

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

Danderyds sjukhus AB

År 2021



Inledning

Årets kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse utgår från en ny nationell mall för patientsäkerhetsberättelse med utgångspunkt från lagkrav samt den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.



Källa:

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

Innehåll

Inledning.....	2
----------------	---

Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Kvalitetspolicy	5
Verksamhetsplanering	5
Arbetet med lokala verksamhetsplanen	8
ISO certifierat kvalitet- och miljöledningssystem	8
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Systemstöd för kvalitetsuppföljningar, analys och visualisering	8
Resultatuppföljning	9
Kvalitetsindikatorer enligt avtal	9
Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	10
Systematiskt arbetsmiljöarbete	10
HME-index	11
Arbetsmiljöavvikelser	11
Bemanning.....	12
Informationssäkerhet.....	13
Strålsäkerhet	14
En god säkerhetskultur.....	16
Patientsäkerhetskultur	16
Adekvat kunskap och kompetens	17
Patienten som medskapare	20
Patientupplevd kvalitet	20
Agera för säker vård	21
Riskanalyser	21
Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
Medarbetarrapporterade vårdavvikelser	22
Patient- och närståenderapporterade synpunkter och klagomål.....	23
Lex Maria och Händelseanalyser	25
Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner	25
Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, BHK	26
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)	26
Odling av multiresistenta bakterier	27
Egenkontroll vårdhygienisk standard	28
Trycksårsprevention	28
Fallprevention	30
Samverkan för god och säker vård.....	30
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	31
Trygg och säker utskrivning.....	31

Tillförlitliga och säkra system och processer	32
Strukturerad journalgranskning	32
Säker ordination och hantering av läkemedel	32
Läkemedelsförsörjning	33
Läkemedelshantering	33
Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel	34
Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen	35
Effektiva och säkra arbetsätt kring läkemedel	35
Medicinsk Teknik	36
IT-säkerhet	38
Öka riskmedvetenhet och beredskap	39
Katastrofberedskap	39
Systematiskt säkerhetsarbete	40
Brandskydd	40
Fysisk säkerhet	41
Agera för högkvalitativ vård	42
Nutrition	42
Palliativ vård	42
Agera för effektiv och tillgänglig vård	44
Vårdgaranti	44
Systematiskt miljöarbete	45
Om den här rapporten	46

Grundläggande förutsättningar för en god och säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Kvalitetspolicy

Alla som möter Danderyds sjukhus ska känna att de är i trygga, säkra händer. Detta uppnår vi genom:

- Personcentrerad och högkvalitativ vård
- Forskning, innovation och lärande
- Aktivt och utvecklande ledarskap
- Hållbar utveckling och smidiga processer



Den övergripande målbilden för DSAB utgörs av Region Stockholms målbild enligt nedan. Danderyds sjukhus AB arbetar aktivt med de mål och indikatorer som Region Stockholm fastställt och alla lokala mål, indikatorer och aktiviteter för att nå målen är kopplade till Regionens övergripande vision, målsättningar och värderingar. Region Stockholms vision: En attraktiv, hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut.

Riskhantering som påverkar sjukhusets förmåga att nå målen utgör också en central del i planeringen. Riskanalys görs regelbundet, och i samband med olika verksamhetsförändringar, vilka bl a ställs samman på sjukhusnivå till den Interna kontrollplanen.

Verksamhetsplanering

Danderyds sjukhus är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin.

Sjukhusets styrs dels av Regionfullmäktiges beslut om mål och budget för år 2021 med de mål och indikatorer som fullmäktige gett sjukhuset dels av akutsjukhusets avtal med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och de mål och indikatorer avtalet gett sjukhuset.

Den övergripande målbilden för DSAB utgörs av Region Stockholms långsiktiga mål.

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav. Sjukhusets strategiska åtgärdsområden under 2021 är utan inbördes prioritering:

- Kompetensförsörjning och kompetensväxling:

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.

- Patientprocesser, nya arbetssätt/vårdformer och digitalisering:

Nya arbetssätt och vårdformer behöver utvecklas i allt snabbare takt. Andelen patienter med omfattande vårdbehov och patienter i behov av specialiserad vård kommer att öka på akutsjukhusen. Multisjuka äldre som besöker akutmottagningen ska kunna hänvisas direkt till geriatriken. Under 2021 ska kvaliteten i vården förbättras genom stärkt kunskapsstyrning och införandet av standardiserade processer, s.k. personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. E-hälsa och digital utveckling är 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.

- Sammanhållen vård; in- och utflöde till/från akutsjukhuset:

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 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.

- Ekonomistyrning- åtgärdsprogram för ekonomi i balans:

Med utgångspunkten att värna kärnverksamheten och med beaktande av lärdomar av nya arbetssätt under pandemin ska effektiviseringar säkerställa en ekonomi i balans. Effektiviseringarna ska främst ske genom minskad administration, minskade lokalkostnader, förbättrade inköp, effektivare organisation samt fördjupad och förbättrad samverkan och styrning inom koncernen.

Inom samtliga av dessa områden pågår det en rad sjukhusövergripande aktiviteter för att skapa både en verksamhet och ekonomi i balans. Dessa har definierad tidplan och ansvarig i sjukhusets ledningsgrupp och följs upp i sjukhusets ledningsgrupp per tertial avseende status och måluppfyllelse.

Utifrån den långsiktiga målbilden och strategin utarbetar sjukhusledningen en verksamhetsplan med specifika mål för det kommande året. Dessa mål samlas i sjukhusets balanserade styrkort. Ett utvecklingsarbete med sjukhusets styrkort har skett under de senaste två åren och de mål, mått och indikatorer som såväl Regionfullmäktige som Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gett sjukhuset finns i samma styrkort.

Styrkortet utgår från Regionledningskontorets mall med följande perspektiv och målbilder:

- Patientprocessperspektivet för En hälso- och sjukvård av god kvalitet med indikatorer, uppdrag och avtalets skall-krav utifrån följande målbilder:
 - Vård av god kvalitet
 - Vård i rätt tid
 - Säker vård
 - Vård på rätt plats
 - Effektiv vård
 - Vård med patienten i fokus
 - Stärkt folkhälsa
- Medarbetarperspektivet med indikatorer, uppdrag och avtalets skall-krav utifrån följande målbilder:
 - Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare
 - Systematisk kompetensförsörjning
- Hållbarhetsperspektivet med indikatorer, uppdrag och avtalets skall-krav utifrån följande målbilder:
 - Kärnverksamheten ska prioriteras
 - En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa
 - Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar
- Region Stockholms klimatpåverkan ska minska
 - Region Stockholms miljöpåverkan ska minska
 - Hög innovations och digitaliserings-grad
 - Social hållbarhet
- Ekonomiperspektivet med indikatorer, uppdrag och avtalets skall-krav utifrån följande målbilder:
 - Ett resultat i balans
 - Själv-finansiering av drift och ersättnings-investeringar
 - Hållbar investerings-utveckling

Målen i styrkortet är mätbara och bidrar till att DSAB uppfyller ägarnas och beställarnas krav på sjukhuset.

En viktig utgångspunkt för verksamhetsplaneringen är den verksamhetsidé och mål som ägarna har formulerat för sjukhuset, trender och händelser i omvärlden och det vårdavtal som DSAB har tecknat med beställaren och ägaren. Vidare spelar de grundläggande värderingarna en viktig roll.

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. Riskanalys görs regelbundet, och i samband med olika

verksamhetsförändringar, vilka bl a ställs samman på sjukhusnivå till den Interna Kontrollplanen.

Arbetet med lokala verksamhetsplanen

Sjukhusets mål bryts i nästa steg ner till varje verksamhetsområde. Detta arbete gör ledningen för respektive verksamhetsområde under hösten. Verksamhetsområdets plan baseras på målen i sjukhusets styrkort och utgör verksamhetsområdets bidrag till att sjukhuset uppnår målen. Verksamhetsområdets plan innehåller aktiviteter med definierad tidplan och ansvarig. Aktiviteterna syftar till att verksamhetsområdet uppnår sina mål samt att sjukhuset uppnår de sjukhusövergripande målen.

Vidare utgör verksamhetsområdets plan ett viktigt underlag för chef och medarbetare som tillsammans ska bryta ned planen till meningsfulla mål och aktiviteter vid den egna enheten. Genom att ta fram lokala mål och aktiviteter på respektive enhet kan medarbetarna delaktiggöras i arbetet med att nå sjukhusets övergripande mål.

ISO certifierat kvalitet- och miljöledningssystem

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

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

Systemstöd för kvalitetsuppföljningar, analys och visualisering

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

Danderyds sjukhus använder i första hand statistikverktyget Qlikview för att analysera och visualisera utdata genom utsökning från olika patientinformationssystem. Aktuella utdata och resultat kan därmed visas kontinuerligt genom bearbetade applikationer, främst utifrån strukturerad vårddata.

Även ett webbaserat systemstöd, Rapportor, används med främsta syfte att underlätta inrapportering av data i samband med olika kvalitetsuppföljningar. Systemet möjliggör uppföljning av resultat över tid och ger förutsättningar för analys av data genom specialdesignade rapporter. Resultatrapporterna autogenereras i samband med inmatning av data, vilket möjliggör snabb återkoppling och visualisering av resultat. Eventuellt förbättringsarbete kan därmed initieras direkt i vårdverksamheterna. Samtliga kvalitetsuppföljningar som genomförs som så kallade punktprevalensmätningar

(tvärsnittsstudier) har designats i det webbaserade systemstödet Rapportor. Flertalet strukturerade egenkontroller har utarbetats och ingår i årsplanen för kvalitetsuppföljning.

Resultatuppföljning

Verksamheterna redovisar kvalitetsresultaten regelbundet vid tertial- och årsbokslut samt vid uppföljningar av verksamheternas styrkort. Sjukhusledningen har muntliga verksamhetsuppföljningar med kvalitetsfokus minst tre gånger per år med samtliga verksamheter. På sjukhusövergripande nivå har sjukhusets ledningsgrupp en strukturerad uppföljning utifrån ett årshjul för uppföljning, analys och beslut, som innebär att de viktigaste avvikelserna från mål inom alla områden, respektive risker på sjukhusnivå identifieras och beslut om åtgärder fattas. Dessa rutiner säkerställer ett systematiskt arbetssätt som förebygger risker, identifierar förbättringsmöjligheter och korrigerande åtgärder vidtas, vilket ökar sjukhusets möjligheter att nå uppställda mål och gällande krav. Risker, tillbud och vårdskador följs upp genom inrapporterade vårdavvikelser från medarbetare och patienter/närstående. Analysteamerna inom varje verksamhetsområde, (patientsäkerhetscontrollers, patientsäkerhetsläkare och med kvalitetsutvecklare och läkemedelsläkare som adjungerade) har i uppdrag att granska verksamhetsområdets patientsäkerhet på verksamhetsområdesnivå. De initierar fördjupade analyser där de ser behov i samband med rapporter om frekventa eller allvarliga vårdavvikelser. De bidrar också i uppföljningsarbetet av de handlingsplaner inom kvalitet och patientsäkerhet som är beslutade av respektive verksamhetschef.

Kvalitetsindikatorer enligt avtal

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som har beställarfunktion för vårdgivare i Region Stockholm, utformar och fastställer krav för kvalitetsindikatorer efter samråd med den regionala kunskapsstyrningens olika expert- och sakkunnigfunktioner samt kvalitetsnätverk, som består av representanter från samtliga akutsjukhus i Regionen.

Kvalitetsindikatorernas definitioner och målnivåer anpassas utifrån nationella riktlinjer och krav och utveckling, vilket bevakas noggrant. I utvecklingen av regionens nätverkssjukvård är samverkan kring sammanhållna vårdkedjor synnerligen viktigt. I urvalet av indikatorer utgör därför primärvård, geriatrik och psykiatri viktiga gränssnitt och beroenden.

Kvalitetsindikatorerna utgår från kvalitetsområdena: *kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig vård*. Indikatorerna är dels resultatindikatorer där kravet relaterar till en viss målnivå eller täckningsgrad, dels nya indikatorer; där kvalitetsindikatorn är under införande eller utveckling. Den regiongemensamt rapporterade utdatan redovisas i könsuppdelad statistik.

