

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

Danderyds sjukhus AB

År 2022, version 1.0



Syfte

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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



Källa:

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

Innehåll

Syfte.....	2
Fakta om DSAB	5
Grundläggande förutsättningar för en god och säker vård	5
Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Kvalitetspolicy	6
Verksamhetsplanering	6
Sjukhusets strategiska åtgärdsområden	6
Sjukhusets balanserade styrkort	7
Arbetet med styrkortet	8
ISO certifierat kvalitet- och miljöledningssystem	9
Struktur för uppföljning/utvärdering	10
En god säkerhetskultur.....	10
Patientsäkerhetskultur.....	10
Systematiskt arbetsmiljöarbete	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Klinisk träning och yrkeskompetens.....	14
Övrig kvalitetsredovisning under patientprocesserna: Hjärtstoppprocessen	16
Bemanning och kompetensplanering	18
Samverkan för god och säker vård.....	20
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	20
Ökad kunskap om inträffade vårdskador.....	20
Medarbetarrapporterade vårdavvikelse	20
Händelseanalyser och Lex Maria.....	21
Strukturerad journalgranskning	23
Patient- och närstående rapporterade synpunkter och klagomål.....	23
Riskhantering och förebyggande patientsäkerhetsarbete	24
Agera för säker vård	25
Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner	25
Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, BHK	25
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)	26

Odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier.....	27
Egenkontroll vårdhygienisk standard.....	28
Trycksårsprevention.....	28
Fallprevention.....	29
Säker ordination och hantering av läkemedel 2022.....	30
Läkemedelsförsörjning.....	31
Läkemedelshantering.....	31
Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel.....	32
Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen.....	32
Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel.....	33
Katastrofmedicinsk beredskap.....	33
IT-säkerhet.....	35
Medicinsk Teknik.....	36
Systematiskt miljöarbete.....	36
Strålsäkerhet.....	37
Systematiskt säkerhetsarbete.....	39
Brandskydd.....	39
Fysisk säkerhet.....	39
Informationssäkerhet.....	40
Oplanerad återinläggning i slutenvården.....	41
Återinläggning inom 7 dagar, för patienter >80 år.....	42
Återinläggning inom 30 dagar, alla patienter.....	42
Agera för högkvalitativ vård.....	43
Kvalitetsregister, Kvalitetsindikatorer i vårdavtalet.....	43
Kvalitetsregister.....	43
Kvalitetsindikatorer enligt avtal.....	43
Palliativ vård.....	44
Nutrition.....	45
Agera för personcentrerad vård.....	45
Patienten som medskapare.....	46
Patientupplevd kvalitet.....	46
Agera för effektiv och tillgänglig vård.....	47
Vårdgaranti.....	47
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	48
Om den här rapporten.....	49

Fakta om DSAB

Danderyds sjukhus i siffror

- 2022 ISO-certifierade enligt ISO 9000:15 sedan 2016
- Omsätter 6 miljarder kronor
- 4 500 medarbetare 2 000 studenter
- 500 vårdplatser
- 90 000 akutbesök
- 410 000 besök i öppenvården
- 25 000 operationer
- 50 000 vårdtillfällen i slutenvård
- 6 000 förlossningar

Grundläggande förutsättningar för en god och säker vård

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

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

Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

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

Det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet vid Danderyds sjukhus har sjukhusets styrelse tillsammans med VD och ledningsgruppen. Som samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete verkar sjukhusledningens stödfunktioner; Kvalitet och verksamhetsutveckling samt Produktions- och verksamhetsanalys där chefläkare, kvalitetsstrateg, vårdstrateg, verksamhetsutvecklare, patientvägledare/ patientsäkerhetssamordnare 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 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, utbildningsansvarig, 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 till exempel läkemedel, fallprevention, vårdhygien, palliativ vård,

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

Kvalitetspolicy

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

Detta uppnår vi genom:

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

Verksamhetsplanering

Danderyds sjukhus är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för akut och planerad somatisk specialistsjukvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning.

