och specialistmottagningar utanför sjukhuset för att arbeta personcentrerat och säkerställa vårdens övergångar. Regionala grupper och nätverk för samverkan utvecklas vidare.

Genom den nya organisationen för akutsjukhusen har vi arbetat mer tillsammans. Den regiongemensamma produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS) liksom konsultationer mellan sjukhusen och primärvården är exempel på ökad samverkan.

En god säkerhetskultur

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, vilket bland annat innebär 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 2025

De uppsatta målen för arbetsmiljöområdet år 2025 följer Regionfullmäktiges mål. Områden som följs upp är; hållbart medarbetarengagemang, andel medarbetare som utsätts för hot och våld, andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid samt personalomsättning. Målen mäts till viss del i den regiongemensamma kartläggningen av organisatorisk och social arbetsmiljö benämnd OSA-kartläggning.

I 2025 års kartläggning har frågor ställts inom kriterier såsom hållbart medarbetarengagemang (HME), hållbart säkerhetsengagemang (HSE), andel medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete samt frågor om organisatorisk och social arbetsmiljö.

Resultat inom området hållbart medarbetarengagemang (HME)

Hållbart medarbetarengagemang (HME) som mäts inom ramen för OSA-kartläggningen, visar fortsatt höga och stabila värden. Danderyds sjukhus HME-index uppgick 2025 till 80 på en skala

från 0 till 100 (jämfört med regionens resultat på 79), vilket är en liten minskning jämfört med 2024 års resultat på 81.

Delområdet motivation ligger kvar på samma nivå som år 2024, det vill säga 80 (jämfört med regionens resultat på 80). Delområdet ledarskap har ökat från 80 till 81 (jämfört med regionens resultat på 81). Delområdet styrning har minskat något, från 81 till 78 (jämfört med regionens resultat på 76). Danderyds sjukhus uppfyllde därmed målvärdet för 2025, vilket är ≥ 80 .

Resultat sjukfrånvaro

Regionens målvärde för sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid är 6,0 procent. Vid Danderyds sjukhus uppgick sjukfrånvaron år 2025 till 6,4 procent vilket är en minskning i jämförelse med år 2024 då sjukfrånvaron var 6,8 procent.

Korttidssjukfrånvaron (1–14 dagar) låg vid årets slut i stort sett på samma nivå som år 2024, det vill säga på 3,0 procent. Långtidssjukfrånvaron (över 90 dagar) har minskat, i jämförelse med samma period föregående år, från 2,8 till 2,4 procent.

Den totala sjukfrånvaron för kvinnor har minskat från 7,4 till 6,9 procent. För män har den totala sjukfrånvaron ökat från 3,9 till 4,4 procent i jämförelse med år 2024.

Arbetsmiljöavvikelser

Antalet anmälda arbetsmiljöavvikelser uppgick år 2025 till totalt 1 695 anmälningar, varav 505 tillbud (467 år 2024), 346 anmälda skador/sjukdomar (369 år 2024) samt 844 anmälningar som avser risk för att en händelse kan inträffa (754 år 2024). Jämfört med år 2024, då avvikelserna uppgick till totalt 1 590 anmälningar, har antalet således ökat. De flesta avvikelserna handlar om arbetsorganisation, fysiska/kroppsliga skador, sociala/psykiska arbetsskador samt hot och våld. Av de fysiska skadorna gäller flest anmälningar stick- och skärskadorna med risk för smitta.

Anmälda arbetsmiljöavvikelser inom området hot och våld har ökat från 117 anmälningar år 2024 till 145 anmälningar år 2025 och ligger därmed på samma nivå som år 2022. Detta innebär en ökning efter att antalet anmälningar minskat under åren 2022–2023. En förklaring till ökningen av antalet anmälda händelser i ett längre tidsperspektiv kan vara att kunskapen inom området ökat, vilket i sin tur ökar benägenheten att anmäla och utreda händelser av allvarligare karaktär.

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

Måluppfyllelse avseende hot och våld mäts i den årliga OSA-kartläggningen. Resultatet för 2025 visar att 11 procent av de svarande har utsatts för någon form av hot eller våld, en ökning jämfört med föregående år då motsvarande siffra var 9 procent. Danderyds sjukhus ligger därmed fortfarande över det uppsatta målvärdet för 2025, som är 8 procent eller lägre.

Trots ökningen av andelen medarbetare som uppger att de utsatts för hot eller våld visar undersökningen en positiv utveckling inom områdena stöd och åtgärder. En större andel

medarbetare uppger att de vet vart de ska vända sig om de utsätts för hot och/eller våld, jämfört med föregående år. Fler svarande anger också att de har kontaktat chef eller annan funktion, att de upplever att de får stöd samt att åtgärder har vidtagits.

Danderyds sjukhus fick i mars 2023 VR-utrustning installerad för att ge möjlighet till övningar av bemötande i hot- och våldssituationer. Under 2025 hade ett 60-tal medarbetare genomfört utbildning till handledare/instruktör. Flera verksamhetsområden har genomfört övningar med utrustningen inom sina egna verksamheter. Mer om insatser inom området hot och våld beskrivs i avsnittet Genomfört förbättringsarbete 2025.

Analys

I 2025 års OSA-kartläggning uppnådde Danderyds sjukhus en svarsfrekvens på 75 procent, vilket är i linje med föregående år då svarsfrekvensen var 76 procent.

Resultaten från årets OSA-kartläggning visar att sjukhusets medarbetare upplever sitt arbete som meningsfullt och att en hög andel ser fram emot att gå till jobbet. På sjukhusövergripande nivå finns styrkorna framför allt inom områdena bemötande, trivsel, delaktighet, motivation och ledarskap. Gruppresurser och stöd från kollegor är starka områden med god gemenskap och en tydlig känsla av delaktighet. Ledarskapet får höga betyg; cheferna visar förtroende, ansvar och uppskattning gentemot medarbetarna, även om det finns utrymme för utveckling när det gäller att tydliggöra verksamhetens mål.

Krav och stress i arbetet är periodvis höga, och på sjukhusnivå bedöms de största utvecklingsområdena finnas inom krav, organisationsresurser samt återhämtning och arbetsbelastning. Ett generellt utvecklingsområde är att skapa bättre förutsättningar för återhämtning, både under arbetsdagen och efter perioder av hög arbetsbelastning.

Resultatet för sjukfrånvaron visar på en nedåtgående trend, men Danderyds sjukhus har ännu inte nått Region Stockholms målvärde på <6,0 procent. Det är därför viktigt att fortsätta utveckla och stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet samt chefernas kunskap inom arbetsmiljöområdet. Pågående insatser för att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron, både på kort och lång sikt, behöver fortsätta och utvecklas vidare. Det är också centralt att skapa goda förutsättningar för återhämtning och att arbetet med att stärka medarbetare inom särskilt utsatta verksamheter fortsätter. I detta arbete är ett tydligt ”behålla-perspektiv” viktigt, där fokus ligger på att skapa en hållbar arbetsmiljö som gör att medarbetare väljer att stanna kvar vid Danderyds sjukhus.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Danderyds sjukhus fick under 2025 medel från Region Stockholm som gjorde det möjligt att fortsätta driva flera insatser för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö med fokus på ökad hälsa, förebyggande av ohälsa och minskad sjukfrånvaro.

Exempel på insatser som har genomförts under 2025 är bland annat fortsatta satsningar på att stärka arbetsmiljökompetensen hos chefer, skyddsombud och medarbetare inom områdena

systematiskt arbetsmiljöarbete, organisatorisk och social arbetsmiljö samt arbetslivsinriktad rehabilitering, både genom grundläggande och fördjupande utbildningar. Riktade insatser på både individ- och gruppnivå har genomförts genom aktivitetsprogram inom arbetslivsinriktad rehabilitering, livsstilsprogram med mera. Insatser har även genomförts i form av grupphandledning och teamutveckling på avdelningar där det funnits behov som har sin grund i konflikter på arbetsplatsen.

För att stärka det hälsofrämjande arbetet har ett flertal föreläsningar genomförts, bland annat inom skadligt bruk, kommunikation och bemötande. Även insatser för att stärka kunskaperna inom utsatthetsområdena hot och våld, kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier har genomförts. Utöver detta har också föreläsningar för att öka kunskapen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar genomförts.

Under 2025 tilldelades också verksamhetsområdena riktade medel för att kunna genomföra aktiviteter inom arbetsmiljöområdet utifrån behov som framkommit i föregående års OSA-kartläggning och vid den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Inom området hot och våld har flera insatser fortsatt, bland annat utbildning och övningar med VR-teknik i syfte att träna bemötande av patienter och anhöriga i situationer med risk för hot eller våld. Under 2025 genomfördes också verksamhetsanpassade utbildningar på de enheter där behovet av att stärka kunskapen om hot, våld och bemötande bedömdes vara störst. Bland de medverkande verksamheterna fanns akutmottagningen, entréfunktionen, kvinnosjukvården, internmedicin, AT-läkare och IVA med flera. Utöver detta har även en skydds rond avseende hot och våld tagits fram av HR. Våren 2025 fick medarbetare också möjlighet att prova VR-utrustningen under medarbetardagen.

Utöver ovanstående insatser har även metoder, verktyg och arbetssätt fortsatt att utvecklas, bland annat genom en större revidering av samtliga skydds ronder. Därtill har en e-utbildning tagits fram i rehabmodulen HälsoSAM, en modul i Heroma som införs under 2026.

Planerat förbättringsarbete 2026

Regionstyrelsen har avsatt medel för att nämnder och bolag ska fortsätta att arbeta aktivt och systematiskt med den fysiska, sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Danderyd sjukhus har blivit beviljat medel för projektet Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. Påbörjade insatser kommer därmed att fortsätta under år 2026 och planeras utifrån nedanstående tre delområden:

- Förstärka arbetsmiljökompetensen och kvalitetssäkra arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet, organisatorisk och social arbetsmiljö 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 uppföljande insatser både för kort- och långtidssjukfrånvaron.

- DS satsar friskt. Danderyds sjukhus strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare bland annat genom att erbjuda sjukhusövergripande insatser i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Utöver ovanstående aktiviteter planeras både sjukhusövergripande och lokala insatser för att förbättra och stärka arbetsmiljön inom sjukhuset. Planerade insatser är bland annat att implementera rehabmodulen HälsoSAM, genomföra en fördjupad utbildning inom arbetsplatsinriktad rehabilitering samt fortsätta arbetet med att stärka Danderyds sjukhus kemikaliearbete.