2020–2023 inleddes en ny avtalsperiod där vårdavtalets kvalitet ersättning ökade i andel av totala sjukhusavtalet. Förändringen innebar att en del i avtalet knyts till regiongemensamma indikatorer, där DSAB delar samma krav som de övriga akutsjukhusen i regionen, och en del i avtalet kopplas till sjukhusspecifika indikatorer. Syftet med de sjukhusspecifika indikatorerna är att möjliggöra för sjukhusen att i högre utsträckning identifiera specifika förbättringsområden där incitamentsmodellen kan bli en bidragande drivkraft i den planerade utveckling. Under pandemiåren 2020-2021 har dock den målrelaterade ersättningen pausats, utifrån ett regionalt beslut.

Kvalitetsutfall 2020

Andel uppfyllda sjukhusspecifika indikatorer 79 %
Andel uppfyllda regiongemensamma gemensamma 90 %

Kvalitetsutfall 2021

Andel uppfyllda sjukhusspecifika indikatorer XX %
Andel uppfyllda regiongemensamma indikatorer XX %

Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

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

Det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet vid Danderyds sjukhus har sjukhusets styrelse tillsammans med VD och ledningsgruppen. Som samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete verkar sjukhusledningens stödfunktioner; Kvalitet och verksamhetsutveckling samt Produktions- och verksamhetsanalys där chefläkare, kvalitetsstrateg, vårdstrateg, verksamhetsutvecklare, patientvägledare och sjukhusapotekare ingår. Dessa enheter 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, Smittskydd samt klinisk farmaceut är knuten till enheten 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, patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare och läkemedelsansvarig läkare. De har även sjukhusövergripande uppdrag som utförs i nätverk och arbetsgrupper. För sjukhusövergripande uppdrag finns flertalet olika kvalitetsråd inom olika områden t ex läkemedel, fallprevention, vårdhygien, palliativ vård, sårbehandling och informatik. Kvalitetsråden upprättar årliga handlingsplaner som konkretiserar vad som ska utföras. Arbetsgrupper med sjukhusövergripande uppdrag för att förbättra metoder inom patientsäkerhet finns inom händelseanalysmetoden, 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. Under pandemiåret 2021 har flera råd och sjukhusövergripande arbetsgrupper pausat eller kraftigt begränsat pågående utvecklingsarbete.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM, är arbetsgivarens arbete med att undersöka och åtgärda risker i verksamheten för att skapa en säker arbetsmiljö och förebygga ohälsa eller

olycksfall på arbetsplatsen. På Danderyds sjukhus är arbetsmiljöarbetet integrerat i verksamhetsstyrningen, på ett organiserat och systematiskt sätt och ständigt pågående. SAM sker i nära samverkan mellan arbetsgivare, skyddsombud och medarbetare. Hela 2021 har präglats av pandemin, vilket har inneburit att flera aktiviteter inom det systematiska arbetsmiljöarbetet har pausats eller genom-förts i en annan form än normalt.

Mål 2021

De uppsatta målen för arbetsmiljön 2021 följer Regionfullmäktiges mål. Målen följs upp i den regiongemensamma medarbetarundersökningen genom mätning av Hållbart Medarbetarengagemang, HME. I samma undersökning genomförs också mätning av Hållbart Säkerhetsengagemang, HSE. Utöver HME redovisas nedan även arbetsmiljöavvikelser och bemanningsfrågor.

Resultat

- HME-index minskade jämfört med 2020 från 78 till 75.
- Antalet rapporterade arbetsmiljöavvikelser minskade jämfört med 2020, från 2 265 till 1 701. Antalet rapporterade arbetsmiljöavvikelser uppgick i snitt till cirka 0,4 per medarbetare år 2021 jämfört med 0,5 år 2020.

Analys

HME-index

HME-index är uppbyggt av tre delindex: **Motivationsindex** visar medarbetarnas motivation i arbete, **Ledarskapsindex** visar medarbetarnas uppfattning om den närmaste chefens sätt att leda verksamheten. **Styrningsindex** handlar om hur väl medarbetarna är insatta i sina egna individuella mål och i arbetsplatsens mål. Samtliga delindex sjönk jämfört med 2020, vilket med största sannolikhet är en effekt av att pandemin orsakat en hög arbetsbelastning under lång tid.

Arbetsmiljöavvikelser

Största förändringen av arbetsmiljöavvikelser 2021 är minskningen av händelser som handlar om smitta. Under 2020 i inledningen av pandemin rådde stor osäkerhet kring smittvägar, behandlingsmetoder och skyddsutrustning, vilket medförde att många arbetsmiljöavvikelser rapporterades. Under 2021 har tillgången till skyddsutrustning ökat samt regionens och myndigheters regler och rekommendationer förtydligats.

Däremot har fler avvikelser som handlar om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön rapporterats jämfört med 2020. Framför allt handlar dessa om hög arbetsbelastning. En orsak är att det främst under senare delen av 2021 varit svårt att bemanna verksamheten på grund av den dramatiska ökningen av Omikronviruset och skärpta restriktioner. Ett stort antal medarbetare har varit frånvarande på grund av egen sjukdom, VAB och karantän.

Förutom det akuta bemanningsläget på hela sjukhuset, upplever medarbetarna att flera arbetsuppgifter inom vården blivit tyngre. Antalet covidpatienter som behöver läggas in på sjukhuset har ökat jämfört med början av 2021. En del av dessa patienter har dock en annan primär diagnos, vilket innebär att ordinarie vård behöver anpassas till covidvård. Exempelvis fordras att patienter isoleras och att personalen använder utökad skyddsutrustning. Det

innebär också att patienter behöver flyttas både inom och mellan avdelningar, vilket är mycket resurskrävande och tungt för vårdpersonalen.

Bemanning

Att kunna bemanna verksamheten vid korttidsfrånvaro har varit den i särklass svåraste uppgiften för verksamheterna under 2021. Extratid i form av timanställningar, övertid, fyllnadstid samt läkares arbetstid under jour och beredskap har ökat och utgjorde 17,6% av den totala närvarotiden under 2021. Under 2020 var motsvarande andel extratid 16,7%. Antalet timmar som bemannats av externa bemanningsföretag uppgick till cirka 125 000 timmar, en ökning med 28% jämfört med föregående år.

Ett prioriterat område är att säkerställa att medarbetarna känner sig trygga och säkra i sina respektive yrkesroller och på sina arbetsplatser, i synnerhet under rådande omständigheter. Sjukhuset har under pandemin erbjudit omfattande utbildningsinsatser för sjuksköterskor, undersköterskor och läkare samt introduktionsutbildningar för semestervikarier. Ett exempel som kan nämnas är att Danderyds sjukhus tagit fram en utbildning för att grundutbildade sjuksköterskor ska kunna arbeta inom högre vård/intermediärvård (IVA, IMA, HIA). Syftet med utbildningsinsatsen är att skapa förutsättningar för grundutbildade sjuksköterskor att kunna vårda kritiskt sjuka patienter inom en högre vårdnivå med bibehållen patientsäkerhet samt att bredda basen av grundutbildade sjuksköterskor med kunskap och handlingsberedskap att kunna bemanna upp högre vårdsenheter vid behov.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Sjukhuset har under större delen av pandemin varit i beredskapsläge (stabs- eller förstärkningsläge). De viktigaste aktiviteterna inom HR-området har kretsat kring att kunna hantera covidsituationen och bemanna sjukhuset. Vid några verksamheter som haft särskilt hög arbetsbelastning och brist på personal har skyddsombud vänt sig till Arbetsmiljöverket med begäran om föreläggande eller förbud. Vid dessa verksamheter har ett intensivt arbete pågått med att ta fram och genomföra aktiviteter som syftar till att förbättra arbetsmiljön.

Att planera, organisera och prioritera på helt nya sätt har ställt stora krav på sjukhusets verksamheter. Sjukhuset har blivit bättre på att bedöma vilken verksamhet som kan stängas eller göra neddragningar till förmån för akutflödet. Samarbetsformerna mellan verksamheterna har utvecklats och den dagliga vårdplatskoordineringen förbättrats.

Planerat förbättringsarbete 2022

För 2022 kommer fortsatta aktiviteter för att sänka sjukfrånvaron och förebygga psykisk ohälsa att bedrivas. Region Stockholm erbjuder olika former av stödinsatser och verktyg för chefer och medarbetare med anledning av den långvariga perioden av stress och press som varit under hela pandemin. Vidare behöver det säkerställas att medarbetarna får återhämtning såväl inom som mellan arbetspassen. Lärdomar kommer att dras från de verksamheter som arbetat med specifika planer för förbättrade arbetsmiljöåtgärder och spridas inom övriga sjukhuset. Ytterligare en aktivitet som planeras för 2022 är att öka chefers kompetens inom arbetsmiljöområdet, bland annat via regionens framtagna e-lärande. Tillsammans med regionen kommer ett arbete att bedrivas för att förbättra uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

Region Stockholms nämnder och bolag har ett gemensamt ledningssystem för informationssäkerhet som baseras på standarden SS-ISO/IEC 27000-serien.

Mål 2021

- Införande av nya riktlinjer från Region Stockholm och avveckling av lokal policy och riktlinjer
- Identifiering skyddsvärda, egenägda, IT-system
- Införa systemstöd för hantering av register över personuppgiftsbehandlings
- Utredda framtidens dataskyddsorganisation
- Fastställa modell för genomförande av konsekvensanalys (DPIA).

Resultat

- I slutet av 2021 beslutade regionfullmäktige om ny verksamhetskyddspolicy och riktlinjer för informationssäkerhet. Med anledning av att nya LIS fastställdes så sent under 2021 har DSAB inte kunnat uppfylla målet med att införa de nya riktlinjerna. Arbetet kommer att fortsätta under 2022.
- DSAB har identifierat de mest skyddsvärda IT-systemen som DSAB tillhandahåller.
- Framtidens dataskyddsorganisation har utretts för att framöver tillse att mer tid finns till informationssäkerhetsarbetet.
- En modell för genomförande av konsekvensanalys är fastställd.

Analys och genomfört förbättringsarbete 2021

Inom regionen finns en beslutad process, s.k. compliance-processen. Syftet med detta är att identifiera förbättringsområden och ta fram förslag på åtgärder så att sjukhusets information skyddas på rätt sätt. Riskbedömning är även en del i processen. Compliance-processen ska genomföras på verksamhetsnivå och på de it-system som DSAB har ägarskap för. DSAB har genomfört detta för de it-system som identifierades som mest skyddsvärda, systemförvaltningarna har arbetat med de förbättringsområden som identifierades. På grund av den pressade arbetssituation pandemin har medfört har det inte funnits tillräckligt med utrymme under året för att identifiera förbättringsområden på verksamhetsnivå, vilket även betyder att riskbedömningar inte genomförts i verksamheterna.

I regionens riktlinjer för informationssäkerhet ska behörighetsrevision genomföras årligen. Detta är något som inte har varit möjligt att prioritera under 2021, på grund av pandemin. Att implementera riktlinjerna fullt ut har inte heller varit möjligt.

DSAB genomför systematiska loggkontroller av personalens åtkomst till patientdata. Åtkomst till journaler granskas systematiskt genom bland annat analysverktyget SALA som är ett it-stöd för att granska journalöppningsloggar från journalsystemet TakeCare. DSAB har

under året även genomfört enstaka fördjupade loggutdrag vid misstanke om otillåten åtkomst.

Ledningens genomgång genomförs i vanliga fall en gång per år. Under 2021 har informationssäkerhetssamordnaren vid två tillfällen presenterat informationssäkerhetsarbetet för DSAB:s ledning.