Sjukhusets styrs dels av Regionfullmäktiges beslut om mål och budget för år 2022 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.

Region Stockholms vision: En attraktiv, hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut.

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

Sjukhusets strategiska åtgärdsområden

2022 har varit följande under 2022, 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 har arbete skett för att förbättra 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 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.

Sjukhusets balanserade styrkort

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 tre 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.

Arbetet med styrkortet

På sjukhusövergripande nivå

En viktig utgångspunkt för verksamhetsplaneringen är den verksamhetsidé och mål som ägarna har formulerat för sjukhuset, trender och händelser i omvärlden, sjukhusets

övergripande intressentanalys och bindande krav samt 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 bland annat ställs samman på sjukhusnivå till den Interna Kontrollplanen.

På lokal nivå

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 Qlik 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, (patientsäkerhetscontrollern, patientsäkerhetsläkare och med kvalitetsutvecklare och läkemedelsläkare som adjungerade) har i uppdrag att granska verksamhetsområdets patientsäkerhet på verksamhetsområdesnivå. De initierar fördjupade analyser där de ser behov i samband med rapporter om frekventa eller allvarliga vårdavvikelser. De bidrar också i uppföljningsarbetet av de handlingsplaner inom kvalitet och patientsäkerhet som är beslutade av respektive verksamhetschef.

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhetskultur

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

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) är en undersökning med 11 frågor angående patientsäkerhet som genomförs varje år i samband med medarbetarenkäten.

Mål 2022

Alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur.

Alla chefer och medicinskt ansvariga läkare, MLA, ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning *Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet*.

Resultat

88% av alla som besvarade medarbetarundersökningen år 2022, svarade på HSE-frågorna (kan jämföras med 80% år 2021). Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 har ökat något till 74 enheter, jämfört med 73 enheter år 2021 men når ännu inte upp till 76 enheter som var resultatet både år 2020 och 2019. Uppföljning av utbildningsmålet för andel genomgången e-utbildning *Säker vård* följs upp i mars 2023.

Analys

Även detta år har periodvis präglats av pandemin men även en svår säsongsinfluensa. Läget är fortfarande ansträngt med brist på vårdplatser, hög patienttillströmning och hög sjukfrånvaro hos personalen. Förbättringsarbeten pågår trots detta men att rekrytera och behålla medarbetare med god kompetens är en utmaning.

De verksamhetsområden som förbättrat sitt HSE-resultat mest är Verksamhetsområde Kvinnosjukvård och förlossning som ökat från index 66 till 74 samt Verksamhetsområde Anestesi och intensivvård som ökat från 78 till 80, vilket är det högsta värdet för ett verksamhetsområde vid Danderyds sjukhus.

Den verksamhet som har lägst värde är Verksamhetsområde Akutsjukvård som har ett index på 54. Akutmottagningen har en stor utmaning med det mycket höga antalet patienter som söker vård samtidigt som tillgången till slutenvårdsplatser är otillräckligt. Detta skapar återkommande situationer med crowding på akutmottagningen. Omfattande handlingsplaner för att förbättra arbetsmiljö och patientsäkerhet har utarbetats under 2022 och resultatet kan ses i för vissa av åtgärderna. Även andra verksamheter ser ett samband mellan försämrat resultat i HSE och bristen på personal och vårdplatser.

Verksamhetsområde Akutsjukvård har även identifierat problematik där bemötande blir en patientsäkerhetsrisk, både internt med externa aktörer och inte minst med patient och närstående. Även här finns ett samband med den svåra platssituation som råder på sjukhuset och med crowding på akutmottagningen som följd.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Alla chefer samt vissa nyckelfunktioner ska ha genomgått Socialstyrelsens e-utbildning *Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet*.

Många verksamheter har arbetat med att på olika sätt synliggöra arbetet med avvikelser genom olika mötesforum med medarbetarna. Att återkoppla risker, tillbud och negativa händelser som identifierats i vårdavvikelser och åtgärder som vidtagits är viktigt för att synliggöra arbetet med patientsäkerhet och öka förståelsen för samband mellan vårdavvikelser och pågående förbättringsarbeten. Flera verksamheter har under året infört Gröna korset, som ger en direkt återkoppling av risker, tillbud och negativa händelser.