Inom området hot och våld fortsätter arbetet med att stärka kompetensen hos medarbetare och chefer, bland annat genom övningar med VR-utrustning och behovsanpassade utbildningar. Region Stockholm arbetar också med att ta fram en tillämpningsanvisning med tillhörande APT-material.

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 av patientsäkerhet som genomförs varje år i samband med medarbetarenkäten.

Mål 2025

Mål för 2025 är samma som föregående år, det vill säga att alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur. Önskvärt är även att alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet.

Resultat

88 procent alla som besvarade medarbetarundersökningen år 2025 svarade på HSE-frågorna. Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 är förbättrat (77 enheter) jämfört med år 2024 (75 enheter). Resultatet ligger i linje med Region Stockholms totala HSE-värde. Att förbättra kulturen är ett långsiktigt arbete och samtliga verksamhetsområden arbetar med handlingsplaner för förbättrad patientsäkerhetskultur.

Hur stor andel av chefer och andra nyckelpersoner som genomgått Socialstyrelsens e-utbildning varierar mellan verksamhetsområdena.

Analys

Den fråga i HSE som får sämst resultat i årets mätning är samma som föregående år, det vill säga om vi erbjuder patienter att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet. En möjlig förklaring är att frågan inte är tillräckligt tydligt formulerad. En annan förklaring kan vara att sjukhuset i högre utsträckning skulle kunna göra patienter och närstående mer delaktiga i annat patientsäkerhetsarbete än i samband med utredningar av avvikelser. En stor tillgång i förbättringsarbetet är de synpunkter som kommer från patienter och närstående, något flera verksamheter belyser.

Danderyds sjukhus HSE-resultat ligger i linje med Region Stockholms totala resultat. Den vårdverksamhet inom sjukhuset som har lägst resultat får varje år allt bättre resultat.

Det verksamhetsområde som har högst resultat i HSE arbetar aktivt med att i olika kanaler och former göra det systematiska patientsäkerhetsarbetet mer synligt och transparent samt uppmuntrar till kommunikation mellan medarbetare, både om avvikelser och i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Att förbättra säkerhetskulturen är ett långsiktigt och ständigt pågående arbete. Alla enheter står inför olika utmaningar och upprättar individuella handlingsplaner utifrån HSE-resultatet.

För att stärka arbetet med vårdkvalitet, patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur ändrades arbetssättet kring dessa frågor för sjukhusets ledning år 2024. Ett Taktiskt forum har inrättats och hanterar vårdkvalitet- och patientsäkerhetsfrågor som berör fler än ett verksamhetsområde. Även patientsäkerhetsdialoger infördes. Syftet med dialogerna är att följa upp kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna genom besök av sjukhusledningen, två gånger per år på respektive verksamhetsområde. Arbetets former utvärderas och justeras löpande till nya förutsättningar och aktuella fokusområden.

Under våren 2025 lanserade Socialstyrelsen en andra upplaga av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. En sjukhusövergripande grupp har arbetat med att identifiera Danderyds sjukhus starka sidor och förbättringsområden, ett arbete som har utmynnat i en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

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

Introduktionsutbildning för chefer har återupptagits och patientsäkerhet är en del av programmet.

Många verksamheter satsar på olika arbetsformer för att på ett systematiskt vis synliggöra och lära av inträffade avvikelser.

Planerat förbättringsarbete 2026

En egenkontroll för kvalitet och patientsäkerhet införs under året och ska utföras av samtliga kliniker eller verksamhetsområden. Egenkontrollen ersätter tidigare interna revision för kvalitet.

Ett årshjul för kvalitet och patientsäkerhet ska utarbetas för att ge en översiktlig bild av alla aktiviteter inom kvalitet och patientsäkerhet fördelade över året. 2026 blir det i en enklare form med förhoppning om en mer utvecklad version kommande år.

Arbete med den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet fortsätter, likaså satsningen på Socialstyrelsens e-utbildning.

Adekvat kunskap och kompetens

Klinisk träning och yrkeskompetens

Kompetens omfattar kunskap, förmågor och beteenden. En grundläggande förutsättning för god och säker vård är att ett tillräckligt antal medarbetare har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.

Kompetens består av både tekniska och icke-tekniska färdigheter. Tekniska färdigheter omfattar praktisk kunskap om hur exempelvis diagnostiska undersökningar, bedömningar och procedurer ska genomföras. Icke-tekniska färdigheter handlar om situationsmedvetenhet, kommunikation, ledarskap, beslutsfattande, teamarbete och stresshantering. Både tekniska och icke-tekniska färdigheter behöver tränas och utvecklas kontinuerligt för att stärka patientsäkerheten.

Ett väl fungerande teamarbete, där varje medarbetare bidrar med sin specifika kompetens, är också en viktig förutsättning för hög patientsäkerhet. Teamet omfattar inte bara den närmaste arbetsgruppen utan även funktioner och nivåer högre upp i organisationen.

Clinicum, Danderyds sjukhus utbildningscentrum, bidrar till en patientsäker vård genom att säkerställa introduktionsprogram för nytexaminerade och nyanställda samt främja kontinuerlig fortbildning för vårdens medarbetare. Detta stärker både anpassningsförmåga och långsiktig kompetensförsörjning. Utöver teoretiska utbildningsinsatser och workshops erbjuder Clinicum klinisk färdighetsträning och interprofessionell teamträning i simulerad miljö. Teamträningen omfattar både tekniska och icke-tekniska färdigheter och bygger på scenarier hämtade från verkliga händelser och avvikelser i vården. Lärandet blir därmed erfarenhetsbaserat och förebyggande, med målet att minska risken för framtida negativa händelser.

Mål 2025

Medarbetarnas kunskap, erfarenhet och kompetens är sjukhusets viktigaste resurs. En systematisk och behovsstyrd kompetensutveckling ska skapa förutsättningar för en tillgänglig och kvalitativ hälso- och sjukvård. Kompetensutvecklingsaktiviteter ska utformas så att syfte och

mål med läraaktiviteterna tydligt stödjer en säker, evidensbaserad, personcentrerad och jämlik vård som ges i rätt tid. Utbildningsinsatserna ska även bidra till stärkt teamförmåga, förbättrad följsamhet till riktlinjer samt ökad handlingsberedskap i kliniska situationer.

Resultat

Under 2025 har fokus legat på lärande som stärker patientsäkerheten genom strukturerade och relevanta läraaktiviteter för både enskilda medarbetare, professioner och multiprofessionella team. Scenario- och teamträning i simulerad miljö har varit en central metod, med inriktning på akuta tillstånd, kritiska moment och samarbetsförmåga i vårdteam. Övriga utbildningsinsatser har kombinerat praktisk färdighetsträning, föreläsningar, simulering, reflektion och återkoppling, vilket har bidragit till ökad klinisk trygghet, bättre kommunikation i team samt ökad medvetenhet om risker och förebyggande arbetssätt i vården.

Analys

Under året har flera introduktionsutbildningar, workshops, simuleringsövningar och andra kliniskt relevanta utbildningsaktiviteter genomförts som en del av det systematiska kompetensutvecklingsarbetet. Läraaktiviteterna har utformats med tydlig koppling till patientsäkerhet och klinisk kvalitet, med målsättning att stödja en säker, evidensbaserad och personcentrerad vård. Särskilt fokus har legat på utbildningsinsatser som stärker förmågan att arbeta patientsäkert i praktiken. Genomförda utbildningsaktiviteter har haft god uppslutning och ett högt deltagarengagemang.

Genomförda förbättringsarbeten 2025

- Klinisk basutbildning för nyutexaminerade sjuksköterskor på steg 1–2 i kompetensstegen. Programmet är kopplat till de sex kärnkompetenserna: personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik. Utbildningen revideras och uppdateras terminsvis utifrån deltagarutvärderingar och i samråd med Clinicums utbildningsledare.
- Klinisk basutbildning för nyutexaminerade undersköterskor samt undersköterskor med begränsad erfarenhet av akutsjukvård på steg 1–2 i kompetensstegen. Innehållet utgår från de sex kärnkompetenserna och uppdateras terminsvis baserat på utvärderingar och dialog med utbildningsledare på Clinicum.
- Intermediärvårdsutbildning för grundutbildade sjuksköterskor verksamma inom högre vårdnivåer, exempelvis hjärtintensivvård, intermediärvårdsavdelning, neurologisk akutvårdsenhet och intensivvård, har återupptagits efter uppehåll. Utbildningen genomfördes under höstterminen med högt deltagarantal.
- Utbildning för medarbetare som tjänstgör under sommaren med föreläsningar samt färdighetsträning i praktiska moment.

- Workshop för sjuksköterskor i ultraljudsledd venaccess samt svårstucken patient. Utbildningarna syftar till att stärka förmågan att etablera säker perifer venaccess inom slutenvården.
- Workshop ”Mäta, värdera och rapportera vitalparametrar” har genomförts. Utbildningsinsatsen riktar sig till undersköterskor men ingick även i utbildningsprogrammet för kompetensförstärkning för vikarierande underläkare samt vikarierande underläkare med kompletterande ansvar sommaren 2025. Deltagarna får en genomgång av det validerade instrumentet NEWS2 (National Early Warning Score) för att mäta och bedöma patientens vitalparametrar och tillstånd, akutomhändertagande enligt A-E-principen, kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation) och riktad kommunikation för att kunna förmedla patientens tillstånd i teamet. Deltagarna får även en genomgång av Danderyds sjukhus larmrutiner.
- Simuleringsövningar med vårdteam med fokus på akut omhändertagande enligt ABCDE-principen. Övningarna har även omfattat teamkommunikation, resursanvändning och situationsmedvetenhet.
- Två större flödessimuleringar med inriktning på omhändertagande vid akut stroke, med mål att initiera propplösande behandling inom 30 minuter. Övningarna genomfördes interprofessionellt på akutmottagningen i samverkan med berörda delar av vårdkedjan – från prehospitalt team till akutmottagning, röntgen och strokeenhet.
- På uppdrag av sjukhusledningen har två större, klinikövergripande övningar genomförts i samverkan mellan Anestesikliniken, Kvinnokliniken, Hjärtkliniken och med interventionsteam från SÖS/K. Övningarna genomfördes på DS hjärtintervention med fokus på följsamhet till riktlinjen för handläggning av stor blödning samt test av lokaler, logistik och organisation.
- Utbildning av medarbetare i sjukhus-hjärtlungräddning (S-HLR) och avancerad hjärtlungräddning (A-HLR) för barn och vuxna har genomförts kontinuerligt under året. Utöver detta har en grundläggande hjärtlungräddning som riktar sig till administrativ personal och servicepersonal tillhandahållits.
- Sjukhusövergripande övningen ”Larmet går” har genomförts, där oannonserade simulerade hjärtstopp iscensätts på enheterna. Övningarna följs av strukturerad återkoppling med syfte att identifiera styrkor och förbättringsområden i teamets agerande och arbetssätt.
- Arbete med regionala kompetensstegar har genomförts för farmaceuter, steriltekniker, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.
- Deltagande i lokal projektgrupp för införande av Region Stockholms nya upphandlade it-stöd för kompetensplanering och kompetensutveckling.