Planerat förbättringsarbete 2022

- Hantera DSAB:s största informationssäkerhetsrisker
- Utbilda informationssäkerhets- och dataskyddskoordinatorer
- Anpassa DSAB:s informationssäkerhetsarbete med de nya riktlinjerna från Regionen
- Kontinuerligt informera medarbetare om sekretess och tystnadsplikt
- Hantera avvikelser i de tre mest skyddsvärda it-systemen som DSAB har ägarskap för
- Förbättra upphandlingsprocessen avseende informationssäkerhet
- Öka efterlevnaden av behörighetsrevision

Strålsäkerhet

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

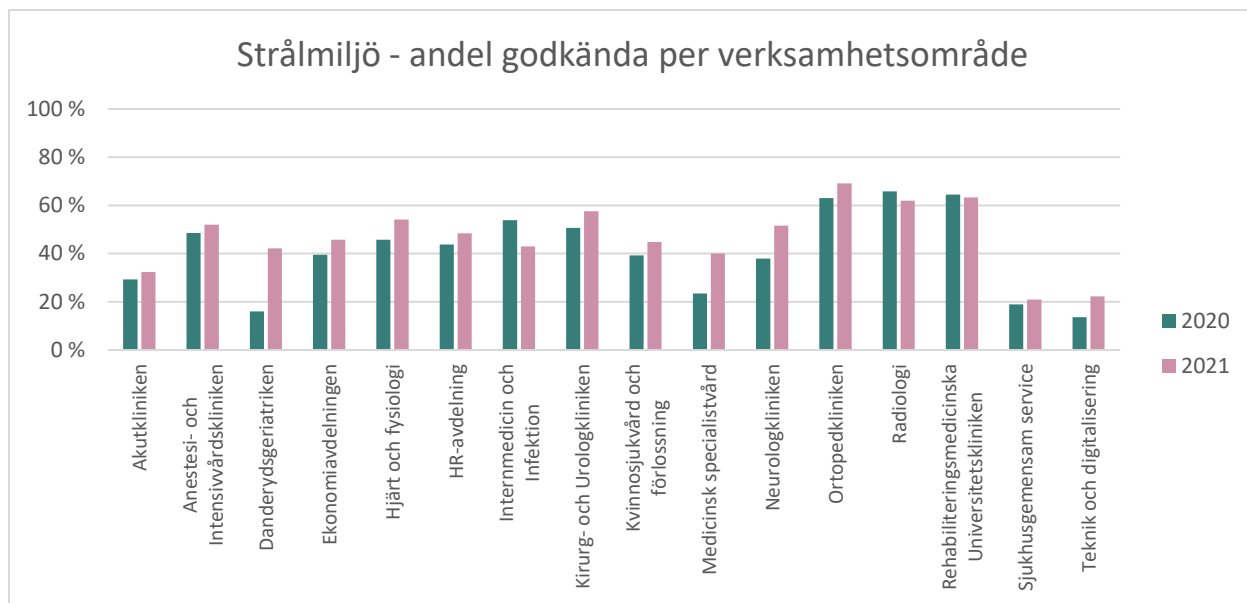
På Danderyds sjukhus AB används strålning i diagnostiskt syfte och vid röntgenvägleda procedurer. Danderyds sjukhus AB strävar efter att upprätthålla en god strålsäkerhet och strålmiljö där strålningen används på ett optimerat sätt med hög kvalitet och låga stråldoser.

Mål 2021

- Patientstråldoser under diagnostiska referensnivåer
- Personalstråldoser under lagstadgade dosgränser
- Publicera e-kurs inom fördjupad strålsäkerhet
- Förbättrad dokumentation av utbildning
- Revision av strålsäkerhetsrutiner
- Intern revision inom temat arbetstagare, allmänhet, miljö, utrustningar och strålkällor

Resultat

Många verksamheter har fortfarande brister i dokumentationen av strålsäkerhets- och handhavandebildning. Målet att publicera en e-kurs inom fördjupad strålsäkerhet är inte heller uppfyllt. Resterande mål är uppfyllda. De flesta verksamhetsområden har förbättrat andelen personal med godkänt resultat på den obligatoriska kursen Strålmiljö, se diagram nedan.



Analys

Utbildningsstatistik finns i flera olika system som inte är synkroniserade - Lärtorget, Heroma Kompetens, papperslistor, intyg och Excel-filer vilket medför att chefer och utbildningsledare har svårt att få överblick över andelen med godkända utbildningar samt att identifiera individer som saknar obligatorisk utbildning.

Genomfört förbättringsarbete 2021

- Revison av riktlinjer med fokus på att uppfylla SSM:s krav och fungera väl i klinisk verksamhet
- Förenklad åtkomst till riktlinjer på intranätet
- Krav på intyg vid handhavandebildning, statistik har begärts ut från Lärtorget och skickats till verksamheterna för att förbättra utbildningsdokumentationen
- Förbättrad uppföljning av patienter med höga huddoser
- Systematiskt optimeringsarbete av radiologiska undersökningar
- Återkoppling av strålsäkerhetsfrågor genom strålsäkerhetsråden
- Planering av strålskärning i hus 61

Planerat förbättringsarbete 2022

- Se över möjligheterna att förenkla statistikuttag i Lärtorget och Heroma Kompetens
- E-utbildning fördjupad strålsäkerhet
- Intern revision i intervjuform
- Fortsatt planering av strålskärning och deltagande i upphandling av röntgenutrustning till hus 61

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhetskultur

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



HSE undersökningen (HSE - hållbart säkerhetsengagemang) genomförs varje år i samband med medarbetarenkäten.

Mål 2021

Alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur.

Resultat

80% av alla som besvarade medarbetarundersökningen 2021, svarade på HSE-frågorna. Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 har minskat med 3 enheter till 73, jämfört med 76 både år 2020 och 2019.

Analys

Under året har vi fortsatt haft stora utmaningar då pandemin behållit sitt grepp. Vår bedömning är att försämringen av resultatet beror på pandemin och det ansträngda läget med brist på vårdplatser, hög patienttillströmning och hög sjukfrånvaro hos personalen. Det har inte funnits utrymme att arbeta med förbättringsarbete i den utsträckning som önskat utan alla resurser har gått till att hantera Covid-19 situationen.

Genomfört förbättringsarbete 2021

En aktualisering av framtagna verktyg och stödmaterial gällande patientsäkerhetskultur har lyfts fram under hösten 2021 som tex. självskattnings- och reflektionsfrågor avseende "resiliens", som innebär förmågan att stå emot och återhämta sig från störningar.

Flertalet verksamheter diskuterar numera avvikelser och åtgärder på sina arbetsplatsträffar för att sprida information och kunskap. Flera verksamheter har under året aktivt arbetat för ett öppnare klimat där medarbetarna ska kunna diskutera misstag och våga fråga varandra i större utsträckning, det är en viktig pusselbit i arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen.

Planerat förbättringsarbete 2022

Ett mål under 2022 är att olika nyckelfunktioner på sjukhuset ska gå Socialstyrelsens nya nationella utbildning i patientsäkerhet. Att förbättra säkerhetskulturen är ett långsiktighet arbete, där alla enheter står inför olika utmaningar och därför har upprättat individuella handlingsplaner med olika aktiviteter inom nedanstående generella förbättringsområden:

- Förbättra lokal uppföljning av beslutade åtgärder.
- Utöka patientmedverkan i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.
- Förbättra samarbetet med andra enheter.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens är kunskap, förmågor och beteenden. En grundläggande förutsättning för en god och säker vård är att det finns tillräckligt med medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Yrkeskompetensen säkerställer att medarbetarna behärskar både de arbetsuppgifter och den vård och behandlingar som de utför. Clinicum, Danderyds sjukhus utbildningscentrum bidrar till att säkerställa yrkeskompetens hos sjukhusets vårdmedarbetare.



Kompetens kan bestå i både tekniska och icke-tekniska färdigheter. Tekniska färdigheter innefattar praktisk kunskap om exempelvis hur diagnostiska undersökningar, bedömningar av fynd och procedurer ska utföras. Icke-tekniska färdigheter handlar om situationsnärvaro, kommunikation, ledarskap, beslutsfattande arbete i team och hantering av stress. Både tekniska och icke-tekniska färdigheter behöver tränas och utvecklas kontinuerligt i arbetet för en säkrare vård. Teamarbetet innebär att alla i teamet bidrar med sin specifika kompetens, vilket även det är en förutsättning för hög patientsäkerhet. Teamet utgörs av de medarbetare som finns närmast, men också team högre upp i organisationen påverkar patientsäkerheten.

Clinicum bidrar till patientsäker vård bland annat genom att säkerställa introduktionsprogram för nyutexaminerade och nyanställda samt verka för kontinuerlig fortbildning för vårdens medarbetare, vilket i sin tur främjar förmåga till anpassningar och kompetensförsörjningen i stort. Förutom rent teoretisk kunskapsöverföring och workshops bidrar Clinicum med såväl klinisk färdighetsträning som interprofessionell teamträning i simulerad miljö. Teamträning fokuserar både på tekniska och icke-tekniska färdigheter och utgångspunkten för övningarna är hämtade från faktiska skeenden, avvikelser eller negativa händelser i vården. Lärandet blir på detta sätt erfarenhetsbaserat och riskförebyggande då det förhoppningsvis leder till att liknande avvikelser och negativa händelser går att undvika i framtiden.

Mål 2021

Ur sjukhusets verksamhetsplan för 2021 går att läsa följande:

Kompetensförsörjning och kompetensväxling

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.

Kompetensplanering

Sjukhusets kompetensförsörjningsstrategi och kompetensförsörjningsplan är fastställd för 2016-2021. Aktiviteter fortsätter att genomföras enligt planen, bland annat kompetensväxling och införande av kompetensplaneringmodellen KOLL med hjälp av IT-stödet Heroma Kompetens. Sjukhuset följer regionens plan för införande av kompetensstegar för olika yrkesgrupper. Arbete med implementeringen fortsätter under 2021.

Analys

Året har präglats av pandemin. Sjukhuset har konstant befunnit sig i anpassning och omställningsläge avseende medarbetarutveckling. Då läget på sjukhuset varit mindre påverkat ur ett pandemiskt perspektiv har utbildningsinsatser riktat till medarbetare tillfälligt kunnat intensifierats. Pandemin till trots har flera förbättringsarbeten gällande kompetensutveckling kunnat genomföras. Som en direkt följd av pandemins konsekvenser på vårdverksamheterna har Clinicum fått i uppdrag att planera och genomföra utbildningsprogram för att stärka kompetens inom så kallade högre vårdsenheter. Bland annat har introduktionsutbildning för undersköterskor inom intensivvård initierats samt på uppdrag av sjukhusledningen en utbildning för grundutbildade sjuksköterskor som arbetar vid, eller kommer att arbeta inom intermediärvårdsenheter på sjukhuset.

Genomförda förbättringsarbeten 2021

För att öka patientsäkerheten för de patienter som vårdas på sjukhuset har följande förbättringsarbeten genomförts för att säkerställa adekvat kompetens hos medarbetarna.

- Vidareutveckling av Klinisk basutbildning för nyutexaminerade sjuksköterskor. Utbildningsprogrammet bygger på de sex kärnkompetenserna och steg 1 och 2 i kompetensstegen för sjuksköterskor. 30 sjuksköterskor startade programmet och 34 fullföljde det i sin helhet under året.
- Utveckling och start av utbildningsprogram för sjuksköterskor inom intermediärvård med syfte att skapa förståelse för och handlingsberedskap för att vårda svårt sjuka patienter på en högre vårdnivå. Ett utbildningsprogram om 5,5 dagar hann genomföras under året där 17 sjuksköterskor från olika verksamhetsområden deltog.
- Påbörjat utvecklingsarbete för ett utbildningsprogram avseende ultraljudsledd venaccess för sjuksköterskor – en teknisk färdighet som används alltmer inom slutenvården för att säkerställa en god perifer venaccess hos patienten.
- Införande av ytterligare ett kompetensbevis för undersköterskor – administration av enteral nutrition, det vill säga näringslösning via sond. Ur patientsäkerhetsperspektiv är det nödvändigt att kvalitetssäkra den reella kompetensen hos undersköterskan som efter delegeringsförfarande utför den medicinska arbetsuppgiften
- Introduktionsutbildning för undersköterskor som ska arbeta inom intensivvård och vid akutvårdsavdelning.
- Infört workshop för undersköterskor "Mäta, värdera och rapportera vitalparametrar". Målsättningen med utbildningsinsatsen är att med hjälp av ett validerat instrument (NEWS, som är en förkortning av engelskans National Early Warning Score) och en tydlig struktur mäta vitala parametrar och patientens tillstånd. Med kommunikationsverktyg (SBAR, vilket är en förkortning för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation) kommunicera patientens tillstånd inom vårdteamet, men också att kunna tillämpa de larmrutiner som gäller inom sjukhuset. Under året har 52 undersköterskor deltagit i workshopar.