Teamarbete mellan olika verksamheter inom och utom sjukhuset med syfte att förbättra patienternas flöde och förbättra kommunikationen mellan olika vårdenheter har påbörjats på flera enheter.

Flera aktiviteter för har genomförts för att förbättra bemötandet och öka teamkänslan på akutmottagningen.

För att förbättra situationen på akutmottagningen har flera insatser gjorts på sjukhuset för att öppna upp fler vårdplatser och snabba på patientflödesprocesserna. Sjukhusets Taktiska Forum AkutaVårdflöden, TFAV, har arbetat intensivt med att samordna och utöka antalet vårdplatser och förbättra inläggningsprocessen för de patienter på akutmottagningen som kräver inläggning i slutenvård. Uppstart av akutläkarorganisationen på akutmottagningen och upprättandet av akutvårdsavdelning, AVA, i akutmottagningens regi bidrar också till förbättringar.

Planerat förbättringsarbete 2023

Att förbättra säkerhetskulturen är ett långsiktighet arbete, där alla enheter står inför olika utmaningar och därför har upprättat individuella handlingsplaner. Patientsäkerhet och arbetsmiljö går hand i hand och på Danderyds sjukhus pågår ett ständigt arbete med att vara en konkurrenskraftig arbetsgivare som kan attrahera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens. Många olika aktiviteter pågår, bland annat en satsning för att stärka ledarskapet och förbättra arbetsmiljön med målsättningen att det ska bidra till att utveckla och behålla medarbetare. Att skapa ett stabilt bemanningsläge är en nyckel för ökad patientsäkerhet.

Arbetet med förbättrade patientflöden och kommunikation mellan olika vårdenheter kommer fortsätta under 2023.

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.

Mål 2022

De uppsatta målen för arbetsmiljön 2022 följer Regionfullmäktiges mål. Målen följs upp i den regiongemensamma medarbetarundersökningen genom mätning av Hållbart Medarbetarengagemang, HME. Utöver HME redovisas under "Resultat" även hur sjukhuset har uppnått regionens mål för sjukfrånvaro. Vidare redovisas även antalet arbetsmiljöavvikelser.

Resultat och analys

Resultatet av medarbetarundersökningen 2022 visar på fortsatta relativt goda värden, även om visst arbete kvarstår för att uppnå regionens mål. Index för Hållbart medarbetarengagemang (HME) uppgick till 75, vilket var oförändrat jämfört med 2021. I

HME ingår frågor om motivation där index uppgick till 77 (regionens mål=79), ledarskap där index uppgick till 76 (mål=77) samt styrning där index uppgick till 74 (mål=75).

Regionens mål för sjukfrånvaron i relation till ordinarie arbetstid är 6,2%. Vid Danderyds sjukhus uppgick den till 7,9% år 2022, vilket är en ökning jämfört med 2021. Framför allt har korttidssjukfrånvaro upp till och med 14 dagar ökat till 4,0% jämfört med 3,4% år 2021.

Antalet anmälda arbetsmiljöavvikelser uppgick till 1418 stycken, varav 372 tillbud och 380 skador/sjukdomar. Detta är en minskning jämfört med 2021 då avvikelserna uppgick till 1701 stycken, varav 458 tillbud och 495 skador/sjukdomar. Flest avvikelser handlar om arbetsorganisation och hög arbetsbelastning.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Som ett led i att sänka sjukfrånvaron har en översyn av sjukhusets rehabiliteringsprocess påbörjats, vilket bland annat innebär insatser för att chefer lättare kan upptäcka tidiga signaler på ohälsa. Den långvariga perioden av hög arbetsbelastning som pågick under pandemin har fortsatt även därefter. För att stötta chefer och medarbetare i det ansträngda läget har kris- och samtalsstöd erbjudits inom ramen för regionens avtal med företagshälsovården. Viktigt är också att säkerställa att medarbetarna får återhämtning såväl inom som mellan arbetspassen. Informationssatsningar till verksamheterna har skett kring regionens framtagna återhämtningsguide med bland annat e-läranden kring reflektion och återhämtning.