Planerade förbättringsarbeten 2026

- Genomföra Klinisk basutbildning för sjuksköterska och undersköterska med start två gånger per år samt uppdatera innehåll och utbildningsformer.

- Genomföra Intermediärvårdsutbildning med start två gånger per år samt uppdatera innehåll och utbildningsformer efter behov.
- Bibehålla antalet tillgängliga tider för färdighetsträning och examination gällande kateterisering av urinblåsa och kapillär och venös provtagning samt blododling.
- Genomföra riktade utbildningsinsatser för medarbetare som tjänstgör under sommaren för att stärka kompetens och beredskap.
- Fortsatt samarbete och deltagande i referensgrupp för Kliniskt utvecklingsprogram för undersköterskor på steg 3–4 i kompetensstegen som bedrivs av SÖS.
- Fortsatt arbete med sjukhusövergripande utbildningsinsats i PVK-hantering enligt fastställd handlingsplan, riktad till medarbetare som arbetar med perifera venkatetrar.
- Upprätthålla övningen “Larmet går” till tolv enheter under året.
- Sjukhusövergripande simuleringsövning planeras på hjärtintervention för att testa lokal och arbetssätt vid eventuell utökad hjärtbehandling samt identifiera risker och förbättringsbehov.
- Utöka simuleringsutbildning till fler verksamhetsområden, såsom anestesi, geriatrik och medicin.

Övrig kvalitetsredovisning under patientprocesserna

Hjärtstoppprocessen vid Danderyds sjukhus skapades år 2005 där det sjukhusövergripande uppdraget kommer från sjukhusets styrgrupp; att sträva efter ett ständigt förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete. I enlighet med Svenska HLR-rådets nationella riktlinjer hanteras inom processen frågor om hjärtstopp och akutlarm med fokus på förbättringsarbete inom områdena utbildning, medicinskt teknisk utrustning, larmorganisation och uppföljning av kvalitetsdata på sjukhusövergripande nivå.

Hjärtstoppprocessens övergripande mål är att:

- Behandla alla som drabbas av ett plötsligt oväntat hjärtstopp på ett optimalt sätt
- Bidra med kompetens, kunskap och trygghet hos medarbetarna
- Säkerställa adekvat utrustning
- Skapa förutsättningar för en välfungerande larmorganisation.

Mål 2025

Hjärtstoppprocessen ska under 2025 verka för att främja förebyggandet av hjärtstopp, medverka för kvalitetssäkrat omhändertagande vid hjärtstopp samt skapa förutsättningar för uppföljning av hjärtstopp på Danderyds sjukhus.

Resultat

Under året har ett flertal aktiviteter genomförts inom ramen för uppsatta mål.

Analys

Arbetet inom hjärtstoppssprocessen har omfattat både utvecklingsinsatser, vidmakthållande av verksamheten och kompetensutveckling. Samtliga planerade aktiviteter inom det förebyggande hjärtstoppsarbetet har genomförts. Ett omfattande insats har genomförts kring införandet av nya hjärtstartare på sjukhuset, med fokus på sjukhusövergripande implementering och utbildning av medarbetare.

Arbetet har följts upp genom en utvärdering av de nya hjärtstartarna via enkät som i stora drag visat på positiv återkoppling kring implementeringsarbetet. Uppföljningen av hjärtstoppssstatistik visar att Danderyds sjukhus ligger som riksgenomsnittet avseende behandlingsmålen för hjärtstopp likväl som för 30-dagars överlevnad.

Genomförda förbättringsarbeten 2025

- Planering, samordning och genomförande av implementeringen samt utvärdering av nya hjärtstartare på sjukhuset.
- Rutiner och riktlinjer för barnlarm har förtydligats i samverkan med berörda huvudmän inom Danderyds sjukhusområde.
- I samarbete med sjukhusets läkemedelsansvariga läkare har riktlinje för generella läkemedelsordinationer vid hjärtstopp förtydligats. Inom ramen för kvalitetssäkrat omhändertagande har generell ordination godkänts för medarbetare med Avancerad HLR-kompetens.
- Sjukhusövergripande övningen Larmet går i enlighet med kvalitetssäkrad HLR-organisation.
- Infört ett nytt övervakningsblad för registrering av vitalparametrar vid transport av kritiskt sjuk patient mellan vårdenheter.
- För ökad patientsäkerhet har kramplösande nässpray införts på akutcykeln – sjukhusets rutin för akuta situationer – för att möjliggöra snabb behandling.

Planerade förbättringsarbeten 2026

- Upprätthålla sjukhusövergripande HLR-övningen- Larmet går, i enlighet med kvalitetssäkrad HLR-organisation.
- Tydliggöra och säkerställa organisationsstrukturen för hjärtstoppssprocessen så att sjukhusövergripande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor hanteras i rätt forum.
- Delta i nationell HLR-kongress i maj för att bevaka nya riktlinjer samt genomföra förbättringsinsatser för implementering av dessa.
- Stärka och systematisera uppföljning av larmrutiner och adekvata övervakningsnivåer i verksamheter som inte hanterar akuta larm dagligen.

Patienten som medskapare

Att se patienten som medskapare innebär att aktivt involvera patienten i planering, genomförande och uppföljning av vården utifrån patientens behov, erfarenheter och mål. Det är en central del av personcentrerad vård och förutsätter en öppen dialog där patientens perspektiv tas tillvara.

Under år 2025 har Danderyds sjukhus utökats med en ny vårdbyggnad med enkelsalar, vilket har skapat bättre förutsättningar för personcentrerad vård. Här ges utrymme för samtal, delaktighet och integritet, där patientens berättelse, behov och resurser står i centrum. Enkelsalen möjliggör lugn, trygghet och ökad självständighet, samtidigt som den stärker partnerskapet mellan patient, närstående och vårdpersonal.

Genom att se patienten som en aktiv medskapare i sin vård kan hälso- och sjukvårdens medarbetare tillsammans skapa tryggare, mer individanpassade och hållbara vårdförlopp i en lugn miljö som främjar dialog.

Exempel på förbättringsarbeten 2025

- Samtal vid allvarlig sjukdom. Sjukhusets palliativa team har under 2025 arbetat aktivt med att införa ett strukturerat arbetssätt för samtal vid allvarlig sjukdom. Närmare 550 samtal vid allvarlig sjukdom har genomförts tillsammans med patienter och närstående på sjukhuset, vilket vi bedömer är ett mycket bra inledande resultat. Det finns ett fortsatt behov av implementering och stöd till sjukhusets verksamheter under 2026, men även av ett förtydligande om när man ska genomföra ett samtal vid allvarlig sjukdom, kontra ett brytpunktssamtal. Därför kommer det palliativa teamet utforma en riktlinje som stöd för samtal vid allvarlig sjukdom som förhoppningsvis kommer tydliggöra syftet.
- Informationsträff i grupp för män som ska genomgå robotassisterad laparoskopisk prostatektomi (RALP).
- Under 2025 avslutas projektformen för införandet av gruppbaserad information till patienter som ska genomgå RALP. Projektet initierades under 2024 och omfattade en strukturerad förberedelsefas med planering samt insamling av baslinjedata, följt av en genomförandefas och en tvåstegsutvärdering. Utvärderingen av patienternas upplevelse av denna informationsform visar mycket goda resultat och överstiger den fastställda målnivån.

Planerat förbättringsarbete 2026

Under 2026 inleds införandet av Fundamentals of Care, ett kliniskt ramverk för personcentrerad och säker omvårdnad, med ett inledande fokus på ledarskap inom omvårdnad. Samtidigt införs

punktprevalensmätning för omvårdnad successivt under 2026, där delar av mätningen baseras på samtal om patienters upplevelse av sin vård.

Patientnöjdhet

Personcentrerad vård innebär att patientens behov, upplevelser och delaktighet sätts i centrum av vårdprocessen.

Personcentrerad vård är både en etisk princip och ett lagstadgat krav inom svensk hälso- och sjukvård (Patientlagen [2014:821], Hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], Patientsäkerhetslagen [2010:659]). Sammantaget utgör dessa lagar en rättslig grund för personcentrerad vård, där information, delaktighet och respekt för individen är centrala.

Vårdens ansvar är att aktivt möjliggöra patientens medskapande, vilket stärker tillit, följsamhet till behandling samt vårdens kvalitet och patientnöjdhet.

Resultat delaktighet och involvering slutenvård: 82,5 vilket är ett dimensionsvärde som avser att belysa huruvida patienten upplever sig involverad och delaktig i sin vård och beslut som rör vården.

Mål

Ingen målnivå satt, endast resultat redovisas.

Analys av resultat

Årets resultat baseras på data från den nationella patientenkäten. Skillnader i datainsamlingsmetod jämfört med föregående år medför att resultaten bör tolkas med viss försiktighet. Utfallet visar tydligt att den största förbättringspotentialen avseende patientnöjdhet finns inom området patientdelaktighet samt information och kunskap i slutenvården.

Förbättringsarbete 2025

Patientrapporterade upplevelsemått, PREM, bygger på patientens egen upplevelse av sitt hälsotillstånd, sin funktion eller sin livskvalitet. Under året genomfördes ett gemensamt projekt inom akutsjukhusnämnden, ASN. Det resulterade i gemensamma patientnöjdhetsenkäter med ett automatiskt utskick till patienten dagen efter ett vårdbesök. Inkomna svar visualiseras i realtid i en ny app.

Planerat förbättringsarbete 2026

Kontinuerligt digitalt utskick av patientenkäter gällande patientrapporterade upplevelsemått, PREM samt löpande analys av inkomna svar. Genom detta kan en mer aktuell och nyanserad bild av patienternas upplevelse av vården erhållas, samtidigt som det ger möjlighet att följa utfall över tid och vidta åtgärder i ett tidigt skede.

Agera för säker vård

Ökad kunskap om inträffade vårdskador

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 undvikbar vårdskada har sjukhuset en skyldighet att anmäla händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt föreskriften lex Maria.

Mål 2025

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.

Handläggningstiden från att händelsen identifieras tills anmälan enligt lex Maria skickas till IVO ska kortas, utan att påverka utredningarnas kvalitet negativt.