- Infört workshop för sjuksköterskor och undersköterskor kring akutvagn samt strukturerat omhändertagande av patient enligt ABCDE, där bokstäverna står för engelskans Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure. Workshops har genomförts på olika vårdenheter med totalt 177 deltagare under året.
- Ör att öva icke-tekniska färdigheter i team är simulering ett bra verktyf. Teamet kan då öva kommunikation, användandet av resurser, situationsmedvetenhet samt akut omhändertagande av patient. Den simulerade miljön och situationen ger möjligheter att träna på utmanande situationer i en trygg miljö där patientsäkerhet inte äventyras. Under året har 456 medarbetare deltagit i dessa interprofessionella teamträningsövningar trots pandemin.
- Utbildning av medarbetare i sjukhus-hjärtlungräddning (S-HLR) och avancerad hjärtlungräddning (A-HLR) för barn och vuxna har genomförts kontinuerligt under året. Tillkommer även grundläggande hjärtlungräddning som riktar sig till administrativ personal och servicepersonal. Under året har 45 nya HLR-instruktörer utbildats.

Planerade förbättringsarbeten 2022

För att främja patientsäkerheten ur ett kunskaps- och kompetensperspektiv planeras följande aktiviteter:

- Implementering av Svenska Hjärtlungräddningsrådet nya nationella riktlinjer.
- Fortsättningsvis genomföra utbildningsprogrammet för sjuksköterskor inom intermediärvård med en frekvens på tre gånger per år.
- Öka antalet tillgängliga tider för såväl utbildning som examination av kompetensbevis för undersköterskor med fokus på kateterisering av urinblåsa samt kapillär och venös provtagning samt blododling. Syftet är att kvalitetssäkra undersköterskans reella kompetens.
- Framtagande av sjukhusövergripande generiska utvecklingsaktiviteter kopplade till Region Stockholms kompetensstege för sjuksköterskor på steg 2-4.
- Starta utbildningsprogram i ultraljudsledd venaccess för sjuksköterskor.
- Planera och genomföra simulerings-/teamövningar för ytterligare verksamheter, exempelvis flödessimulering stroke och flödessimulering organdonation. Flödessimulering syftar till att kartlägga och träna på specifika vårdkedjor med kritiska övergångar; i dessa fall i samband med akut omhändertagande och behandling av patient vid stroke samt interprofessionell teamträning och handhavande i samband med organdonation från avliden.
- Reaktivering och kompetensutveckling för sjukhusets hjärtlungräddningsinstruktörer.
- Skapa nya fallbeskrivningar till utbildningsaktiviteten "Rimlighetsbedömning vid läkemedelshantering" för sjuksköterskor då behov av uppdatering och spridning föreligger. Aktiviteten bygger på reella avvikelser i samband med läkemedelshantering.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

I många fall är det patienten själv som utför stora delar av sin vård. Då behöver hen på ett tydligt och anpassat sätt vara delaktig i beslut och planering genom hela vårdprocessen. Patienten ska bli bemött som en person som är expert på sig själv, sina behov och sina resurser.

Danderyds sjukhus har påbörjat arbetet med att införa personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Syftet med överenskommelsen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Patienter ska uppleva en mer välorganiserad, sammanhållen och helhetsorienterad process. Njurmedicinsk kliniken som har ett nära samarbete med Njurförbundet (patientföreningen) där frågor av vikt för patienternas delaktighet diskuteras vid varje möte och där samsyn råder avseende vad som bäst gagnar delaktighet. Vid njurkliniken eftersträvas personcentrerad vård. Exempel på detta är att skraddarsy dialysbehandlingen så att patienten deltar i behandlingen efter egen förmåga vilket i bästa fall innebär att behandlingen bedrivs helt självständigt.

I ett tidigare skede av njursjukdom arbetar läkare och njursviktssjuksköterskor på mottagningen med att ta tillvara på och stimulera patientens egen kunskap och ansvarstagande för sin vård och kartlägga och diskutera patientens egenvårdsförmåga till exempel vid s.k. teambesök där patienten, läkare och njursviktssjuksköterska deltar.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Inom reumatologin har implementering av Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp för RA genomförts och i arbetsgruppen har en patientrepresentant som tillsammans med medarbetare inom reumatologsektionen tagit fram ett patientkontrakt som är en överenskommelse mellan patienten och vårdgivarna som ett led i att vården ska bli mer personcentrerad. I patientkontraktet finns bland annat behandlingsplan, planerade möten, medicinering samt allmän information till patienten om RA.

Planerat förbättringsarbete 2022

Ett generellt fokus på patientdelaktighet och patientinvolvering är på gång på DSAB. Flera enheter på Danderyds sjukhus har sedan många år arbetat med personcentrerat förhållningssätt där delaktighet avseende information och behandling är centralt.

Patientupplevd kvalitet

Patienternas erfarenheter och synpunkter på den utförda vården utgör en viktig del i förbättrings- och utvecklingsarbetet och ingår som en självklar del i målstyrningen på sjukhuset. Patienternas upplevelser av vården mäts huvudsakligen med Nationella patientenkät samt egna skraddarsydda patientenkäter. Digitala verktyg, pappersenkäter, QR koder för mobiltelefon och enkätlänkar via 1177 är olika exempel på insamlingsmetoder för patientenkäterna. Under året har en specifik enkät för uppföljning av digifysisk vård utarbetats. Samtliga vårdenheter följer upp patientnöjdheten på årlig basis, antingen som punktmätning eller kontinuerlig mätning med skraddarsydda enkäter. Under våren 2021 har Nationell patientenkät genomförts inom specialiserad öppen- och slutenvård.

Analys av resultat



Mycket goda resultat i öppenvården och något sämre resultat för slutenvården där bl a besöksförbud har försvårat samverkan med närstående under pandemin (*information/kommunikation*). Största utvecklingspotentialen i slutenvården är delaktighet, information och kommunikation.

Specifik frågeställning/indikator 2021

-”Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?”

Mål > 83%

Resultat öppenvård 86%

Resultat slutenvård 79%

Fungerar bra

Tillgänglighet i öppenvården

Respekt och bemötande öppenvården

Emotionellt stöd i slutenvården

Behöver utvecklas

Patientinformationsmaterial på olika språk

Information och kunskap i slutenvården

Patientmedverkan i slutenvården

Planerat utvecklingsarbete

Fortsatt fokus och satsning på personcentrerad vård, där kärnan är patientmedverkan, vilket ingår i sjukhusets utvecklingsplan för patientprocesser och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF).

Agera för säker vård

Risikanalyser

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

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

Mål

Öka antalet riskanalyser på sjukhuset för att intensifiera det förebyggande arbetet med att minska antalet värdeskador.

Resultat

Antalet riskanalyser 2021 är inte känt i dagsläget då diarieföringen av riskanalyser inte är komplett.

Analys

De sjukhusövergripande nätverken arbetar proaktivt för att fånga upp risker för vårdskador och planering av riskeliminierande åtgärder. Flera verksamhetsområden har också ställt om till att analysera sina patientsäkerhetsrisker mer frekvent.

Genomfört förbättringsarbete 2021

En sjukhusövergripande analysgrupp har startats under året, i uppstarten har deltagare som arbetar med utbildning, kvalitet och patientsäkerhet ingått i gruppen för att identifiera analysgruppens mål och syfte.

Planerat förbättringsarbete 2022

Arbeta för att alla riskanalyser diarieförs/registreras för att möjliggöra överblick av sjukhusets förebyggande arbete. Då det finns många olika metodstöd för riskanalyser behövs också ett arbete med samverkan mellan de olika säkerhetsområdena för att få till en bra struktur för framtida analyser med inspel till sjukhusets interna kontrollplan på sjukhusledningsnivå. Ett framtida mål är att öka patientmedverkan i sjukhusets riskanalyserarbete.

Den sjukhusövergripande analysgruppens arbete kommer att fortsätta utvecklas.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Medarbetarrapporterade vårdavvikelser

En av grundpelarna i patientsäkerhetsarbetet är att risker och avvikelser uppmärksammas och rapporteras, alla medarbetare på Danderyds sjukhus kan rapportera avvikelser i avvikelssystemet HändelseVis. Den medarbetare som rapporterat en vårdavvikelse får automatiskt återkoppling via systemet. Alla nya chefer får utbildning i handläggning av avvikelser och alla nya medarbetare får obligatorisk undervisning i att rapportera vårdavvikelser i sitt introduktionsprogram.



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

Varje verksamhetsområde har också en analysgrupp för vårdavvikelser som består av patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare samt ibland kvalitetsutvecklare, läkemedelsläkare, miljöhandläggare och utbildningsledare. Gruppen har uppdraget att stötta första linjens chefer i analysarbetet samt månadsvis identifiera allvarliga och eller ofta förekommande avvikelser inom sitt verksamhetsområde för vidare rapport till Lednings

genomgång, i sjukhusledningen 3 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 2021

Målet 2021 har på grund av Covid-19 pandemin varit att fortsätta ha en ökad bevakning av avvikelser för att snabbt kunna se över rutiner, skapa korrigerande åtgärder och eventuellt lyfta ärenden till sjukhusövergripande eller regionövergripande nivå. Varje år har vi som mål att fortsätta öka antalet rapporterade vårdavvikelser/år och anställd.

Resultat

Antalet rapporterade vårdavvikelser sjönk under år 2021 från 1,25 per årsanställd till 1,21. Alla verksamhetsområden vittnar om att den fortsatta situationen med Covid-19 pandemin har skapat en mer pressad arbetssituation med hög sjukfrånvaro och personalbrist på arbetsplatserna, vilket har lett till färre rapporterade avvikelser. Å andra sidan har bevakningen av avvikelser varit väsentligt ökad och många av sjukhusets verksamheter har arbetat för att vara mer reaktiva på inrapporterade avvikelser, det i sin tur har lett till att många förbättringsåtgärder har genomförts snabbare än vanligt. Av totalt 5499 stycken rapporterade vårdavvikelser år 2021 så har 60% rapporterats inom områdena Behandling/omvårdnad, Dokumentation/informationsöverföring samt Läkemedel.

Vid handläggningen av ovanstående avvikelser så är det främst Procedurer/rutiner/riktlinjer och Kommunikation/information som ansvarig chef har angett som orsak till händelsen. Den ansträngda situationen som kan kopplas till Covid-19 pandemin är en bidragande faktor.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Flera verksamhetsområden har infört en snabbare och mer transparent återkoppling av avvikelser och åtgärder till personalen, utöver svaren i avvikelssystemet så sker kommunikation på personalmöten, intranätet och genom månadsbrev. Återkopplingen är en viktig pusselbit i arbetet med att skapa ett sunt arbetsklimat där personalen som identifierar och rapporterar avvikelser får svar och har vetskap om att rapporteringen leder till förbättringar.

Planerat förbättringsarbete 2022

Vi kommer fortsätta arbetet med att höja kunskapen om rapportering och handläggning av avvikelser på sjukhuset. Ett ökat stöd planeras till chefer när handläggning av avvikelser behöver vidarebefordras till sjukhus- eller regionalövergripande nivå.

Patient- och närstående rapporterade synpunkter och klagomål

Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi skall kunna förbättra och utveckla vår verksamhet på Danderyds sjukhus. Patienter och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet genom 1177 e-tjänster men det går också bra via brev eller telefon. Varje verksamhet ansvarar för

att utreda det inträffade och besvara anmälaren. Klagomål och synpunkter inkommer också via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO.

Mål 2021

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

Resultat

Majoriteten av synpunkterna kommer direkt till Danderyds sjukhus och inte via Patientnämnden eller IVO. Sedan flera år tillbaka arbetar vi med att tydliggöra vägarna för hur våra besökare kan inkomma med synpunkter till sjukhuset. De flesta ärenden kommer via 1177 e-tjänster. Alla inkommande ärenden ska analyseras tillsammans med medarbetarnas rapporterade vårdavvikelser för att ta fram lämpliga åtgärder. Under Covid-19 pandemin så har vi tvingats prioritera vårdarbetet och under perioder flaggat för längre svarstider men trots den tunga arbetssituationen så har vi kunnat besvara alla ärenden.

Antalet ärenden som kommer direkt till sjukhuset har nästan tredubblats, Patientnämndsärenden ökar lite varje år medan ärenden från IVO har minskat till en fjärdedel jämfört med antal ärendet för fem år sedan.