Det har funnits vissa brister vid sjukhuset att uppfylla kravet på årlig uppföljning av SAM, liksom vid flera andra bolag/förvaltningar. Region Stockholm har därför tagit fram en rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete inklusive rutin för årlig uppföljning. Den årliga uppföljningen genomfördes under hösten och ett antal förbättringsaktiviteter inom arbetsmiljöarbetet identifierades.

Planerat förbättringsarbete 2023

Sjukhuset kommer under 2023 att arbeta med att implementera regionens gemensamma medarbetarpolicy, vilket förhoppningsvis kommer att bidra till ett förbättrat HME-resultat. Medarbetarpolicyn, som också är arbetsmiljöpolicy, tydliggör styrande principer för medarbetare och chefer samt hur Region Stockholm ska agera som arbetsgivare. Vidare fortsätter insatser för att sänka korttids- och långtidssjukfrånvaron.

Utifrån resultatet av den årliga uppföljningen av SAM, kommer genomförande av ett antal förbättringsåtgärder att vidtas under 2023, både sjukhusövergripande och riktade lokala insatser samt insatser för att höja chefernas kompetens inom området.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens är kunskap, förmågor och beteenden. En grundläggande förutsättning för en god och säker vård är att sjukhuset har tillräckligt antal medarbetare med adekvat yrkeskompetens och som ges goda förutsättningar att utföra sitt arbete.

Utgångspunkten under 2022 har varit att bemanna sjukhuset med egen personal och att öka flexibiliteten genom att anpassa bemanningen efter aktuellt vårdbehov. Bland annat har kliniska kompetensutvecklingsinsatser fortsatt att utvecklas och genomförts vid sjukhusets utbildningscentrum, Clinicum. Yrkeskompetensen säkerställer att medarbetarna har god teoretisk kunskap och behärskar de arbetsuppgifter som utgör vården.

Yrkeskompetens 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.

Samtliga medarbetare på Danderyds sjukhus erbjuds ett riktat utbud av e-utbildningar och varje verksamhetsområde arbetar med lokala utbildningsinsatser på basis av de behov som identifieras inom den egna verksamheten. Clinicum, Danderyds sjukhus utbildningscentrum, bidrar till att säkerställa yrkeskompetens genom att tillhandahålla utbildning för medarbetarna.

Clinicum tillhandahåller ett brett utbildningsutbud. Centrala delar utgörs av så kallade kompetensbevis samt introduktionsprogram för nyutexaminerade och nyanställda samt arbetet med att skapa förutsättningar för medarbetare att på ett strukturerat sätt att träna teamarbete. Teamträning fokuserar på både tekniska och icke-tekniska färdigheter och utgångspunkten för övningarna är hämtade från faktiska kliniska situationer, avvikelser eller negativa händelser i vården. Lärandet blir på detta sätt erfarenhetsbaserat och riskförebyggande då säkerställandet av kunskap och handlingsberedskap fungerar som barriärer för att minska risken för återupprepning av tillbud och negativa händelser.

Klinisk träning och yrkeskompetens

Mål 2022

Medarbetarna med sin kunskap, erfarenhet och kompetens är sjukhusets viktigaste resurs. Kompetensutveckling av medarbetare ska skapa förutsättningar för tillgänglig och kvalitativ hälso- och sjukvård. Kompetensutvecklingsaktiviteter ska utformas på ett sådant sätt att syfte och mål med läraaktiviteterna främjar en säker, evidensbaserad, personcentrerad, jämlik och effektiv vård som är tillgänglig samt ges i rätt tid.

Resultat

Fokus under 2022 har legat på lärande som främjar en säker vård via läraaktiviteter som syftar till att höja både enskilda medarbetares och professionsgruppers kompetens samt teamets gemensamma kompetens där scenarioövningar i simulerad miljö varit centrala.