Resultat

Under 2025 inkom 44 utredningar av händelser av allvarlig karaktär och 24 ärenden anmälades enligt lex Maria till IVO. Dessa siffror är ungefär desamma som föregående år.

Den genomsnittliga handläggningstiden var under 2025; 275 dagar, en klar förbättring jämfört med föregående års 491 dagar. Handläggningstiden varierar mycket, från 25 till 838 dagar.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Processen för utredning av allvarlig händelse eller risk samt anmälan enligt lex Maria är i vissa fall lång. För att kunna följa utvecklingen av processen har vi fortsatt följa handläggningstiden.

Alla utredningar av allvarliga händelser leder till förbättringsarbete inom den aktuella verksamheten. Flera verksamheter har någon form av falldragningar efter svåra eller allvarliga patienthändelser. I samband med Kvalitetsdialoger med sjukhusdirektör följs verksamheternas handlingsplaner upp.

Planerat förbättringsarbete 2026

Målet för 2026 är att korta ner handläggningstiderna ytterligare, utan att det påverkar kvaliteten i utredningarna negativt. Ett arbete för att förbättra internutredningar med fokus på rotorsaker och åtgärdsförslag kopplade till dessa planeras till 2026 eller 2027.

Stärka analys lärande och utveckling

Vårdavvikelser

En av grundpelarna i patientsäkerhetsarbetet är att risker och avvikelser uppmärksammas och rapporteras. Alla medarbetare kan rapportera dessa i avvikelssystemet HändelseVis. 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 2025

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 2025 är 6 163 vilket motsvarar 1,4 vårdavvikelser per årsanställd. Fler avvikelser per medarbetare rapporterades jämfört med föregående år och även antal avvikelser som bedömts som risk för vårdskada ökade i jämförelse med föregående år. Det kan tolkas som en ökad proaktiv medvetenhet hos rapportörerna och ger ansvariga handläggare en möjlighet agera gällande riskerna och därmed förebygga vårdskador.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Under 2025 har vårdavvikelser lett till flera utbildningsinsatser, exempelvis utbildning i läkemedelshantering och läkemedelsordinationer i syfte att säkerställa att patienter har en korrekt läkemedelslista, och även fallprevention för alla yrkeskategorier. Vårdavvikelser har även legat till grund för förbättrad rutin gällande bevakning av- och uppföljning efter röntgenundersökning.

Planerat förbättringsarbete 2026

Ett ständigt förbättringsarbete pågår för att ytterligare förbättra och optimera hanteringen samt öka de digitala momenten i hanteringen.

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:s e-tjänster men det går också bra via brev eller telefon. Klagomål och synpunkter inkommer även 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 2025

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

Resultat

Under 2025 rapporterades totalt 1 954 synpunkter och klagomål via 1177/Händelsevis och svar till patient eller närstående skickas normalt inom fyra veckor.

Antalet ärenden från Patientnämnden år 2025 var 183 stycken, vilket är en lätt minskning jämfört med föregående år. Antalet nya ärenden från IVO år 2025 var 27, vilket är ungefär samma som föregående år.

Analys

Den absolut vanligaste kategorin för patient- och närståenderapporterade händelser är som tidigare vård och behandling, till exempel frågor kring medicinsk bedömning och/eller behandling. En ökning av ärenden med kategorin kommunikation, där bemötande ingår, kan ses.

För att förbättra den systematiska kontrollen inom social hållbarhet registrerar vi om inkommande patientärenden innehåller komponenter som omfattas av diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och/eller ålder). Totalt sex ärenden noterades och några slutsatser utifrån det ringa antalet är svårt att dra.

Det höga antalet rapporterade synpunkter och klagomål via 1177/Händelsevis reflekterar förhoppningsvis att patienter och närstående upplever att systemet erbjuder ett enkelt sätt att lämna synpunkter och klagomål på vården. Dock rapporteras, såsom föregående år, även andra

ärenden under kategorin. Det gäller till exempel frågor gällande kallelser, färdtjänst och provsvar men dessvärre finns svårigheter att få rättvis statistik ur systemet. Slutsatsen är att kontaktvägar till vården behöver förtydligas.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Patientnämnden besökte Danderyds sjukhus våren 2025. Besöket inleddes på rehabiliteringens dagvård. Därefter presenterades hur Danderyds organisation och process kring patientärendehantering ser ut, följt av att flera olika verksamheter presenterade förbättringsarbeten som har sitt ursprung i patientrapporterade klagomål. Olika exempel på hur vi arbetar med patienters delaktighet presenterades också. Besöket var mycket uppskattat av såväl Patientnämndens som Danderyds representanter och är viktigt för förståelse och samarbete mellan verksamheterna.

Under året avslutades webb verktyget Rapportor till förmån för utskick 2026 via Webbenkät med visualisering i Qlik Sense.

Planerat förbättringsarbete 2026

Ett ständigt förbättringsarbete pågår för att ytterligare förbättra och optimera hanteringen samt öka de digitala momenten i hanteringen.

Säker vård här och nu

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 avvikelshanteringssystemet Händelsevis, se stycket om medarbetarrapporterade vårdavvikelser.

Inför förändrade arbetssätt, genomlysning av nuvarande arbetssätt, vid införande av nya metoder samt vid frekventa avvikelser inom samma område genomförs riskanalyser för att identifiera patientsäkerhetsrisker.

Mål 2025

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

Ett framtida mål är att öka patientmedverkan i sjukhusets riskanalysarbete.

Resultat

Riskanalyser avseende patientsäkerhet och riskbedömningar avseende arbetsmiljö görs frekvent i

alla verksamheter men begreppen förväxlas. Hur stor andel av riskanalyserna som har fokus på patientsäkerhet är därför oklart.

Analys

Även om inte antalet riskanalyser som omfattar ett patientsäkerhetsperspektiv går att ange, är upplevelsen att allt fler riskanalyser/-bedömningar görs på sjukhuset. Dock finns en upplevelse av oklarhet om vilka former av riskanalyser/-bedömningar som finns och när de används.

Under 2025 gjorde många verksamheter riskanalyser/-bedömningar med anledning av öppnandet av en ny vårdbyggnad i samband med att många verksamheter flyttade till nya lokaler.

En verksamhet har angett att de avdelningar som använder Gröna korset rapporterar fler vårdavvikelser än andra avdelningar och att dessa i högre utsträckning utgörs av identifierade risker.

Genomfört förbättringsarbete 2025

En riskanalys, som också ledde till en anmälan enligt lex Maria, gjordes med anledning av ett större oplanerat strömavbrott som drabbade sjukhuset under hösten 2024. Utöver risker relaterade till pågående ingrepp, akuta patientsituationer och verksamhetsberoende risker har sjukhusövergripande risker som berör kommunikation, patientdata, övervakning och larm, hissar samt lokal och fastighet identifierats och åtgärdats.

För att stödja medarbetarna i möten med våldsutsatta patienter och underlätta en god handläggning har sjukhuset tagit fram material och samlat allt på en sida på intranätet. Även utbildning till personalgrupper erbjuds.

Att öka patienternas delaktighet i vården är också ett sätt att arbeta förebyggande. Det görs till exempel genom så kallad bedside-rapportering och omvårdnadsrundor som införts på några avdelningar inom slutenvården samt genom att ta tillvara synpunkter, klagomål och förbättringsförslag från patienter och närstående.

Planerat förbättringsarbete 2026

En översyn av behovet av utbildning i riskanalys med inriktning på patientsäkerhet planeras för att tillmötesgå önskemål från verksamheterna.

Risker kommer även följas av sjukhusledningen genom kvalitet- och patientsäkerhetsdialoger och i Taktiskt forum för vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Flera olika utredningar har gjorts på sjukhuset med anledning av att reservkraften för sjukhusets strömförsörjning inte fungerade. Åtgärder både på lokal och sjukhusövergripande nivå fortsätter följas under året. Det är fastighetsägarens ansvar att säkerställa att en liknande situation inte inträffar igen. Sjukhusets ansvar är att säkerställa att konsekvenserna vid ett liknande scenario inte leder till att allvarliga patientsäkerhetsrisker uppstår.

Olika initiativ för att öka digitaliseringen och användning av AI i vården pågår, ofta med fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete, ett område som sannolikt kommer att växa de kommande åren.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) 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 anmälningsspliktiga resistent bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade sjukvårdskostnader och förlängda vårdtider.

Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner

En grundläggande åtgärd för att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner samt förebygga smittspridning, är tillämpning av basala hygienrutiner och klädregler (BHK) 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 digitala quiz eller frågesporter. Det är viktigt att uppföljningarna skapar ett värde i form av lärande och förbättringsarbete.

Mål 2025: >75 procent

Fokus för 2025 var att öka följsamheten till desinfektion före patientkontakt. Indikatorn ”Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt” var 71 procent år 2024. Årets resultat var 69 procent, vilket är en försämring. Följsamheten granskas genom observationsstudier, som har utförts två gånger under året.

Resultat: 69 procent

Ett stort antal observationer (1 769) har genomförts, vilket är mycket bra för lärandet. Resultatet av ”Andel medarbetare som desinfekterade händerna före patientkontakt” blev totalt 69 procent vilket är en försämring jämfört med föregående år (71 procent).

Analys

Generellt sett 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.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Öppen observation med direkt återkoppling från observatör till medarbetaren gällande följsamhet och förbättringsmöjligheter för att skapa reflektion och lärande i situationen testades på några kliniker. Utvärdering av utfall och upplevelse bemöttes positivt och rekommenderades att implementeras inom hela sjukhuset under 2026.

Planerat förbättringsarbete 2026

Fokus kvarstår på informationskampanjen #Förattvibryross, med syfte att främja tillämpningen av basala hygienrutiner genom att motivera, sprida kunskap och stärka patientsäkerhetskulturen. Därtill fortsätter arbetet med att öka deltagande i vårdhygieniska utbildningar för att upprätthålla och stärka den grundläggande vårdhygieniska kompetensen. Nytt för 2026 är att observationerna kombineras med en direkt återkoppling från observatör till medarbetaren gällande följsamhet och förbättringsmöjligheter för att skapa reflektion och lärande i situationen.