Analys

Majoriteten av ärendena som inkommit gäller vård och behandling som tex. frågor kring medicinsk bedömning och/eller behandling, samt bemötande och kommunikation. Flera ärenden har medfört att utredningar och händelseanalyser har genomförts. Vi har haft en ökad bevakningen av alla inkommande ärenden under Covid-19 pandemin för att kunna identifiera de som behöver hanteras mer skyndsamt.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Det märks att sjukhuset har arbetat i flera år med att skapa rutiner för att hantera synpunkter och klagomål, det finns nu ett etablerat arbetssätt som fungerar bra och det pågår ett ständigt arbete med att införa förbättringar.

Arbetsrutinen med patientärenden digitaliserades under våren 2021 för att skapa en snabbare och säkrare hantering inom sjukhuset vilket har fallit väl ut. Det har även påbörjats ett arbete kring telefontillgänglighet tillsammans med sjukhusets växel. Till exempel så har Kirurg- och urologkliniken infört ett systematiskt arbete under det gångna året där analysgruppen går igenom alla patient- och anhörigrapporterade avvikelser för att identifiera återkommande och/eller allvarliga händelser.

Planerat förbättringsarbete 2022

Vi kommer fortsätta arbetet med att digitalisera patientärenderutinen internt och förbättra vår telefontillgänglighet. Flera verksamhetsområden planerar att utveckla sin uppföljning av inkomna synpunkter och klagomål vilket är mycket positivt eftersom varje ärende som inkommer till sjukhuset ska ses som ett förslag på vad vi kan göra bättre nästa gång.

Lex Maria och Händelseanalyser

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

Mål

Att säkerställa att högkvalitativa utredningar görs av händelser där patienter fått, eller riskerat att få, en allvarlig vårdskada så att vi kan dra lärdomar av händelserna och genomföra åtgärder som minskar risken för återupprepning.

Resultat 2021

Under 2021 gjordes 54st utvidgade utredningar i form av händelseanalyser och internutredningar vilket är ungefär samma volym som under 2020. 24 av dessa utredningar uppfyllde kriterierna för anmälning enligt Lex Maria. 15 st av de anmälda fallen var kvinnor, 8 st var män och en anmälan rörde en klustersmitta. De anmälda händelserna kategoriseras ungefär som tidigare är förutom att 25 % av händelserna 2021 rörde VRI och smittspridning. Flera av dessa händelser inträffade under 2020 och utredningarna färdigställdes 2021.

Analys

Ett stort antal utvidgade analyser i form av händelseanalyser och internutredningar har genomförts 2021, trots att verksamheterna har varit hårt belastade av omställningar pga pandemin. Flertalet av Lex Mariaanmälningarna rör risk för allvarlig vårdskada och inte inträffad allvarlig vårdskada.

Genomfört förbättringsarbete 2021

En checklista för chefer om stöd till personal som varit involverade i en allvarlig vårdrelaterad händelse samt ett informationsblad till medarbetare har tagits fram under året.

Ledningen fokuserade under året på att utvärdera effekterna av genomförda förbättringar utifrån genomförda händelseanalyser och internutredningar vid VUF, Verksamhetsuppföljningar. Åtgärder som inte kunde hanteras inom respektive verksamhetsområde genomgicks vid VUF för att åtgärdas sjukhusövergripande eller regionalt.

Planerat förbättringsarbete 2022

Workshops för analysledare med fokus på att förbättra analyskvaliteten planeras under året med anledning av revideringarna som lanserades 2021 i handboken för händelseanalys från SKR.

Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner utgör ett stort hot mot patientsäkerheten och är en av de vanligaste vårdskadorna som drabbar patienter i vården. Eftersom resistensutveckling mot antibiotika ökar, är det av yttersta vikt att dessa bakterier inte får spridning i samhället. För

den enskilda patienten kan en vårdrelaterad infektion leda till ett ökat lidande av svårbehandlade infektioner som ibland också kan innebära ett kroniskt bärarskap av så kallade anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade sjukvårdskostnader och förlängda vårdtider.

Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, BHK

En grundläggande åtgärd för att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner samt förebygga smittspridning, är tillämpning av basala hygienrutiner och klädregler utifrån Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:10 "Basal hygien i vård och omsorg". Sedan år 2010 deltar DSAB 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 såsom självskattningsenkät, "kompisspaning" och olika digitala quiz. Viktigt att uppföljningarna skapar ett värde i form av lärande och förbättringsarbete.

Mål 2021

Fokus för 2021 var att öka följsamheten till desinfektion före patientkontakt. Indikatorn "Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt" var 74% år 2020, vilket pekar på en förbättring jämfört med 2019 (66 %). Följsamheten granskas genom observationsstudier, som har utförts 2 gånger under året.

Resultat

Ett stort antal observationer (1423st) har genomförts, vilket är mycket bra för lärandet. Resultatet av "Andel medarbetare som desinfekterade händerna före patientkontakt" blev totalt 71 % vilket är en marginell försämring jämfört med föregående år (74 %).

Analys

Generellt sätt är metoden för mätning en subjektiv bedömning, vilket gör resultaten svåranalyserade. Sjukhuset har sedan många år valt att utbilda nya observatörer för varje mätning, i syfte att öka lärandet, vilket möjligen kan öka bedömningsvariationerna och försvåra analysen av resultat.

Tolkningen av resultaten visar på överanvändning av handskar, vilket på ett felaktigt sätt leder till att desinfektionsmomentet inte alltid utförs.

Planerat förbättringsarbete 2022

Under 2022 läggs fokus på att främja en miljö som gör det lätt att göra rätt, att utbildningar som tillhandahålls skapar faktiska förutsättningar för utveckling och upprätthållande av grundläggande vårdhygienisk kompetens samt att tillse att riktlinjer och rutiner är korrekta, uppdaterade, kända och sökbara.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI) VRI mäts enligt SKL:s nationella metod med kompletterande frågor för att kunna definiera om den vårdrelaterade infektionen har uppstått till följd av vården på Danderyds sjukhus eller om VRI har uppstått hos en annan vårdgivare.

Mål 2021 <7.7 %

Resultat och analys

Resultat PPM VRI för 2021 visar att den totala förekomsten av VRI var 5,1 procent (jmf 7,7 procent 2020). Eftersom totalförekomsten av VRI även inkluderar infektioner som har uppstått hos andra vårdgivare, är det mycket viktigt att följa upp förekomsten av VRI som har uppstått till följd av vård utförd av DSAB. VRI som har uppstått till följd av vård och behandling inom DSAB 2021 låg på 2,4 procent vilket är lägre jämfört med 2020. Resultatet baseras dock på metod punktprevalensmätning, vilket är en osäker metod för mätning. Två mätningar per år brukar genomföras, men med anledning av införandet av Infektionsverktyget har endast mätningen på våren genomförts, vilket ytterligare ökar osäkerheten till erhållna resultatet. Mätningen visar en minskad förekomst av postoperativa infektioner inom allmän kirurgi och gynekologi från föregående mätning. En möjlig förklaring till kan vara att färre patienter opererades under mars 2021 när punktprevalens mätningen utfördes.

Resultat av incidensmätning ifrån Infektionsverktyget juli-dec 2021 totala förekomsten av VRI var 3,8 %. De tre vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna var urinvägsinfektion utan feber, djup postoperativ infektion och annan våldsrelaterad infektion. En validering av Infektionsverktyget utfördes under november 2021. Andelen korrekt registrerade VRI (validering) 75 % av totalt 91 granskade registreringar.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Flera av aktiviteterna för att förhindra våldsrelaterade infektioner har fått anstå med anledning av pandemin. Ett sjukhusövergripande arbete med att förebygga urinvägsrelaterade vårdrelaterade infektioner har genomförts under hösten genom fortbildning i aseptiskt arbetssätt vid katetrisering för vårdpersonal.

Planerat förbättringsarbete 2022

Under 2022 kommer två tillfällen av validering av utdata ifrån Infektionsverktyget att genomföras med syfte att få mer valida VRI data.

Odling av multiresistenta 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 2021

Mer än 90 procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA ska vara korrekt intagningsodlade i samband med inläggning i slutenvården.

Resultat MRSA

Under året har två punktprevalensmätning genomförts. Resultatet för årets mätningar 2021 visar att 76 % procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA har odlats korrekt (år 2020 var resultatet 78 procent). Cirka 20 procent av samtliga patienter i slutenvården har ökad risk för bärarskap av ARB, enligt definitionen i handlingsprogrammet, vilket är lite lägre andel riskpatienter i jämförelse med tidigare år. Årets mål att minst 90 procent av patienterna med riskfaktorer ska vara korrekt hanterade enligt vårdprogrammet har inte uppnåtts.

Analys

Det ansträngda läget utifrån pandemin är förklaringen till det något försämrade utfallet. Verksamhetsområdenas resultat skiljer sig åt och det finns en tydlig trend att verksamheter som har arbetat med att kontinuerligt följt upp ARB-screening på vårdavdelningen har ett bättre resultat.

Planerat förbättringsarbete 2022

Öka kunskapen om det Regionala handlingsprogrammet för resistenta bakterier och fortsätta implementeringen av "riskapp" i Qlikview.

Egenkontroll vårdhygienisk standard

Danderyds sjukhus utformade en egenkontroll för vårdhygienisk standard tillsammans med Vårdhygien Stockholm 2020.

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

Egenkontrollen lanserades hösten 2021 med mål att en enhet per verksamhetsområde skulle genomföra egenkontrollen. Vilket alla verksamhetsområden har genomfört. Mål för 2022 är att samtliga vårdavdelningar och mottagningar med vårdverksamhet ska utföra egenkontroll vårdhygienisk standard.

Trycksårsprevention

En viktig del av omvårdnadskvaliteten är att förhindra uppkomst av trycksår.

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

Mål 2021

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

med inskrivning till slutenvården. Minst 65 % av patienter i slutenvården, som har en identifierad risk att utveckla trycksår, ska ha dokumenterade åtgärder ordinerade/vidtagna, genom upprättad aktivitetsplan (*datakälla Qlikview*). Andel patienter som förvärvat trycksår under vårdtiden, kategori 2-4, ska vara mindre än 3 procent.

Resultat

Resultat punktprevalensmätning i slutenvården

I oktober genomfördes en punktprevalensmätning för trycksår inom slutenvården. Förekomsten av egenförvärvade trycksår kategori 2-4 (dvs de har uppstått under vårdtiden inom sjukhuset) visade 4,9 %, (exklusive Geriatriken). Målet < 3 % har därmed inte uppnåtts.

Resultat från kontinuerlig mätning i slutenvården

Andel riskbedömda för trycksår	96%
Andel med risk för trycksår av riskbedömda	16%
Andel med aktivitetsplan av de som har risk för trycksår	68%

Andel riskbedömda för trycksår, andel riskpatienter samt andel riskpatienter som har åtgärder ordinerade/vidtagna i aktivitetsplan. Datakälla: Qlikview

Redovisad data baseras på kontinuerlig utdata från patientjournalen som för år 2022 helt kommer att ersätta den mindre tillförlitliga mätmetoden punktprevalensmätning. Den kontinuerliga utdatan har utvecklats under året så att även förekomsten av trycksår, kategori 2-4, som har uppstått under vårdtiden, kommer att kunna redovisas för hela året 2022. Utdatan för kontinuerlig utdata, som inkluderar ca 90 % av samtliga vårtillfällen baseras på sjuksköterskans utskrivningsanteckning med obligatorisk term.

Analys

Trycksårsförekomsten avseende förvärvade trycksår kategori 2-4 procent uppmättes till 4,9 procent, vilket är ett något lägre utfall jämfört med 2020 (5,5%). Resultaten är dock något svårtolkade, på basis av den osäkra mätmetoden punktprevalensmätning där utfallen inte visar någon tydlig trend utan varierar över tid. Resultaten visar på välfungerande rutiner för riskbedömning vid inskrivning i slutenvården. Årets mål för andelen riskpatienter som har en upprättad aktivitetsplan har uppnåtts, men fortsatt fokus med ökad målsättning planeras.

Planerat förbättringsarbete 2022

Den kontinuerliga utdatan möjliggör tätare återkoppling av resultat, vilket utgör en mycket viktig grund i förbättringsarbetet. En strukturerad journalgranskningsmall kommer att utarbetas där urvalet blir att granska samtliga vårtillfällen där trycksår kategori 2-4 har uppstått under vårdtiden. Denna analys kommer att ge värdefull information om trycksårsuppkomst och vilka förbättringsåtgärder som behöver prioriteras.