Analys

Sjukhuset har under 2022 varit fortsatt påverkat av pandemin och dess efterdyningar, dels genom ökat inflöde av patienter, dels genom arbete för att kapa de operationsköer som byggts på de senaste åren. Men i takt med återgång till normalläge har efterfrågan på kompetenshöjande aktiviteter för medarbetarna ökat och aktiviteter som vilat under pandemin har kunnat återupptas och intensifieras.

Kompetensutvecklingsaktiviteterna har utformats på ett sådant sätt att syfte och mål med läraaktiviteterna främjat god och säker vård. Stort fokus har lagts på genomförandet av aktiviteter för att främja just säker vård och dessa utbildningstillfällen har genomförts med stort antal deltagare och engagemang.

Genomförda förbättringsarbeten 2022

För att främja god vård och öka patientsäkerheten har följande förbättringsarbeten genomförts för att säkerställa adekvat kompetens hos medarbetarna.

- Klinisk basutbildning för nyutexaminerade sjuksköterskor. Utbildningsprogrammet bygger på de sex kärnkompetenserna och steg 1 och 2 i kompetensstegen.
- Klinisk basutbildning för undersköterskor. Utbildningsprogrammet bygger på de sex kärnkompetenserna och steg 1 och 2 i kompetensstegen.
- För nyutexaminerade sjuksköterskor som påbörjat tjänstgöring på akuten planerades och genomfördes en tvådagarsutbildning med fokusområde det akuta omhändertagande på sektion, akutvagn med dess läkemedel, kardiologi på akutmottagning, sårbehandling och patient på röntgen.
- Utbildningsprogram för sjuksköterskor inom intermediärvård med syfte att skapa förståelse för och handlingsberedskap för att vårda svårt sjuka patienter på en högre vårdnivå har genomförts.
- Workshop avseende ultraljudsledd venaccess för sjuksköterskor har genomförts. Ultraljudsledd applicering av venkatetrar är en teknisk färdighet som används alltmer inom slutenvården för att säkerställa en god perifer venaccess hos patienten.
- Workshop för undersköterskor "Mäta, värdera och rapportera vitalparametrar" har genomförts under året. 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.
- Workshop för sjuksköterskor och undersköterskor kring akutvagn samt strukturerat omhändertagande av patient enligt strukturen ABCDE där bokstäverna står för engelskans Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure.
- Simuleringsövningar där team övar 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 patientsäkerheten inte äventyras.
- Två större flödessimuleringar har genomförts. Den ena övningen handlade om att öva flödet kring akut stroke med fokus att påbörja den propplösande behandlingen inom 30 minuter. Den andra övningen genomfördes på intensivvårdsavdelningen och centraloperation tillsammans med transplantationskoordinatorer med syfte att öva

flödet kring patienter där man avslutat livsuppehållande behandling och cirkulationen helt har upphört DCD (Donation after Circulatory Death).

- Utbildning av medarbetare i sjukhus-hjärtlungräddning (S-HLR) och avancerad hjärtlungräddning (A-HLR) för barn och vuxna, har genomförts kontinuerligt under året. Utöver detta har en grundläggande hjärtlungräddning som riktar sig till administrativ personal och servicepersonal tillhandahållits.
- Övningen som benämns Larmet går har kunnat återupptas under 2022. Övningen går ut på att iscensätta oannonserade simulerade hjärtstopp på avdelningen och med hjälp av reflektion efter övningen identifiera styrkor och förbättringspotentialer.

Planerade förbättringsarbeten 2023

För att främja god och säker vård planeras följande kompetenshöjande aktiviteter 2023.