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 2025: <4,0 procent

Resultat och analys

Resultat av incidensmätning från Infektionsverktyget totala förekomsten av VRI var 3,6 procent vilket är på samma nivå jämfört med tidigare år. De tre vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna är annan vårdrelaterad infektion, yttlig postoperativ infektion och lunginflammation. Två valideringar av Infektionsverktyget utfördes under april och november 2025.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Fortsatt arbete för att öka deltagande i utbildningar inom det vårdhygieniska området, både för chefer och medarbetare, för att säkerställa att den grundläggande vårdhygieniska kompetensen bibehålls och stärks över tid. Informationsmaterial har skickats ut till första linjens chefer och relevant kursinformation har publicerats på sjukhusets intranät, vilket gör det lättare att hålla sig uppdaterad om tillgängliga utbildningar. Nyanställda chefer som genomgår DS-utbildning har också fått information om dessa kurser.

Sjukhuset har ökat mätningarna av följsamhet till handläggning av perifer venkateter (pvk) från en till två gånger per år, för att säkerställa att relevanta moment utförs korrekt vid okulär bedömning.

Under 2025 har sjukhuset fortsatt med informationskampanjen #Förattvibryross om tillämpning av basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö där det är lätt att göra rätt.

Planerat förbättringsarbete 2026

Under 2026 fortsätter arbetet med informationskampanjen #Förattvibryross avseende tillämpning av basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö som leder till det ska vara lätt att göra rätt.

Arbetet med att öka deltagandet i vårdhygieniska utbildningar för både chefer och medarbetare kommer att fortsätta. Sjukhusets Hygienråd fortsätter arbetet med att utveckla en strukturerad utbildningsplan baserad på Vårdhygien Stockholms kursutbud för att främja en mer systematisk och långsiktig kompetensutveckling.

Uppföljning av lokala förbättringsåtgärder kommer att ske vid Kvalitetsdialogen med sjukhusdirektör.

Genom obligatoriska utbildningsinsatser för sjuksköterskor stärker vi ytterligare kompetensen och förbättrar följsamheten till PVK-hantering.

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 såsom 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 2025: 75 procent

Resultat MRSA

Resultatet för årets mätningar 2025 visar att 64 procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA har odlats korrekt enligt kontinuerlig mätning.

Analys

Resultatet för 2025 är 64 procent och jämfört med tidigare år observeras ingen förbättring.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Under året har implementeringen av beslutsstödet fortskridit. Publicering av riskapp QlikSense har genomförts. Ett förbättringsarbete har identifierat bristfällig kunskap om riskfaktorer och ett utbildningsmaterial är framtaget. Arbetssätt i relation till frekvent användning av riskapp QlikSense som testat på några avdelningar har avsevärt påverkat följsamhet till korrekt odling enligt handlingsprogram.

Planerat förbättringsarbete 2026

Utbildningsmaterial och arbetssätt i relation till frekvent användning av riskapp QlikSense implementeras på samtliga slutenvårdsenheter under året. Uppföljning av detta arbete kommer att ske vid tertialvisa uppföljningar på verksamhetsområden, och återkoppling till Hygienrådet under 2026. En utsedd arbetsgrupp fortsätter arbeta med QlikSense.

Egenkontroll vårdhygienisk standard

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

Syftet med egenkontrollen 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 2025

Samtliga enheter ska genomföra egenkontroll

Resultat

78 procent av enheterna har genomfört egenkontroll

Genomfört förbättringsarbete 2025

Revision av enkätfrågorna för egenkontroll av vårdhygienisk standard genomfördes innan vårens genomförande av egenkontrollen. Under året avslutades webb verktyget Rapportor till förmån för rapportering och visualisering 2026 av punktprevalensmätningar och egenkontroller i Qlik Sense.

Planerat förbättringsarbete 2026

Under 2026 kommer sjukhuset att börja använda den mall för egenkontroll som är framtagen av Svensk Förening för Vårdhygien för att möjliggöra en mer detaljerad uppföljning av måluppfyllelse och bibehållen hygienisk standard. Uppföljning sker på verksamhetsområdesnivå.

Trycksårsprevention

En viktig del av omvårdnads kvaliteten är att förhindra uppkomst av trycksår. Den vanligaste orsaken till trycksår är försämrad möjlighet för individen att ändra läge i sittande och-/eller liggande i kombination med underlag som inte har tryckfördelande egenskaper, vävnadens känslighet för tryck samt försämrad blodförsörjning.

Trycksår betraktas som en undvikbar vårdskada som orsakar stort lidande för patienten, men som kan förebyggas med hjälp av olika vårdinsatser, tryckfördelande madrasser, lägesändringar och andra hjälpmedel. Trycksårens svårighetsgrad kategoriseras från 1–4 där kategori 4 är mest allvarlig.

Av de patienter som varit inskrivna inom slutenvård under år 2025 blev 96 procent bedömda gällande trycksårsrisk. 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.

Mål

Ingen patient som vårdas på Danderyd sjukhus ska förvärva trycksår under vårdtiden.

Resultat och analys

Under 2025 förvärvade 134 patienter trycksår i kategori 2–4 (skada som skapar sårbildning i huden) under vårdtiden på sjukhuset.

Andel förvärvade trycksår i kategori 2–4 för 2025 blev 0,3 procent, oförändrat jämfört 2024. Antalet patienter som förvärvade trycksår i kategori 2–4 under 2025 blev 134, 12 personer färre jämfört med 2024.

Tryckskada lokaliserat till ansiktet i relation till medicinsk utrustning inom sjukhusets intermediärvårdsavdelning har minskat avsevärt efter att avdelningen börjat använda tryckfördelande förband mellan utrustning och hud.

Genomfört förbättringsarbete 2025

Trycksårsprevention är implementerat i sjukhusets utbildningsprogram för nya undersköterskor och sjuksköterskor.

Ett råd för trycksårsprevention har bildats med representanter från olika yrkeskategorier och verksamheter. Rådet har påbörjat produktion av utbildningsmaterial/kunskapsstöd för användning lokalt inom sjukhusets verksamheter.

Planerat förbättringsarbete 2026

Sjukhusets resultat för trycksårsprevention visar ingen nedgång av förvärvade trycksår och vi kommer därför att fortsätta arbeta systematiskt med analys, rotorsak och riktade aktiviteter.

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 för 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

Redovisa andel vuxna patienter som faller under aktuellt vårdtillfälle med respektive utan skada.

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 som fallit med eller utan skada uppgår till 2,01 procent (750 patienter).

Förekomsten av andel som fallit på sjukhuset går inte att jämföra med föregående år eftersom beräkningen nu även innefattar patienter som vårdats på geriatrisk avdelning. Andelen patienter som har fallit och ådragit sig en skada var 0,5 procent. Täckningsgraden för andel vårdtillfällen med dokumentation under termen ”fall under aktuell vårdtid” är 87 procent, vilket är något lägre än föregående år då den var 92 procent (datakälla: QlikSense).

Genomfört förbättringsarbete 2025

Fallpreventiva rådet har under året återstartats i syfte att öka kunskap och medvetenhet om risk för fall och fallpreventiva åtgärder för förbättrade arbetssätt. Medlemmar från olika specialiteter

och yrkesroller har rekryterats, och under ”Fallpreventionsveckan” vecka 40 genomfördes aktiviteter i form av föreläsningar, inlägg på sociala medier samt information på sjukhusets webbplats. Detta för att uppmärksamma risker för fall som föreligger inom sjukvården och lyfta fram olika fallpreventiva arbetssätt. Ett samarbete med andra sjukhus i Akutsjukvårdsnämnden har initierats för att lära av andra och på så sätt utveckla arbetet.

Planerat förbättringsarbete 2026

Fallpreventiva rådet planerar att under 2026 verka för att öka patient- och närståendemedverkan i det fallförebyggande arbetet. Informationsmaterial för både närstående och patienter kommer att färdigställas och i utbildning inom fallprevention för sjuksköterskor och undersköterskor kommer Teach-Back metoden tas upp som ett sätt att involvera. Fortsatt utveckling av samarbetet med andra sjukhus i regionen.

Säker ordination och hantering av läkemedel

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

Fokus för 2025 har bland annat varit fortsatt arbete med optimerade rutiner för läkemedelsförsörjning med beredskapslager av läkemedel och reservrutiner i händelse av kris eller krig. Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och läkemedelsavvikelser 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 effektiv och patientsäker med bästa möjliga kvalitet. Leveranstider ska säkerställas tillsammans med god totalekonomi inom Region Stockholm.

Mål, resultat och analys 2025

Under 2025 har avbolagiseringen av flera akutsjukhus bidragit till ett nytt regionalt samarbete kring anmälan till Läkemedelsverket om väsentliga ändringar i sjukhusens läkemedelsförsörjning. Inspektion av Läkemedelsverket genomfördes i juni med få mindre avvikelser. Fokus var på förvaring av läkemedel i vätskelager, centralt sjukhusapotekslager samt centralt gasflaskförråd.

Läkemedelsservice utförs i egen regi sedan 2017 och vätskevagnshantering sedan 2023. Målet är att antal orderrader ska hållas på lägsta möjliga nivå med optimala inköp av läkemedel. Antalet orderrader har minskat under 2025 vilket bidrar till lägre kostnad för Danderyds sjukhus avseende storleken på bidrag till den regionala förvaltningen.

Åtta farmaceuter arbetar på 55 vårdenheter med läkemedelsservice som är implementerad inom alla verksamhetsområden vid Danderyds sjukhus. Vid Njurmedicin arbetar en av farmaceuterna även med iordningställande av läkemedel och är sakkunnig för tillverkning av hemofiltrationsvätska on-line.

Farmaceuterna sköter också hanteringen av gemensamma sällanläkemedel för att minska inköp och kassationer av läkemedel samt spara tid för sjuksköterskorna. Sällanläkemedel förvaras i fem olika läkemedelsautomater på sjukhuset.

Beredskapslager av läkemedel har byggts upp under 2022 och 2023 med av Socialstyrelsen prioriterade läkemedel för prehospital vård, intensivvård och akut tandvård. Under 2024 och 2025 har dessa utökats med läkemedel som behövs vid vård som inte kan anstå. Med hjälp av statliga medel har de utökade lagernivåerna av läkemedel samt förvaringsförråd för dessa kunnat köpas in.

Utveckling

Fortsatt arbete med beredskapslager av läkemedel enligt Socialstyrelsens förteckning över prioriterade läkemedel för vård som inte kan anstå samt läkemedelsservice på fler vårdenheter för att skapa ett robust sjukhus ur läkemedelsförsörjningssynpunkt. Detta bidrar också till optimala inköp av läkemedel till lägre kostnader och med minimal kassation.

Läkemedelshantering

För att få så säkra och enhetliga rutiner som möjligt finns sjukhusövergripande riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel. Dosjustering som får utföras av sjuksköterska utifrån ordinerade mål- eller mätvärden är ett projekt som pågått under flera år och som implementerats på sjukhuset under 2025. Revidering av Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av läkemedelshantering 1 januari 2026 har inneburit ett stort arbete med anpassning av sjukhusövergripande riktlinjer, delegeringsmall samt utbildningar på Kompetenstorget; Att utfärda- respektive Att ta emot delegering av hantering av läkemedel.

Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet utförs egenkontroller av läkemedelshanteringen en gång per år. Dessa följs upp av vårdenheten/kliniken och vid behov tillsammans med farmaceuter från Läkemedelsenheten samt klinisk farmakolog.

Mål, resultat och analys 2025

Under 2025 utförde 70 vårdenheter egenkontroll av läkemedelshanteringen. De utgör cirka 75 procent av alla vårdenheter med läkemedelshantering. De som inte utfört egenkontroll är i stort sett små mottagningar med liten hantering av läkemedel. Kvalitetsgranskningar av

läkemedelshanteringen utförs av farmaceuter vid Läkemedelsenheten. Under 2025 utfördes 12 kvalitetsgranskningar.

Utveckling

Egenkontroller av läkemedelshanteringen ska genomföras av fler vårdenheter. Farmaceuterna som sköter läkemedelsservice ska utföra egenkontroller av förvaring av läkemedel 2026.

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen som startade i november/december 2025 ska utökas till fler kliniker under 2026.

Följsamhet till nationella och regionala rekommendationer för dyra läkemedel 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 effektiv och säker läkemedelsbehandling som dessutom är kostnadseffektiv. Vi strävar mot hög andel användning av biosimilarer och hög följsamhet till rekommendationer för särskilt dyra läkemedel. Statistik kring kostnader och användningsmönster tas fram via resurs knuten till Läkemedelsrådet. Genom att använda de läkemedel som upphandlats av Region Stockholm kan stora besparingar göras för rekvirerade läkemedel. Läkemedelsansvarig läkare vid respektive klinik analyserar läkemedelsanvändningen med rapport till verksamhetschef, nätverket Läkemedelsansvariga läkare och Läkemedelsrådet vid behov. Läkemedelsval vid receptförskrivning och rekvisition kan följas av verksamhetsområdena genom en framtiden applikation i QlikView.

Mål, resultat och analys 2025

Danderyds sjukhus uppnådde 94 procent följsamhet till Kloka listan med tillägg under 2025, oförändrat sedan 2024. Detta mått speglar läkarnas val av välbeprövade, säkra och kostnadseffektiva läkemedel vid förskrivning på recept. Andelen biosimilarer av det kraftigt kostnadsdrivande läkemedlet ustekinumab nådde över 85 procent under året vilket medförde stora kostnadsminskningar.

För läkemedel som rekquireras till sjukhuset var följsamheten till upphandlade preparat 95 procent på förpackningsnivå och 98 procent på kostnadsnivå under 2025, vilket är lite bättre på kostnadsnivå jämfört med 2024.

Sjukhusgemensamma ordinationsmallar som prioriterar upphandlade läkemedel skapas via nätverket läkemedelsansvariga läkare. Farmaceuterna vid Läkemedelsenheten 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.

Utveckling

Målet för 2026 är att användningen ska fortsätta att öka 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 vårdenheterna 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.

Enkel läkemedelsgenomgång vid inskrivning och läkemedelsberättelse vid utskrivning säkerställer att de läkemedel patienten använder blir kända och korrekt dokumenterade i journalen. Båda arbetssätten 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 2025

Läkemedelsberättelsen (LMB) ger patienten viktig kunskap om läkemedelsbehandlingen och underlättar för nästa vårdgivare. Under 2025 fick 73 procent av patienterna en LMB vid utskrivning (målvärde 72 procent).

Utveckling

Målet för 2026 är att fortsätta uppföljningen av läkemedelsberättelser som pausats under 2025. Resultaten från kvalitetsanalysen ska användas för att optimera innehållet i LMB vid sjukhuset.

Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel

Sjukhusets läkare, sjuksköterskor och farmaceuter ska tillsammans bidra till att patienter vid Danderyds sjukhus 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 samt enheten Informationsteknik. Läkemedelsrådet är styrgrupp för LANS-nätverket.

Mål, resultat och analys 2025

Urval av uppgifter för LANS under 2025:

- skapa och förvalta ordinationsmallar och generella direktiv
 - analysera principiellt viktiga läkemedelsavvikelser som speglar fel/informationsbrister av intresse för hela Danderyds sjukhus samt vidta åtgärder
 - skriva licensmotiveringar för kliniklicenser
 - arbeta för minskad användning av särskilt miljöstörande läkemedel vid sjukhuset
- strukturell omarbetning av riktlinjen Checklista läkemedel – viktiga arbetssätt för läkare.

Utveckling

Utveckling av nätverkets arbetssätt sker i samklang med verksamheternas behov. Målet 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-grupp

Strama-gruppen (Strama står för samverkan mot antibiotikaresistens) har representanter från de flesta av sjukhusens verksamhetsområden samt klinisk farmakolog och klinisk farmaceut. Ett ordinarie Strama-möte har hållits under året och separat introduktion och utbildning i Infektionsverktyget har skett för nya medarbetare.

Kvalitetsmått antibiotikaanvändning

Danderyds sjukhus och övriga akutsjukhus i Region Stockholm rapporterar andelen patienter som fått PcV/PcG som förstaordination vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni. Data hämtas ur Infektionsverktyget. Andelen smalspektrumbehandlade sjönk under de första pandemiåren. Andelen har nu återhämtat sig till resultaten före pandemin. För 2025 var andelen 48,3 procent. Regelbunden påminnelse till Akutmottagningen om behandlingsriktlinjer fortlöper. Fortsatt utbildning om antibiotika har hållits var tredje månad för alla nya AT-läkare.

Antibiotikaronder

Infektionskliniken har bedrivit antibiotikaronder två gånger per vecka på fem avdelningar vid sjukhuset under hela året frånsett sommarmånaderna, samt en veckovis ”knepfallsrond” på Lungmedicin. Fortsatt dagliga infektionsronder på IVA, IMA, AVA och närvaro av infektionskonsult på Akuten.

Uppföljningar från Infektionsverktyget

Strama-läkarna validerar fortsatt data från Infektionsverktyget från sitt verksamhetsområde två gånger per år. Från de verksamhetsområden där granskning gjorts ser andelen korrekta ordinationsorsaker tillfredsställande ut. Andelen vårdtillfällen med VRI rapporteras in till HSF, 2025 var andelen 3,6 procent.

Optimerad antibiotikaanvändning

Infektionsklinikkens konsultverksamhet har under året fortsatt att i det dagliga arbetet ge klinisknära råd och behandlingsrekommendationer kring enskilda patienter i syfte att ge den mest rationella antibiotikabehandlingen. Fortsatt använder Danderyds sjukhus jämfört med övriga sjukhus i Stockholms län större andel smalspektrumantibiotika. Rekvisitionsdata fortsätter bevakas.

Aktiviteter 2025

Under 2025 har de flesta verksamhetsområden haft, förutom lokal återkoppling på data ur infektionsverktyget, stramadiskussion med representant från infektionskliniken och några enheter även från Vårdhygien. Kollegiala samtal fortsätter under 2026. Under 2026 planeras fortsatt spridning av Stramas utbildningsmaterial ”antibiotikasmarta tips för dig som arbetar på sjukhus”. Som led i miljöarbete pågår aktiviteter för att minska andelen kinoloner vid afebril UVI och vid slutbehandling av febrila UVier. Denna aktivitet fortsätter under 2026.

Återinläggningar

Återinläggning inom 7 dagar för patienter över 80 år var 6 procent under 2025. Återinläggningar inom 30 dagar för patienter över 80 år var 13,9 procent att jämföra med 12 procent föregående år. Kartläggning och åtgärder pågår inom respektive verksamhet.

Verksamheter följer och analysera data för återinläggningar, både inom 7 och 30 dagar, för att följa trender och avvikelser. Man konstaterar att orsakerna till återinläggningar varierar. Danderyds sjukhus använder en strukturerad mall för journalgranskning för att möjliggöra systematisk analys och kategorisering av orsaker till återinläggning. Efter analys vidtas lämpliga åtgärder.

På sjukhusets geriatriska akuta dagvårdsavdelning (GADVA) får akutsökande äldre vård innan de återvänder till sitt boende eller läggs in i slutenvård. Patienter över 80 år kan efter bedömning erbjudas extern geriatrisk vård efter utskrivning från somatisk slutenvård. Kontinuerligt arbete sker för optimering av utskrivningsprocessen för att säkerställa vårdens övergångar.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Katastrofmedicinsk beredskap

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och genom styrande avtal och riktlinjer från Region Stockholm ska Danderyds sjukhus ha en katastrofmedicinsk beredskap. Dessa krav omfattar bland annat att sjukhuset ska ha förmåga att, vid särskilda händelser eller andra kriser, kunna leda arbetet i en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). Sjukhuset ska också säkerställa att det finns rutiner och en förmåga att aktivera LSSL och andra kritiska funktioner genom olika larmkedjor. Detta görs bland annat genom olika övningar.

Sjukhuset ska också säkerställa, tillsammans med fastighetsägaren, att de fastigheter som vården bedrivs i är tillräckligt robusta och att det finns möjlighet att fortsätta bedriva vårduppdraget trots störningar eller bortfall av kritiska leveranser såsom vatten och elektricitet.

Sjukhuset ska också säkerställa att det finns tillräckliga mängder av förbrukningsmaterial, läkemedel och andra produkter som krävs för att fullfölja vårduppdraget trots påverkan av leveranser utifrån. Sjukhuset ska också tillse att personalen har tillräcklig utbildning och deltar i relevanta övningar. Utöver detta så ska det också finnas förmåga att, efter beslut från regionen, kunna kapacitetsöka inom sitt nuvarande uppdrag och/eller kunna utföra ett annat uppdrag.

Verksamhet 2025

Sjukhuset har aktiverat LSSL vid två tillfällen under året. Vid det första tillfället var sjukhuset mottagande enhet i samband med ett misstänkt utsläpp av okända kemikalier i Täby Centrum. Detta innebar också att sjukhuset fick aktivera kemsaneringsslingan och också mottog och sanerade patienter enligt riktlinjer.

Vid det andra tillfället aktiverades LSSL till följd av störningar i telefonin som påverkade sjukhuset men också flera andra vårdgivare i regionen.

Under året har sjukhuset deltagit i och arrangerat övningar för att stärka den katastrofmedicinska beredskapen. LSSL har genomfört flera uppstartsövningar och under året har ett arbete påbörjats för att ta fram rutiner för regelbundna övningar av larmkedjor. Sjukhuset har under året skickat personal till regionen olika utbildningar och övningar. Bland annat har personal från Danderyds sjukhus deltagit i Trauma Katastrof Stockholm och i utbildningen i krigstraumatologi.