Fallprevention

Definitionen av fall är "En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej". 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 utgör ett stort lidande för patienten i form av rädsla att falla igen. Det finns idag en stor kunskap om riskfaktorer, riskpatienter och hur det fallförebyggande arbetet bör bedrivas. För att förebygga fall och fallskador krävs vårdteamets samlade kompetens där patient och närstående ska ingå.

Mål:

1. Minst 68 procent av patienter i slutenvården, som har en identifierad risk att falla, ska ha dokumenterade åtgärder ordinerade/vidtagna, genom upprättad aktivitetsplan (Datakälla Qlikview).
2. Mindre än 2,4 procent fallförekomst, med eller utan skada (datakälla Qlikview)
3. Fall under aktuellt vårdtillfälle ska dokumenteras i sjuksköterskans slutanteckning, som är obligatorisk att fylla i vid utskrivning. Någon av de tre förvalstermerna "Inga fall", "Har fallit utan att skada sig", "Har fallit och skadat sig", ska vara besvarade.

Resultat och analys

- Andelen patienter med risk för fall som har dokumenterad aktivitetsplan är 75%. Målet uppnås därmed (> 68%)
- Förekomsten av andel som fallit är något lägre än föregående år, 3,0 % jämfört med 3,2% år 2020 (mål 2021 <2,4%). Andelen patienter som har fallit och ådragit sig en skada var 0,8 %.
- Täckningsgraden för andel vårdtillfällen med dokumentation under termen "fall under aktuell vårdtid" ligger på 89 % vilket visar en hög följsamhet till gällande rutiner för journalföring. Mycket korta vårdtillfällen, motsvarande en dag, har ibland förkortade utskrivningsanteckningar.

Planerat förbättringsarbete 2022:

Ett mångårigt fokuserat arbete med fallprevention har framför allt påverkat frekvensen av allvarliga fallskador. Trots ett aktivt arbete i den patientnära vården med vidtagande av fallpreventiva åtgärder så inträffar fallhändelser, där äldre patienter med kognitiv påverkan utgör en särskild stor riskgrupp. Utvecklingsarbetet i det fallpreventiva rådet har pausats under pandemin. Återstart av rådets arbete är planerat där ett fokusområde blir att utveckla en kvalitativ analys/granskningsmetod för ökat lärande kring fallförebyggande åtgärders verkan.

Samverkan för god och säker vård

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

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Inom sjukhuset pågår implementering av flera personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som är en del i nationell och regional kunskapsstyrning. Vården ska alltid utgå från bästa tillgängliga kunskap där de olika vårdaktörerna samspelar inom nätverkssjukvården utifrån fastställt vårdförlopp för att säkerställa god och säker vård.

Planerat förbättringsarbete 2022:

Implementeringsarbetet fortsätter under 2022 där viktiga fokusområden är vidareutveckling av personcentrering, fortsatt utveckling och införande av digitala processverktyg, forskning och innovation.

Oplanerad återinläggning i slutenvården

Trygg och säker utskrivning

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

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

Planerat förbättringsarbete 2022:

Under våren 2022 kommer ett nytt systemstöd, LifeCare SP (Samordnad planering) att införas, vilket används för kommunikation med kommuner och öppenvård för patienter som har behov av insatser efter utskrivningen. Utbildningsinsatser kommer genomföras, som en del i utskrivningsprocessens arbete enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (LUS).

En viktig del i ansatsen att minska oplanerad återinläggning i slutenvården är analys av återinläggningsorsaker, för att identifiera potentiellt förebyggbara inläggningar. DSAB har utarbetat en strukturerad journalgranskningsmall för att möjliggöra systematisk analys med kategorisering av återinläggningsorsaker. Återinläggningsorsaker som relaterar till samverkan i vårdkedjan är t ex vård av patienter i livets slutskede, där samarbetet med palliativa specialistcentra samt ASIH har förstärkts. Samverkan med kommunal omsorg utgör ett viktigt fokus där organiserad samarbetsform utvecklades i pilotprojekt med Järfälla kommun.

Återinläggning inom 7 dagar, för patienter >80 år

Datakälla: Qlikview

Mål: <7,5 %

Resultat: 5 %, jämfört med 5, 8 % år 2020

Analys: Strukturerad analys av återinläggningsorsaker planeras göras under 2022 för bedömning av ev förebyggbar återinläggning.

Återinläggning inom 30 dagar, alla patienter

Datakälla: Qlikview

- **Resultat:** 9,4 % jämfört med 9,7 % år 2020
- **Analys:** Andelen återinläggningar inom 30 dagar har sjunkit något jämfört med föregående år. I jämförelse med år 2017 har andelen minskat med en procentenhet, vilket motsvarar ca 600 vårdtillfällen på årsbasis. Tolkningen är att det är resultatet av ett mångårigt förbättringsarbete kring god samverkan i utskrivningsprocessen.
- **Planerat utvecklingsarbete 2022:** Strukturerad analys av återinläggningsorsaker planeras göras under 2022, vilket kommer att inkorporeras i pågående utvecklingsarbete av patientprocesser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Strukturerad journalgranskning

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



Säker ordination och hantering av läkemedel

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

Det finns sjukhusövergripande riktlinjer för de flesta moment i läkemedelshanteringen, Fokus för 2021 har bland annat varit optimerade rutiner för läkemedelsförsörjning och läkemedelsservice i egen regi, samt deltagande i regionens upphandlingar inom läkemedelsområdet. Styrning mot kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och ökad användning av läkemedelsberättelse är andra fokusområden.

Läkemedelsrådet är centralt för läkemedelsarbetet och fungerar som styrgrupp för den Lokala sjukhusapoteksfunktionen, läkemedelsansvariga läkare (LANS), transfusionskommittén och lokal STRAMA-grupp. Verksamhetsåret 2021 har liksom 2020 präglats av covid-19-pandemin, som påverkat många delar av läkemedelsarbetet vid DSAB. Vissa projekt har fått stå tillbaka till förmån för akuta omställningar av rutiner och arbetssätt.

Läkemedelsförsörjning

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

Mål, resultat och analys

Under 2021 har Region Stockholm haft fortsatta avtal med ApoEx för läkemedelsförsörjningen med läkemedelsleveranser samt tillverkning och beredning av extempore läkemedel. Vätskevagnar fylls också på av ApoEx medan läkemedelsservice utförs i egen regi.

Målet är att antal orderrader ska hållas på lägsta möjliga nivå med optimala inköp av läkemedel. Under 2021 har antalet orderrader minskat med en kostnadsbesparing på 4,2 %

Sju farmaceuter arbetar med läkemedelsservice som är implementerad inom de flesta verksamheter vid DSAB. Vid njurmedicin arbetar farmaceut även med iordningställande av läkemedel och är sakkunnig för tillverkning av hemofiltrationsvätska online. Under 2021 har farmaceuter också arbetat med hantering och iordningställande av vaccin på Vaccinationscentrum som var i drift under våren.

Farmaceuterna sköter även hanteringen av gemensamma sällanläkemedelsförråd samt hanterar gemensamma sällanläkemedel på sjukhuset för att minska inköp och kassationer av läkemedel samt spara tid för sjuksköterskorna. Fyra läkemedelsautomater köptes in och installerades under våren 2021. Endast en av dem togs i drift under året. Den placerades strategiskt intill akutuårdsbyggnaden och fylldes med akut- och IVA-läkemedel.

Scanningssystem för beställning av läkemedel har utvecklats tillsammans med Visma som är leverantör av beställningssystemet Visma Proceedo. Scanningssystemet togs i drift i slutet av 2019, vidareutveckling har skett under 2021 och kommer ske även 2022.

Utveckling

För att avlasta sjuksköterskorna i arbetet med läkemedelshantering ska läkemedelsservice införas på fler vårdenheter. 2020 hade 49 vårdenheter läkemedelsservice och under 2021 utökades till 50 enheter. Under 2022 ska läkemedelsservice även införas på tre vårdenheter på Geriatriken. I nuläget finns det tre gemensamma sällanförråd för läkemedel inom DSAB. Under 2022 kommer dessa gemensamma sällanförråd att ersättas med de tre återstående läkemedelsautomaterna som ännu inte tagits i drift.

Läkemedelshantering

För att få så säkra och enhetliga rutiner som möjligt finns sjukhusövergripande riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel. Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet utförs egenkontroller av läkemedelshantering en gång per år. Dessa följs upp av vårdenheten/kliniken och vid behov tillsammans med sjukhusapotekaren, gruppledaren från läkemedelsserviceteamet och kliniska farmakologen. Under pandemin har dessa uppföljningar av Läkemedelsenheten inte varit möjliga.

Mål, resultat och analys

Under 2021 var det 56 vårdenheter som utförde egenkontroll av läkemedelshanteringen. De utgör ca 70% av alla vårdenheter med läkemedelshantering. Det är en ökning med ca 10 % sedan 2020.

Arbetet med att införa möjligheten att delegera vissa väl definierade arbetsuppgifter i hantering av läkemedel, beslutade av DSLG, har fortsatt under 2021. De nya arbetsuppgifterna berör ett begränsat antal vårdenheter och blir lokala utbildningar som inte kommer vara tillgängliga på Lärtorget, som de flesta av tidigare utbildningar är.

Utveckling

Egenkontroller av läkemedelshanteringen ska genomföras av fler vårdenheter och farmaceuterna som sköter läkemedelsservice ska också utföra egenkontroller av förvaring av läkemedel under 2021. Pandemin har av tidskäl förhindrat flera vårdenheter att utföra egenkontroll av läkemedelshanteringen.

Arbetet med delegering av hantering av läkemedel fortsätter då det inkommit fler önskemål om arbetsuppgifter som får delegeras.

Inventering av behov av dosjusteringar utförda av sjuksköterska utifrån ordinerade mål- eller mätvärden genomfördes under 2018. I november 2021 bildades en projektgrupp med representanter från berörda verksamheter inom DSAB. Gruppen ska arbeta fram underlag för beslut av DSLG samt ta fram riktlinjer och mallar för dosjustering. Detta är också försenat på grund av pandemin, men är ett fokusområde under 2022.

Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel

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

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

Mål, resultat och analys

Danderyds sjukhus (DSAB) uppnådde 94 procent följsamhet till Kloka listan med tillägg under 2021, oförändrat sedan föregående år. Detta mått speglar läkarnas val av välbeprövade, säkra och kostnadseffektiva läkemedel vid förskrivning på recept. För läkemedel som rekquireras till sjukhuset var följsamheten till upphandlade preparat också hög; 97 procent på förpackningsnivå och 95 procent på kostnadsnivå under helåret 2021. Det är en mycket god följsamhet mot bakgrund av stora problem med restnoterade läkemedel som inte kan levereras. Följsamheten kan dock variera kraftigt månad för månad om det råder stor bristsituation på ett läkemedel med stor användning.

Utveckling

Målet för 2022 är att bibehålla den goda följsamheten till Kloka listan. Målet är också att stimulera följsamheten till rekommenderade och upphandlade läkemedel vid rekvisition till vårdenheterna. Detta sker bland annat genom samarbete mellan verksamheterna, läkemedelsrådet och ekonomiavdelningen kring rationella val av mycket dyra läkemedel. Sjukhusgemensamma ordinationsmallar skapas via nätverket Läkemedelsansvariga läkare. Farmaceuterna som utför läkemedelsservice förbättrar följsamheten till upphandlade läkemedel genom bassortimentsgenomgångar och gemensam hantering av sällanläkemedel för optimala läkemedelsinköp, minskade kassationer och möjlighet till lägre läkemedelskostnader.

Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen

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

Läkemedelsberättelsen (LMB) ger patienten viktig kunskap om läkemedelsbehandlingen och underlättar för nästa vårdgivare. Berättelsen innehåller information om hur läkemedelsbehandlingen är förändrad då patienten skrivs ut samt vem som ska följa upp behandlingen. Under 2021 har 71 % av patienterna fått en LMB vid utskrivning (målvärde i vårdavtalet: 67 %). Detta är en förbättring jämfört med föregående år (64%).

Utveckling

Den långsiktiga målsättningen är att bevara de goda processresultaten för enkel läkemedelsgenomgång genom Läkemedelsenhetsens bevakning och förvaltning av metoden.

Målsättningen för 2022 är enligt vårdavtalet att läkemedelsberättelse ska öka 2022 jämfört med målvärdet 67%% som gällde 2021.

Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel

Sjukhusets läkare, sjuksköterskor och farmaceuter ska tillsammans bidra till att patienter vid DSAB 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 har ett nära samarbete med flera nätverk och funktioner exempelvis läkemedelsserviceteamet, strama, kvalitetsutvecklare, patientvägledare, patientsäkerhetscontroller och Verksamhetsnära IT. Läkemedelsrådet är styrgrupp för LANS-nätverket.

Mål, resultat och analys

Fokus för LANS under 2021 har varit att

- skapa och förvalta ordinationsmallar och generella direktiv.
- förvalta sjukhusövergripande riktlinjer för läkemedel

- skapa utbildning-och informationsmaterial om viktiga läkemedelsprocesser, riktat till sjuksköterskor och läkare vid DSAB.
- analysera principiellt viktiga läkemedelsavvikelser som speglar fel/informationsbrister av intresse för hela DSAB, och vidta åtgärder.
- bevaka restnoteringar.
- skriva licensmotiveringar för kliniklicenser.

Utveckling

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

Medicinsk Teknik

Medicinsk Teknik är en för Danderyds Sjukhus övergripande enhet som stödjer verksamheterna genom att svara för den samlade kompetensen inom medicinsk teknik och som bistår vårdgivaren med en säker och tillgänglig teknikanvändning.

Mål 2021

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

Utöver detta hantera de nya reglerna som tillämpas för egentillverkning och specialanpassning av medicintekniska produkter genom EU-förordningen 2017/745, (MDR) som började gälla 26 maj 2021. Detta genom att upprätta en ändamålsenlig organisation, kompetens, processer och rutiner.

Resultat

Även 2021 präglades till stor del av Covid-19 vilket även i år påverkat den normala verksamheten men dock inte i samma utsträckning som förra året.

Trots de nya förutsättningarna som Covid-19 har medfört har vi lyckats att arbeta ikapp en hel del av det förbyggande underhåll som vi kom efter med under 2020. Det avhjälpande underhållet har inte påverkats nämnvärt vilket bidragit till att tillgängligheten har kunnat upprätthållas. Arbetet med att etablera en robust förvaltning av medicintekniska system har gått långsammare än förväntat en stor anledning till detta är att detta kräver ett nära samarbete med vårdverksamheten som dock har varit mycket hårt belastad av Covid-19.

Ett annat av fokusområdena under året har varit att hantera de nya reglerna som tillämpas genom den nya medicintekniska förordningen MDR. Ett sjukhusövergripande projekt startades under våren och för Medicinsk Teknik har fokus legat på specialanpassning och egentillverkning. Arbetet med specialanpassning resulterade i att vi under sommaren kunde registrera oss som tillverkare enligt MDR av specialanpassade trachialkanyler. Arbetet med egentillverkning har tagit lite längre tid vilket resulterat i beslut om tillfälligt stopp i egentillverkningen som varade året ut. Detta har resulterat i att vi inte kunnat genomföra

några egentillverkningar efter den 26 maj då MDR ersatte det tidigare medicintekniska direktivet MDD.

Den fortsatta ökningen i användandet av avancerad medicinteknisk utrustning och system inom vården har medfört en förändring i behovet av resurser och kompetens inom den tekniska serviceorganisationen. Detta har dels resulterat i beslut om att förstärka med en ny grupp inom MT med fokus på kvalitet och tillverkning samt utökning av resurser inom kvalitet och den tekniska förvaltningen av medicintekniska system.

Analys

Covid-19 har haft fortsatt negativ påverkan både på det ordinarie arbetet och på möjligheten till att arbeta med utveckling av verksamheten, både internt inom Medicinsk Teknik och för teknikorganisationen Teknik och Digitalisering. Kompetensutvecklingen inom enheten har varit mycket begränsad under pandemin då de flesta leverantörer av teknisk utbildning har haft svårt att erbjuda sitt normala kursutbud.

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

Planerat förbättringsarbete 2022

Vi har som målsättning att fortsätta utveckla och effektivisera stödet till vården genom arbetet med att forma det nya verksamhetsområdet för Teknik och Digitalisering

Det interna strukturarbetet på Medicinsk Teknik fokuserar på:

- Etablera den nya gruppen inom kvalitet och tillverkning.
- Etablera och säkerställa en effektiv teknisk förvaltning av medicintekniska system.
- Kompetensutveckling inom till exempel medicinteknisk säkerhet samt nätverk och konfigureringsarbete.
- Slutföra övergången till den nya EU-förordningen 2017/745 (MDR) för egentillverkning.
- Komma i kapp med och säkerställa ett fortsatt stabilt arbete med förbyggande underhåll av medicinteknisk utrustning.

IT-säkerhet

Begreppet IT-säkerhet är ett koncept för att skydda sjukhusets tillgångar i form av information. IT-säkerhet ingår som en beståndsdel i det totala säkerhetsramverket och bidrar till skydd mot olika hot mot verksamheten. IT-säkerhet koncentrerar sig på hot och skydd förenade med användning av IT. En viktig del av arbetet med IT-säkerhet handlar om att förstå olika hotbilder, hantera sannolikheter för att utsättas för skada samt att balansera kostnader för motmedel för skydd mot värdet av det man skyddar.

En grundbult i förståelsen för IT-säkerhet på Danderyds sjukhus är det faktum att vår IT-drift är outsourcad till Serviceförvaltningen IT. Det ger oss en stabil och i grunden säker IT-miljö. Det strategiska och operativa arbetet med IT-säkerhet sker hos Serviceförvaltningen IT.

Dock vidtar vi IT-säkerhetsarbete lokalt på sjukhuset. Det sker genom att vi har lokal förvaltning av IT-arbetsplats och lokal för förmåga att ta emot incidenter. Det är viktigt att vår Danderyds sjukhus har kompetens och förmåga att styra och värdera leveranser från Serviceförvaltningen IT avseende IT-säkerhet.

Mål 2021

Under 2021 definierade DSAB de fem mest skyddsvärda IT-systemen. Avseende IT-säkerhet beslöts att etablera stabil och effektiv förvaltning av dessa system med IT-säkerhet som en viktig parameter i förvaltningsstyrningen.

Resultat

Vi har påbörjat och i de flesta fall färdigställt etablerad förvaltning för de fem mest skyddsvärda systemen, lokalt eller regionalt.

Analys

Förvaltningsetableringar har genomförts på ett tillfredställande sätt. Det har i vissa fall varit utmanande att rekrytera nyckelpersoner till förvaltningsobjekten. Under senhösten visade sig vår modell med outsourcad IT-drift vara effektiv. Ett säkerhetshål upptäcktes på serverkomponenter och det drabbade IT-avdelningar i hela världen. Snabba och effektiva åtgärder vidtogs av Serviceförvaltningen IT som dessutom gick upp i förstärkt beredskap under julhelgerna mot bakgrund av denna hotbild. Vi kan konstatera att regionen har klarat

sig helt från skada och att vår outsourcingpartner agerade föredömligt i en mycket allvarlig situation.

Förbättringsarbete 2021

Förvaltningsetablering för de fem mest skyddsvärda systemen.

Planerat förbättringsarbete 2022

Vi fortsätter arbetet med förvaltningsetablering för de fem mest skyddsvärda systemen. Vi fortsätter med att etablera effektiv förvaltning även för de mindre systemet. Målet är att all IT på Danderyds sjukhus ska vara väl förvaltd. DSIT stärker också upp kompetens och förmåga med en rekrytering inom området IT-säkerhet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Katastrofberedskap

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska Danderyds sjukhus i egenskap av akutsjukhus upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap samt förmåga för katastrofmedicinsk hantering. För beredskapsarbetet finns en Katastrofkommitté vilken arbetar med beredskapsplaner. Vid en särskild händelse som är så omfattande eller krävande att sjukhusets resurser måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt aktiveras Lokal särskild sjukvårdsledning [LSSL] som leder arbetet inom sjukhuset.



Mål 2021

- Tillsättning av ny Beredskapssamordnare samt introduktion av denne
- Omorganisation av Säkerhet & Beredskapsfunktionen
- Omorganisation av LSSL samt utbildning av samtliga medlemmar
- Omorganisation av sjukhusets kris- och katastrofmedicinska organisation
- Revidering av den sjukhusövergripande Katastrofberedskapsplanen
- Genomförande av Risk- och sårbarhetsanalys [RSA]
- Kontinuitetsarbete baserat på ISO 22301:2019

Resultat

På grund av den fortgående pandemin har både utbildnings- och övningsaktiviteter på såväl lokal som regional nivå ej kunnat genomföras i önskvärd utsträckning. Dock genomfördes en övning gällande vattenbortfall tillsammans med Locum under andra kvartalet med lärdomar att implementera framöver. Sjukhuset har haft god framdrift i sjukhusövergripande krisberedskapsfrågor med implementering av den nya Säkerhet & Beredskapsfunktionen, omorganisation av Katastrofkommittén till det nyetablerade Taktiskt Forum Krisberedskap samt nytillsättning och stabsutbildning för LSSL. Arbetet med RSA och kontinuitetsplanering har nödgats skjutas på framtiden.

Analys

Trots att årets präglats av pandemin har ett stort administrativt grepp tagits kring sjukhusets arbete med krisberedskap och en ny grund för fortsatt arbete är lagd. Ledningens engagemang är tydligt och den nya organisationen för Säkerhet och beredskap samt den nya

inrättningen av Taktiskt Forum krisberedskap sammanför kompetenser som bidrar till en positiv utveckling inom området.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Under framförallt sista halvåret genomfördes stora förändringar gällande krisberedskapsarbetet med nytillsättningar i LSSL och upplösning av Katastrofkommittén som istället ersattes med Taktiskt Forum Krisberedskap. Det beredskapsförråd som etablerades under 2020 driftas nu istället av Logistikcentrum vilket möjliggjort en mer vårdnära service under den påfrestande pandemin. Under december erhöles anslag från Region Stockholm för investering i totalförsvarshöjande åtgärder vilket föranlett inköp av bland annat vatten, patientlarm, katastrofmedicinskt övnings- och utbildningsmaterial samt utbildning i säkerhetsskydd.

Planerat förbättringsarbete 2022

Genomförande av ny RSA samt kontinuitetsarbete baserat på ISO 22301:2019. Återupptagande av övnings- och utbildningsaktiviteter, bland annat planeras det för en övning om pågående dödligt våld på akutmottagningen. Fortsatt utveckling av Taktiskt Forum Krisberedskap med fokus på robusthets- och personalfrågor. Fortsatt utveckling av arbetet med civilt försvar för vilket extra anslag planeras erhållas från regionen under året. Arbete med planverk rörande krisberedskap fortgår.

Systematiskt säkerhetsarbete

Att medarbetare, patienter och besökare känner sig trygga och säkra när dom befinner sig på Danderyds sjukhus är grundläggande för arbetet med skydd och säkerhet. Därför bedrivs bland annat ett systematiskt brandskyddsarbete. Utöver detta ska sjukhuset skyddas från stöld, skadegörelse, sabotage och andra antagonistiska angrepp. För att långsiktigt skapa den säkerhet som är nödvändig arbetar sjukhuset med att identifiera eventuella skaderisker, åtgärda dessa samt följa upp att åtgärderna fungerar, så som det var tänkt.

2021

2021 har på många områden varit ett utmanande år och en del åtgärder har fått stå tillbaka för att inte belasta vårdverksamheterna ytterligare. Trots den höga belastningen har de tekniska säkerhetsprojekt som planerats kunnat genomföras och en godtagbar nivå av systematiskt brandskyddsarbete har upprätthållits. Under 2021 har också säkerhets och beredskapsarbetet inom Danderyds Sjukhus AB omorganiserats för att ta ett helhetsgrepp om samtliga områden som syftar till att skydda personal, besökare, information och egendom samt säkerställa Danderyds Sjukhus AB:s förmåga att hantera störningar och särskilda händelser.

Brandskydd

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

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

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

Resultat

Under året har verksamheterna genomfört 61% av sina brandskyddskontroller vilket får anses ligga på en rimlig nivå.

Det har genomförts brandutbildningar men med begränsat antal deltagare.

Under året har det varit planerat att genomföra utbildningar med digitalsläckutrustning i verksamhetens lokaler, dessa har behövt ställas in på grund av skyddsåtgärder under pandemin.