- Upprätthålla klinisk basutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor och utbildningsprogrammet för sjuksköterskor inom intermediärvård med start två gånger per år.
- Vidareutveckla och förlänga det riktade utbildningsprogrammet till nyutexaminerade sjuksköterskor på akuten.
- 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.
- Planera och påbörja utbildningsinsatser för sjuksköterskor kopplat till kompetensstege nivå 2–4 med förhoppning att delar av detta kan användas till andra professioner i samma nivå.
- Planera och genomföra simulerings-/teamövningar för ytterligare verksamheter samt flödesimuleringar bland annat för att underlätta införande av digitala anestesijournaler.
- Intensifiera övningen Larmet går till minst 12 enheter under året.
- Införa simuleringsträning kring hot och våld för medarbetare med hjälp av VR (virtual reality) - glasögon.
- 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 avvikelser som författats inom områdena läkemedelshantering och blodtransfusion.
- Olika utbildningsinsatser relaterat till skyddad yrkestitel för undersköterska samt insatser till rollerna *assistent omvårdnad* och *sjukvårdsbiträde*, planeras.

Övrig kvalitetsredovisning under patientprocesserna: Hjärtstoppprocessen

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

Hjärtstoppssystemens övergripande mål utgörs av:

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

Mål 2022

Hjärtstoppssystemen ska under 2022 verka för att främja förebyggandet av hjärtstopp, medverka för kvalitetssäkrat omhändertagande vid hjärtstopp samt skapa förutsättningar för uppföljning av hjärtstopp på DS.

Resultat

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

Analys

Arbetet inom har handlat både om utvecklingsarbete, behålla verksamhet samt kompetensutveckling. Inom arbetet med att främja förebyggande av hjärtstopp har samtliga planerade aktiviteter genomförts. Inom ramen för ett kvalitetssäkrat omhändertagande har stort fokus legat på regional upphandling av defibrillatorer, ett arbete som löper in i 2023. Uppföljningen visar att Danderyds sjukhus ligger som riksgenomsnittet avseende behandlingsmålen för hjärtstopp likväl som för 30-dagars överlevnad.

Genomförda förbättringsarbeten 2022

- Implementerat nya svenska HLR-riktlinjer på sjukhuset
- Implementerat nytt akutlarmnummer enligt Europeiska HLR-rådets rekommendationer för akutlarmnummer inom Europa.
- Medverkan inom den kliniska expertgruppen för uppstart av den regionala defibrillatorupphandlingen.
- HLR-organisatör invald i Svenska HLR-rådet för regionalt HLR-uppdrag inom sjukvård.
- Återupptagit sjukhusövergripande HLR-övningen- Larmet går i enlighet med kvalitetssäkrat HLR-arbete.

Planerade förbättringsarbeten 2023

- Undersöka alternativa plattformar/verktyg för registrering och uppföljning av HLR-utbildning.

- Utveckla Lärtorgs-aktiviteterna samt undersöka möjligheterna till QR-kodning avseende HLR-utrustning och annan relevant HLR-information riktad till HLR-instruktörerna.
- I samverkan med MT utarbeta underlaget för kravspecifikationen och fullfölja regionupphandlingen av defibrillatorer.
- Slutföra rekryteringsprocessen av HLR-ansvarig läkare.
- Tydliggöra uppdraget och riktlinjerna för akutteamet avseende barnlarm.
- HLR-övningen- Larmet går i enlighet med kvalitetssäkrat HLR-arbete.

Bemanning och kompetensplanering

Att vara en attraktiv arbetsgivare är ett ständigt pågående arbete där målet är att Danderyds sjukhus ska vara en konkurrenskraftig arbetsgivare som kan attrahera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens.

Mål 2022

Regionens mål är att personalomsättningen ska vara 8%, vilket är mycket svårt att uppnå inom akutsjukvård som bedriver 24/7-verksamhet. Vidare har regionen satt som mål att inhyrd personal endast får utgöra 2% av personalkostnaderna.

Resultat och analys

Målet att säkra vårdverksamheternas långsiktiga rekryteringsbehov har fortsatt då bemanningssituationen är fortsatt mycket utmanande för hela sjukhuset och det är svårigheter att kunna upprätthålla ett optimalt vårdflöde och hålla vårdplatser öppna. 24/7-verksamhet såsom slutenvård och akutmottagningen är särskilt svår bemannade och mest utmanande är rekrytering till nattjänster. Vid Danderyds sjukhus var personalomsättningen 12,1% under 2022, vilket är en viss minskning jämfört med 2021 då den uppgick till 13,2%.