Sjukhuset har säkerställt en del av den lagerhållning av förbrukningsmateriel och läkemedel som enligt riktlinjer ska finnas vårdnära. Det har påbörjats ett arbete för att säkerställa att de delar som inte redan omfattas också ska lagerhållas.

Pilotprojektet för kontinuitetsplanering har under året avslutats och övergått till att omfatta fler verksamheter enligt den tidigare framtagna tidsplanen.

Sjukhuset har under året arbetat med den åtgärdsplan som togs fram i samband med lex Maria-anmälan som gjordes året innan till följd av det omfattande strömavbrottet.

Under året genomfördes också organisatoriska förändringar, bland annat till följd av regionala direktiv, inom sjukhusets arbete med beredskapsfrågor. Syftet är att tydliggöra beslutsmandat, effektivisera olika processer och påskynda arbetet inom många kritiska områden. En följd av detta är bland annat Taktiskt Forum Krisberedskap har bytt namn till Katastrof- och beredskapskommittén (KBK) som också har fått ett bredare uppdrag och ett tydligare beslutsmandat.

Planerat förbättringsarbete 2026

Under 2026 finns det flera projekt som syftar till att på olika sätt stärka robustheten i sjukhusets fastigheter och säkra fortsatt drift. De flesta av dessa genomförs tillsammans med fastighetsägaren.

Arbetet med att säkerställa tillräckliga förråd av förbrukningsmateriel, läkemedel och annan kritisk utrustning fortsätter under året.

Ett flertal övningar och utbildningar är planerade att äga rum under året. Flertalet av dessa arrangeras av regionen och/eller tillsammans med andra aktörer men vissa kommer också att arrangeras av sjukhuset i egen regi.

Systematiskt säkerhetsarbete

Brandskydd

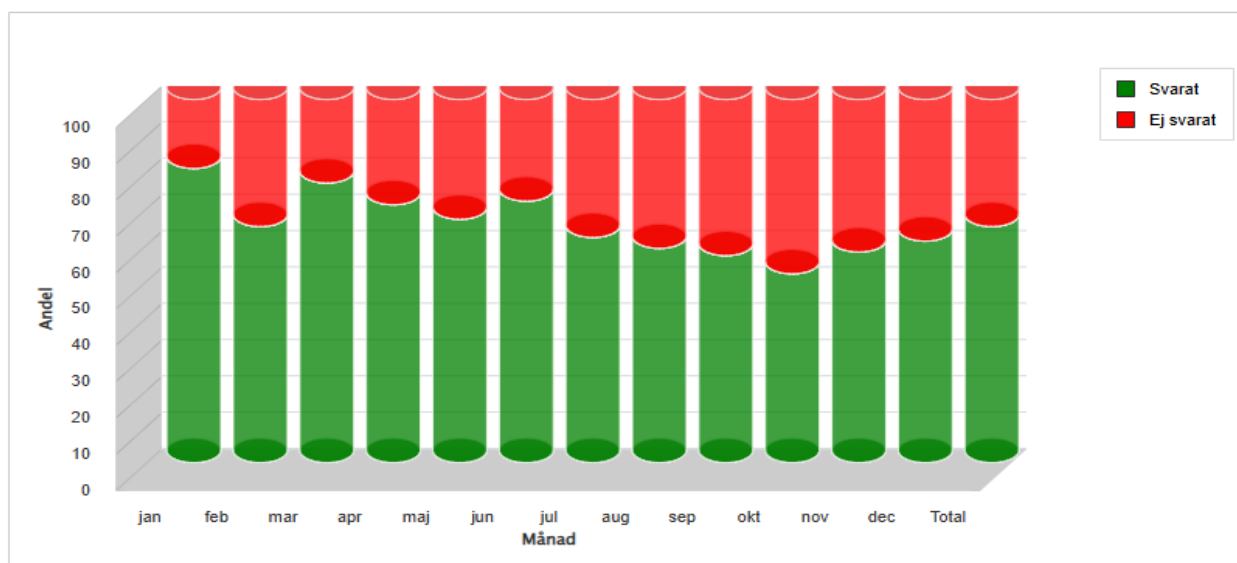
Under året har stort fokus varit på utbildning för sjukhusets verksamheter. Utbildning har främst skett genom föreläsningar, ombudsutbildning samt utrymningsövningar. Vid utrymningsövningar har verksamheterna tränat på situationsbaserade vårdscenarier. I jämförelse med tidigare år har utbildningstillfällen 2025 ökat med cirka 130 procent år 2025.

Utifrån att ett stort antal flyttar har utförts under året har besiktningar av brand- och utrymningssäkerheten gjorts vid respektive aktuell lokal. Syftet är att tillse att lokalerna följer regelverket och är trygga för patienter och medarbetare att befinna sig i samt att lokalerna är säkra att bedriva vårdverksamhet i. Besiktningarna har många gånger genomförts i samarbete med Locum förvaltning.

Rapportering av egenkontroller i verksamheterna är i stort sett kvar på föregående års nivåer; 70,6 procent. Motsvarande siffra för 2024 var 71 procent.

Status för inrapportering i procent

■ Andel ej inrapporterade svar ■ Andel inrapporterade svar



Figur 2 visar hur stor andel av verksamheterna som rapporterat in att de genomfört egenkontroller av sina lokaler.

Inbrottslarm/ passagesystem

Arbete har pågått för att framtidssäkra funktionen genom att rensa i systemen. Gamla anläggningar tas bort till förmån för att kopplas in i RCO Mega, det system för integrerat inbrottslarm och inpassagesystem som används vid Danderyds sjukhus.

Alla sekundärfunktioner av överföringsanslutningar samt portvideo har under året uppdaterats till 4G då 2G-3G stängs ned, vilket skulle kunna leda till att överföringar till larmcentral inte fungerar i ett läge då det skulle behövas.

Efterarbete av larm och inpasseringsinstallation har krävt ett relativt omfattande arbete i samband med inflyttning i den nya vårdbyggnaden Hus 61.

Med anledning av problem med stölderna på sjukhuset har Danderyds sjukhus initerat ett gott samarbete med den lokala polisen. Detta har lett till att en person i slutet av 2025 häktats och därefter åtalats för bland annat stölderna på sjukhuset. Under året har sjukhuset arbetat med att förstärka och förtydliga riktlinjer för hantering av patienters värdeföremål.

Dessutom har utrustning införskaffats för att kunna hantera och förvara patienters värdeföremål på ett säkert sätt. Under 2026 pågår arbete löpande med att ytterligare förstärka implementeringen av policyer och riktlinjer gällande denna hantering på sjukhuset.

It-säkerhet

It-säkerhet inom hälso- och sjukvården handlar om att skydda såväl patienters som medarbetares personuppgifter och se till att sjukhusets digitala system fungerar som de ska. Det är viktigt för att patienterna ska få säker, effektiv och tillgänglig vård.

Danderyds sjukhus arbetar förebyggande för att minska risken för störningar, intrång eller att någon får tillgång till uppgifter utan tillåtelse. Skulle något ändå inträffa har vi rutiner för att snabbt upptäcka och åtgärda problemet, så att vården kan fortsätta med minimal påverkan.

Sjukhusets it-miljö drivs i en säker och övervakad miljö. Vi följer alltid lagar och regler för hur patientuppgifter får hanteras. Våra system utvecklas och förbättras kontinuerligt för att uppfylla höga krav på säkerhet, tillgänglighet och sekretess.

Vårt mål är att sjukhusets patienter ska känna sig trygga med att deras uppgifter hanteras säkert och att den digitala delen av vården fungerar när patienterna behöver den.

Medicinsk Teknik

Medicinsk teknik omfattar den utrustning och de tekniska system som används för att undersöka, övervaka och behandla patienter – allt ifrån övervakningsutrustning och infusionspumpar till

röntgenapparater och laboratorieinstrument. När den medicintekniska utrustningen fungerar som den ska, bidrar de till säker, effektiv och träffsäker vård.

Danderyds sjukhus arbetar systematiskt och förebyggande för att medicinteknisk utrustning ska vara säker att använda. Det innebär bland annat att vi kontrollerar, underhåller och kalibrerar utrustningen regelbundet, samt följer upp avvikelser och incidenter för att minska risken för fel som kan påverka patientsäkerheten. Om något ändå inträffar finns rutiner för att snabbt upptäcka, ta utrustning ur bruk vid behov och åtgärda problemet, så att vården kan fortsätta med minsta möjliga påverkan för patienterna.

All medicinteknisk utrustning används i en kontrollerad och övervakad miljö, enligt gällande lagar, standarder och riktlinjer för medicintekniska produkter. Vi samarbetar nära vårdpersonal för att säkerställa att utrustningen används på rätt sätt och att ny medicinteknisk utrustning införs på ett säkert och strukturerat sätt.

Målet är att patienterna ska känna sig trygga med att den medicintekniska utrustning som används i vården är säker, tillförlitlig och anpassad efter individens behov så att vården blir så trygg och säker som möjligt.

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 mot cirkulära material- och produktflöden samt minska utsläppen från hälso- och miljöskadliga ämnen.

Varje verksamhetsområde ansvarar för att ta miljöhänsyn i det dagliga arbetet och inkludera relevanta mål och åtgärder i sina verksamhetsplaner samt följa upp arbetet. Under 2025 har verksamhetsområdena fokuserat på att säkerställa efterlevnad av regelkraven för miljöarbetet och kompetensutveckla samt skapa medvetenhet om frågor kopplat till cirkularitet.

Även 2025 har målarbetet haft fokus på materialåtervinning och engångsprodukter. Åtgärderna har främst handlat om att försöka öka användning av vissa engångsprodukter med lägre klimatpåverkan och minska onödig användning av engångsprodukter och läkemedelskassation samt svinn av textilier. Medarbetarnas insatser under året har bidragit till att sjukhuset upprätthållit sin miljöprestanda.

2025 års målarbete har fallit ut väl och visar bland annat att:

- Konsumtionsbaserade klimatpåverkan från inköpen av kanylburkar, skyddsförkläden och undersökningshandskar minskade med 8,9 procent jämfört med 2024 års inköp.
- Andelen plagg som är uteliggande i verksamheten mer än 30 dagar är fortsatt under 20 procent, vilket är sjukhuset mål. Svinnavolymen är dock till stor del oförändrad jämfört med 2024.
- Påbörjat arbetet med att implementera av cirkulära skyddsförkläden.