Analys

Det är tydligt att det finns ett engagemang i verksamheterna för brandskyddsarbetet och att det finns en efterfrågan av utbildning och kompetenshöjande åtgärder. En ökad efterfrågan från verksamheterna av genomgångar på brandsskyddsronder och åtgärdskort visar att det finns ett behov av en digital lösning för att automatisera dessa genomgångar och på så sätt öka tillgängligheten.

Fysisk säkerhet

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

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

Resultat

För att uppnå ett heltäckande och effektivt tillträdesskydd har det under året genomförts ett antal tekniska säkerhetsinvesteringar, bland annat har det skett ett fortsatt arbetet med utbyte av passersystem och uppdatering av låshus i dörrar där dessa var nödvändiga att byta.

Det har också pågått ett arbete med en digital utbildning för hot och våld på regionnivå som kan vara aktuell att använda när den är färdigställd.

Under året har extrabevakning skett vid flera entréer på sjukhusområdet, denna bevakning har påverkat trygghetskänslan positivt.

Analys

I och med pandemin har området varit svårt att bedriva förebyggande arbete inom då detta ofta kräver närvaro och engagemang från vården som haft hög belastning.

Ett behov av löpande och systematisk utbildning av personalen är av vikt för att säkerställa att personalen har förmågan att agera vid en händelse.

Planerat förbättringsarbete 2022

Under 2022 planeras flera aktiviteter för att förbättra det systematiska säkerhetsarbetet, här presenteras ett urval av dessa aktiviteter:

- Det fortsatta arbetet med upprustning av passersystem och utveckling av tillträdesskyddet pågår enligt investeringsplan,
- Arbeta med att ta fram en digital utbildning för systematiskt brandskyddsarbete,

Implementering av åtgärdskort för hot och våld som tagits fram i samarbete med personalavdelningen

Agera för högkvalitativ vård

Avsnittet kompletteras i version 2.0

Nutrition

Sjukdomsrelaterad undernäring förekommer hos många patienter som läggs in på sjukhus. Ett dåligt näringstillstånd ökar såväl sjuklighet som dödlighet. Därför behöver patienter som riskerar att bli undernärda i samband med inläggning på sjukhus identifieras. Samtliga patienter måste få sina näringsbehov tillgodosedda genom att lämpliga åtgärder sätts in. För att utvärdera att identifiering sker görs en uppföljning av hur många patienter där en riskbedömning genomförs.

Mål 2021

Minst 80 procent av patienter i slutenvården ska ha bedömts inom 24 timmar avseende risken att drabbas av undernäring. I bedömningen ingår BMI (body mass index), ätsvårigheter och viktförändring.

Resultat/Analys

Ungefär 25 % av patienterna som läggs in i slutenvården är riskpatienter att drabbas av undernäring, om man exkluderar kvinnokliniken. Under 2021 blev 96% av alla patienter i slutenvården bedömda avseende risk för undernäring, vilket är samma utmärkta resultat som för år 2020. Uppföljningen visar dock inte graden av insatta åtgärder, vilket har uppmärksammats under året att det finns behov att förbättra.

Planerat förbättringsarbete 2022

Det har nyligen gjorts en översyn av det sjukhusövergripande nutritionsrådet som kommer att nystartas med förstärkta resurser och kompetens. Bl a har det inrättats en specialisttjänst inom klinisk nutrition, där innehavaren kommer att leda rådets arbete. Det första steget blir att se över nutritionsprocessen inom hela sjukhuset.

Palliativ vård

”Livskvalitet i livets slut. När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete. Palliativ vård kommer från det

latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan.” *Svenska palliativregistret*

Under 2019 startades ett internt palliativt konsultteam inom Danderyds sjukhus samt palliativa vårdplatser på Medicin och infektionskliniken utifrån en stark ambition att akutsjukvården ska erbjuda god och värdig vård i livets slutskede. Konsultteamet utgår från en medicinsk vårdavdelning och består av tre specialistsjuksköterskor inom palliativ vård. En specialistläkare inom internmedicin är också knuten till teamet.

Palliativa konsultteamet är en stödjande resurs i allmän palliativ vård för vårdpersonal (läkare, sjuksköterskor och övriga professioner) inom hela sjukhuset. Syftet är att identifiera patienter med palliativa vårdbehov, vara konsult i palliativ omvårdnad kring till exempel svåra etiska ställningstaganden, symtomlindring, önskemål om vårdplats, brytpunktsamtal och att närstående erbjuds psykosocialt stöd diskuteras.

Kombinationen av en vårdavdelning som drivs med ett palliativt förhållningssätt och ett internt palliativ konsultteam på sjukhuset har medfört att fler patienter med väntade dödsfall får avlida på sjukhuset i en lugnare miljö med god symtomlindring och närståendestöd, vilket har varit mycket betydelsefullt under det ansträngda pandemiläget. En mycket stor andel covidpatienter i livets slutskede, har vårdats inom den palliativa enheten.

Under året avled 1103 patienter på Danderyds sjukhus och av dessa rapporterades 82% till Svenska Palliativregistret. Utdata från svenska Palliativregistret utgör en viktig del av analys av förbättringsbehov avseende omhändertagandet i livets slutskede. Med utgångspunkt från kvalitetsindikatorernas resultat har smärtskattning och munhälsobedömning valts ut som fokusområden för förbättring, utifrån målsättningen att bli bättre än föregående års resultat.

Mål 2021

Andel patienter med utförd munhälsobedömning >62%

- Resultat: 61%

Andel patienter med utförd validerad smärtskattning >52%

- Resultat: 50%

Analys

Andelen patienter med utförd munhälsobedömning som dokumenterats är något försämrat jämfört med 2020 (66%). Även andelen patienter med utförd validerad smärtskattning som har dokumenterats har försämrats jämfört med 2020 (64%). Ett riktat förbättringsarbete kring symtomlindring och användning av validerade smärtskattningsinstrument genomfördes för några år sedan, vilket behöver återupptas.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Kompetenssatsning avseende munhälsobedömning har genomförts inom flera verksamheter samt ett sjukhusövergripande arbete att revidera aktivitetsplanen för palliativ vård har påbörjats.

Planerat förbättringsarbete 2022

Det sjukhusövergripande palliativa rådet kommer att återstartats och fortsätta bedriva utvecklingsarbete och stödjande insatser inklusive kompetensutveckling.

Kompetensutveckling för läkare kommer att genomföras i samverkan med Palliativt kunskapscentrum (PKC).

Det pågår för närvarande ett pilotarbete med reviderad aktivitetsplan inom den palliativa verksamheten som kommer att utvärderas och därefter succesivt implementeras på sjukhuset. Kompetensutveckling kring munhälsa, smärtskattning och användning av bedömningsverktyg behöver också genomföras under året.

Agera för effektiv och tillgänglig vård

Vårdgaranti

Mål ingång 2021

Danderyds Sjukhus har haft som mål att:

88 % av alla patienter ska få tid till första besök hos specialistläkare inom 90 dagar.

80 % av alla patienter ska få tid för behandling inom 90 dagar.

Justerat väntetidsmål för mottagning under 2021

Den första januari 2021 justerade Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen (HSF) det regionala väntetidsmålet för tid till mottagningsbesök från 30 dagar till det nationella målet om 90 dagar. Det nya målet gäller under 2021 och första halvåret 2022 och innebär att patienten har rätt till besök inom 90 dagar från det att remissen skickats från primärvården till specialistmottagning.

Resultat

Danderyds Sjukhus har trots pandemin haft en god kontroll gällande nybesök till mottagning och uppfyller det nationella och för regionen temporära väntetidsmålet om 90 dagar.

På grund av pandemin har Danderyds Sjukhus liksom övriga sjukhus inom Region Stockholm inte uppfyllt målen för vårdgarantin gällande behandling inom 90 dagar.

Analys

Liksom under föregående år har produktionen på Danderyds Sjukhus öppenvårdsmottagningar påverkats stort av covid-19-pandemin. Under våren (våg 2 och 3) respektive vintern (våg 4) har Danderyds Sjukhus i perioder befunnit sig i förstärkningsläge där alla tillgängliga resurser på sjukhuset allokaterats till den akuta slutenvården. Under perioder har elektiv kirurgi begränsats eller helt pausats vilket inneburit att behandlingar har skjutits upp och måste tas igen.

Under året har Danderyds Sjukhus planerat och framgångsrikt initierat ett stort antal åtgärder för att minska den vårdskuld som uppstått under pandemin. Dessa köknings-åtgärder har dock pausats när läkare och sjuksköterskor i öppenvården stöttat den akuta vården under pandemins toppar, för att sedan återupptas när antalet smittade ånyo minskat. Den uppskjutna vården ska betas av snabbt, successivt och enligt medicinsk prioriteringsordning med fokus på att korta köerna; målsättningen är att den uppskjutna vården i största möjliga mån ska arbetas bort under 2022.

Genomfört förbättringsarbete 2021

Under 2021 startade Danderyds Sjukhus upp ett regionalt nätverk för uppföljning av vårdgarantin med syfte att förbättra tillgängligheten till specialistmottagningarna, standardisera arbetssätt samt utveckla produktionsplanering och uppföljning. Nätverket består av representanter från Danderyds Sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje Sjukhus, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) samt Centrala Väntetidsregistret (CVR) och har under 2021 haft två möten. Syftet med nätverket är att säkerställa regional informations- och kunskaps-spridning, samt samverka gällande återgång till normal verksamhet efter pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2022

Danderyds Sjukhus kommer under 2022 ha fortsatt fokus på att hantera den vårdskuld som uppstått på grund av pandemin.

Systematiskt miljöarbete

Danderyds sjukhus arbetar systematiskt med miljöpåverkan sedan 2003 och är miljöcertifierat. Medarbetarnas engagemang och deras hänsyn till miljöpåverkan i det dagliga arbetet gör att miljöarbetet fungerar inom sjukhuset. Sjukhusets miljö- och hållbarhetsprogram bygger på de krav som finns i Region Stockholms Miljöprogram 2017–2021 (LS 2015–0092).

Under 2021 har förutsättningarna att bedriva miljöarbete fortsatt påverkats av den rådande Covid19-pandemin. Användningen av engångsmaterial har varit hög liksom användningen av yt- och handdesinfektion.

Årets målarbete har trots detta fallit ut relativt väl med undantag för andel ekologiska livsmedel och ökat matsvinn. Utfall för 2021 visar att:

- Bevarandemål för läkemedel: Felodipin minskade med 25 procent och Diklofenak ökade 7,6 procent med (mål ≤ 2016 års användning)
- Tjänsteresor med flyg har minskat med 97 procent (mål 2021 ≤ 25 procent jmf 2016)
- Lustgasanvändningen uppgick till 130,5 gram per förlossning (mål 2021 ≤ 350 g per förlossning)
- Andelen plagg som är uteliggande verksamheten mer än 30 dagar uppgick till 21,7 procent (mål 2021 ≤ 25 procent)
- Andelen ekologiska livsmedel uppgick till 48,7 procent (mål 2021 ≤ 50 procent)
- Andelen patientmat som slängs uppgick till $\leq 21,9$ procent av portionsvikten (mål 2021 ≤ 15 procent)

Utförligare redogörelse av utfallet återfinns i Miljöredovisning Danderyds Sjukhus AB 2021.

Verksamhetsområdena har under året fokuserat på att se till att inarbetade miljörutiner följs och åtgärda miljöavvikelser samt säkerställa efterlevnad av regelkraven. Utöver målarbete har fokus legat på källsortering, säker hantering av läkemedelsavfall och minska kassation av oanvänt engångsmaterial. Medarbetarnas insatser under året har bidragit till att sjukhuset upprätthållit sin miljöprestanda.

Utmaningar för sjukhuset framöver handlar om att begränsa verksamhetens klimatpåverkan från tjänsteresor, arbeta mot cirkulära materialflöden, minska utsläpp från hälso- och miljöskadliga läkemedel och kemikalier samt främja den biologiska mångfalden. Det innebär bland annat att välja färdmedel som leder till lägre utsläpp av växthusgaser, öka sorteringsgraden av avfall och öka andel ekologiska livsmedel i patientmåltider samt ha en säker och ansvarsfull hantering av läkemedel.

Om den här rapporten

Frågor kan ställas till:

Lena Martin, kvalitetsstrateg, DSAB, lena.martin@regionstockholm.se eller

Åsa Hammar, chefläkare patientsäkerhet, DSAB, asa.lindstrom-hammar@regionstockhplm.se