Att minska behovet av inhyrd personal har inte lyckats. Behovet av att täcka bemanningsluckor har varit stort, mycket beroende på den höga korttidssjukfrånvaron (Se ”En god säkerhetskultur – Systematiskt arbetsmiljöarbete”). Att bemanna verksamheten vid korttidsfrånvaro har varit en av de svåraste uppgifterna för verksamheterna under 2022.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Som exempel på aktiviteter för att attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare kan nämnas:

- Framtagande av strategisk plan samt löpande mål och aktiviteter inom området Employer Branding.
- Vidareutveckling av rekryteringsprocessen som är baserad på kompetensbaserad rekrytering. Rekryteringsprocessen innehåller en arbetsgång och verktyg som gör att cheferna på ett enkelt sätt själva kan arbeta professionellt med alla steg i processen från kravprofil till referenstagning.

- Löpande annonsering och artiklar i bransch- och dagstidningar samt publicering och uppföljning av kampanjer i sociala medier.
- Utveckling av annonsering i digitala kanaler
- Flera verksamheter har under året haft fokus på arbetsmiljön, vilket möjliggjorts genom regionens satsning på hälsofrämjande och hållbara arbetsplatser
- Aktiviteter i syfte att bygga vi-känsla och intern stolthet hos medarbetarna är prioriterat. Flera verksamheter har genomfört teambuildande aktiviteter. Vidare anordnades en personalfest i samband med sjukhusets 100-årsjubileum.
- Det är viktigt att säkerställa att medarbetarna känner sig trygga och säkra i sina respektive yrkesroller och på sina arbetsplatser. Sjukhuset har fortsatt att erbjuda olika utbildningsinsatser som exemplifieras i avsnittet "Klinisk träning och yrkeskompetens".
- Uppstart av traineeprogram för nya sjuksköterskor. Programmet innehåller bland annat en introduktionsmodul för nyanställda sjuksköterskor och en klinisk basutbildning som innefattar säker vård, samverkan i team, personcentrerad vård, evidensbaserad vård, informatik samt förbättringskunskap och kvalitetsutveckling. Utöver detta erbjuds bland annat handledning och mentorskap.
- Erbjudande om studielön vid rekrytering av nyutbildade sjuksköterskor.
- Fortsatt arbete med att renodla sjukhusets vårdprofessioner och kompetensväxla för att nyttja kompetensen så effektivt som möjligt.
- Utveckling av dagvården som ett led i att hantera bristen på nattsjuksköterskor.
- Fortsatt deltagande i Regionens arbete med kompetensplanering, KOLL.
- Arbetet med kompetensstegarna fortsätter enligt Regionens aktivitetsplan, vilket är ett viktigt led i att synliggöra de utvecklingsmöjligheter som finns i de olika yrkesprofessionerna.
- Arbete med att identifiera lämpliga utbildningsaktiviteter för sjuksköterskor för varje steg i kompetensstegen har påbörjats.
- Sjukhuset följer regionens plan för vidareutbildning av sjuksköterskor till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön.

Planerade förbättringsarbeten 2023

Det finns ett stort behov av att stärka stödet till chefer i arbetet med kompetensplanering liksom behov av att stärka samarbetet mellan de olika stödfunktionerna.

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 2023

Implementeringsarbetet fortsätter under 2023 där viktiga fokusområden är vidareutveckling av personcentrering, fortsatt utveckling och införande av digitala processverktyg, forskning och innovation.

Ökad kunskap om inträffade vårdskador

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

Medarbetarrapporterade vårdavvikelser

En av grundpelarna i patientsäkerhetsarbetet är att risker och avvikelser uppmärksammas och rapporteras. Alla medarbetare 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 Ledningens genomgång i sjukhusledningen tre gånger per år. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada initieras en utvidgad utredning som beslutas av verksamhetschefen. Om flera olika verksamhetsområden är involverade i händelsen bidrar chefläkaren till att ta fram ett gemensamt uppdrag för analys som sedan godkänns av samtliga involverade verksamhetschefer.