Analys

Sjukhusets utmaningar framöver är att begränsa verksamhetens konsumtionsbaserade klimatpåverkan och öka andelen cirkulära material- och produktflöden. Det handlar bland annat om få till patientsäkra arbetssätt när byte sker från engångs- till flergångsprodukter. Vidare är utbudet av engångsprodukter med lägre klimatpåverkan begränsat och mycket tid går åt att påverka beteenden som leder till minskat svinn och onödig användning av engångsprodukter.

Planerat förbättringsarbete för 2026

Sjukhuset kommer fortsatt att arbeta med den klimatbaserade konsumtionen och öka andelen cirkulära flöden. Fokus är att minska onödig användning av utvalda engångsprodukter och byta ut möjliga engångs- till flergångsinstrument samt minska textilsvinn. Vidare fortsätter arbetet med att implementera cirkulära skyddsförkläden och informera om rätt handskanvändning samt sortering av vårdspecifikt avfall.

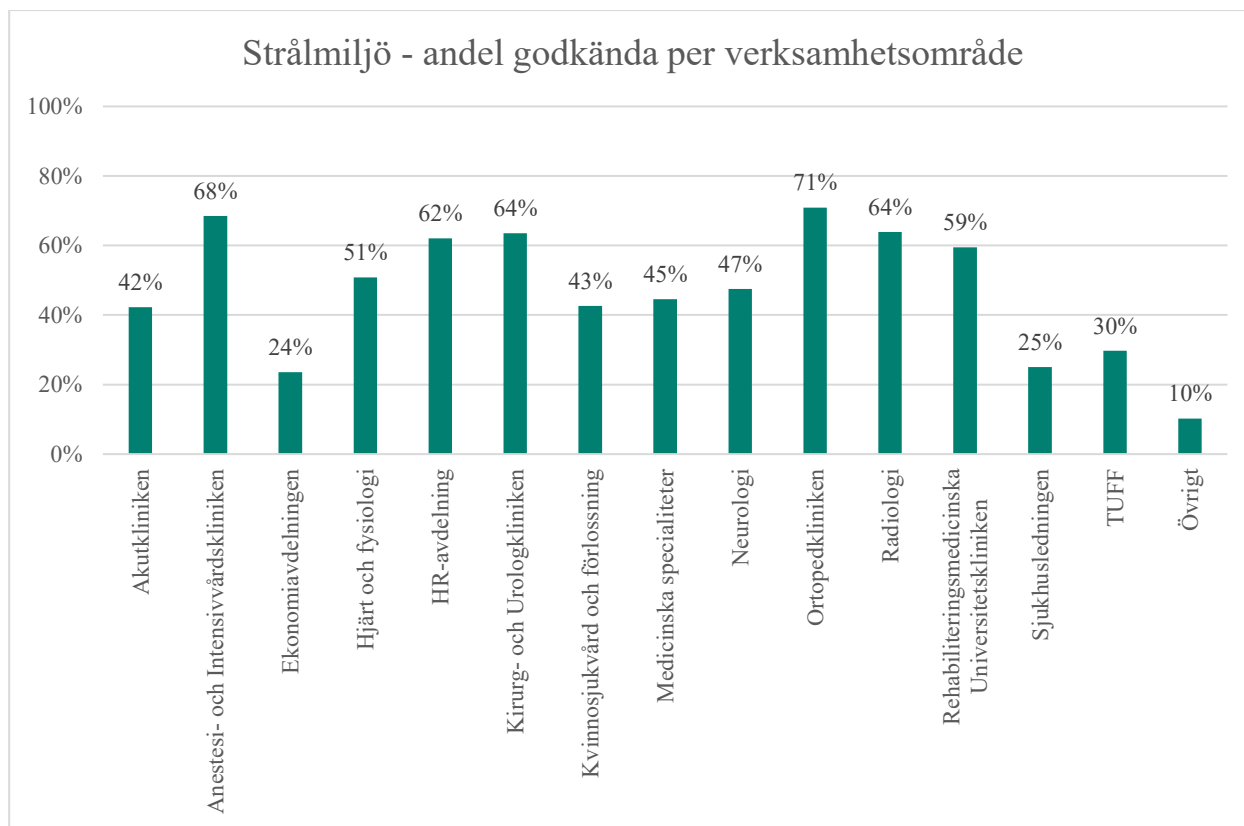
Strålsäkerhet

På Danderyds sjukhus används strålning vid diagnostik och röntgenvägledda procedurer. Målet är god strålsäkerhet med optimerad användning och låga stråldoser.

Mål 2025

- Patientstråldoser under diagnostiska referensnivåer
- Personalstråldoser under lagstadgade dosgränser
- Förbättrad dokumentation av utbildning

Resultat



Figur 3 visar andelen godkända på den obligatoriska e-kursen Strålmiljö uppdelat per verksamhetsområde.

Analys

Systemet med stickprovskontroller av personalstråldoser fortsätter eftersom det visat sig vara ett värdefullt arbetssätt. Önskemål från verksamheterna välkomnas och beaktas i det fortsatta förbättringsarbetet.

Genomfört förbättringsarbete 2025

- Inköp av nuklididentifierare för beredskapen
- Praktisk utbildning på akuten i hantering av dosimetrar och intensimetrar
- Idrifttagning av röntgenutrustning till hus 61
- Mätning av bröststråldos till kvinnliga ortopeder
- Mätning av ryggstråldos till nuklearmedicins personal
- Strålsäkerhetsmyndigheten genomförde en verksamhetsbevakning av hantering av kärnämne

Planerat förbättringsarbete 2026

- Mätningar av strålmiljö
- Körkort för VO Radiologi i Kompetenstorget
- Deltagande i arbetsgrupp för anpassning av iFacts för strålningsrelaterade händelser

- Deltagande i upphandling av radiofarmaka, mobil röntgen och c-båge
- Avyttring av begagnade c-bågar till Ukraina
- Agera för personcentrerad vård

It, informationssäkerhet och dataskydd

Information kommer i olika former. Patientuppgifter, medarbetarnas kunskap, interna processer, hantering av de mängder av enheter som kopplas till våra nätverk och den data och information som genereras, är alla skyddsvärda tillgångar. Avbrott, röjande av information eller annan störning kan ge omfattande negativ påverkan på verksamhetens förmåga att bedriva säker vård.

Informationssäkerhetsarbetet är prioriterat inom Danderyds sjukhus. Arbetet med att integrera både informationssäkerhet och dataskydd är en kontinuerlig verksamhet som måste göras i takt med den pågående digitaliseringen och samtidigt anpassas till de säkerhetsutmaningar som samhället och sjukhuset står inför.

Nya europeiska och nationella lagar och regelverk, regionala riktlinjer och metodsysteem och inte minst introduktion av nya teknologier såsom AI, ställer krav på att verksamheten kontinuerligt arbetar med att identifiera förbättrings- och skyddsåtgärder samt anpassning av lokala processer och rutiner.

Genomfört förbättringsarbete 2025 samt planerade aktiviteter 2026

Danderyds sjukhus har under 2025 genomfört flertalet aktiviteter inom informationssäkerhet och dataskydd, både som del av handlingsplanen för informationssäkerhet och även operativa aktiviteter för att minska risker i linjeverksamheten. Många aktiviteter har varit i förberedande syfte inför introduktionen av exempelvis Cybersäkerhetslagen (NIS2 direktivet) och AI-förordningen.

Dessa aktiviteter har skett i nära samarbete med Regionledningskontoret, regionens CERT (som har i uppdrag att minska omfattning och skadeverkan av it-säkerhetsrelaterade hot och incidenter genom nätverksövervakning) samt Serviceförvaltningen som under slutet av 2025 har kommit igång med löpande sårbarhetsskanning av sjukhusets servermiljö.

Som en följd av avbolagiseringen har även samverkansarbetet inom Akutsjukhusnämnden fördjupats ytterligare under året, detta för att erhålla en ännu bättre harmonisering av informationssäkerhets- och dataskyddsfrågor inom Akutsjukhusnämnden. Under 2026 fortsätter arbetet med riskhanteringsprocesser avseende informationssäkerhet och dataskydd.

I slutet av 2025 infördes det nya regionsövergripande metodstödet IRIS, som ska ligga till grund för informationssäkerhets- och dataskyddsaktiviteter inom Danderyds sjukhus. Under 2026 kommer compliancearbetet, med hjälp av IRIS, successivt att utökas i samband med att regionen

inför ny funktionalitet. Detta ska på sikt ytterligare höja sjukhusets generella förmåga att hantera incidenter i linje med nya lagar och föreskrifter och även bidra till förbättrad samverkan med både andra förvaltningar inom regionen samt externa leverantörer och tillsynsmyndigheter.

Alla verksamhetsområden inom sjukhuset arbetar med informationssäkerhet och dataskydd aktivt med hjälp av lokala koordinators. Tack vare det kan den centrala administrationen på sjukhuset sprida kunskap mer effektivt. Det skapar också en förmåga att bättre kunna agera på lokala klinikers och enheters behov. Detta är en del av sjukhusets ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) där complianceprocessen (egenkontroller för verksamheter och IT/MT-system) både breddats och fördjupats. Detta arbete kommer att utökas ytterligare framöver i samband med att nya metodstöd introduceras inom Region Stockholm.

En central del av complianceprocessen är att genomföra riskanalyser och att följa upp identifierade risker och sårbarheter. Danderyds sjukhus upprätthåller även en övergripande RSA (Risk- och Sårbarhetsanalys, som del av Internkontrollplanen). RSA:n hanteras med ett specifikt regionsövergripande verktyg avsett för denna kategori av risker. Sjukhuset har en gemensam riskkatalog som följs upp och behandlas regelbundet i samråd med berörda verksamheter, och åtgärder som prioriteras beroende på riskvärde.

Utbildningsinsatser inom Danderyds sjukhus sker löpande och efter behov. För att höja informationssäkerhets- och dataskyddskompetensen lanserades under 2025 en så kallad nanoutbildning riktad till alla medarbetare inom Danderyds sjukhus. Denna typ av utbildning har visat sig vara väl anpassad till vårdverksamhetens arbetssätt och har tagits emot positivt. Under 2026 kommer utbildningen att utökas med ytterligare utbildningsmoduler riktade till både chefer och sjukhusets ledning.

Dessa aktiviteter kommer att fortsätta under 2026 och på sikt bidra till ökad robusthet, förstärkt informationssäkerhet och minskning av befintliga risker och sårbarheter inom sjukhusets it- och medicintekniska system vilket i sin tur leder till en ännu högre patientsäkerhetsförmåga.