Mål 2022

Målet är att alla medarbetare rapporterar alla vårdskador, tillbud och risker i avvikelssystemet HändelseVis under processen vårdavvikelser.

Resultat

Antalet rapporterade vårdavvikelser 2022 är 5482 stycken, vilket innebär 1,19 per årsanställd (en nedåtgående trend de senaste åren: 1,21 2021 och 1,25 2020).

Vanligaste orsaken till en vårdavvikelse, ca 40%, har angetts gälla att rutiner/riktlinjer ej följts. Omvårdnad och läkemedelshantering anges som de vanligaste arbetsprocesserna och motsvarar knappt 30% av alla vårdavvikelser. Flera internutredningar pekar ut den ansträngda arbetsmiljön som rotorsak till inträffade felhändelser eller problemområden (se avsnittet om patientsäkerhetskultur).

Genomfört förbättringsarbete 2022

Arbetet med att förbättra handläggningen av vårdavvikelser och förbättra återkopplingen till medarbetarna pågår på olika sätt över hela sjukhuset. Verksamhetsområdenas patientsäkerhetscontrollers har en stor del i att förbättra denna process genom stöd till chefer, utbildning av medarbetare och olika mötesforum där patientsäkerhet och vårdavvikelser lyfts. Även insatser för att förbättra rapporteringen görs på flera håll. Flera verksamheter har infört Gröna korset, en visuell metod för att identifiera risk för vårdskador i realtid, som ett led i detta arbete.

Under pandemins början avbröts många samarbetsmöten som nu kunnat återupptas igen. Det är samarbeten såväl inom som utom sjukhuset.

Planerat förbättringsarbete 2023

Arbetsgruppen för vårdavvikelser fortsätter sitt arbete med att identifiera var verksamheterna behöver utökat stöd i arbetet med vårdavvikelser. Ledardialog planeras om hantering av vårdavvikelser, händelseanalyser och riskanalyser.

Ett identifierat förbättringsområde för vårdavvikelser är rotorsaksanalyser och därmed åtgärdsförslag.

Fler verksamheter planerar införa Gröna korset, en visuell metod för att identifiera vårdskador i realtid, under år 2023.

Händelseanalyser och Lex Maria

Patientsäkerhetslag 2010:659 3 kap.

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

Mål

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

Resultat

Under 2022 utreddes genomfördes internutredningar och händelseanalyser av 47 risker eller händelser av allvarlig karaktär. Av dessa bedömdes 9 stycken vara risk för allvarlig vårdskada och 7 stycken inträffad allvarlig vårdskada varför 16 händelser anmäldes enligt lex Maria till IVO. 10 stycken av de anmälda fallen var kvinnor, 5 stycken var män och en anmälan rörde en klustersmitta. Det är en minskning av antalet anmälda vårdskador jämfört med föregående år, men likvärdigt med antalet tidigare år.

Analys

Flest antal lex Mariaanmälningar rör förlossningsrelaterade händelser och därefter är det missad eller fördröjd diagnos som är vanligast. Under senare år har analysledarna i allt högre utsträckning gjort internutredningar i stället för fullständiga händelseanalyser enligt SKR handbok vilket sannolikt har inneburit en tidsbesparing för analysteamerna, men en risk att rotorsaksanalysen med åtgärdsförslag kopplade till rotorsaken inte blir heltäckande.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Två av lex Maria-ärendena under året handlade om felaktigt givna blodtransfusioner och där den scanner för blodtransfusioner som finns på alla avdelningar ej har använts. En lathund finns och detta kommer även inkluderas i den läkemedelsutbildning som finns för nyutbildade sjuksköterskor.

Inom förlossningsvården läggs stor vikt kring att säkerställa kompetensen för bedömning/tolkning av CTG för både barnmorskor och läkare. Kunskapstest genomförs och falldragningar hålls.

Översyn av larmrutiner, teamarbete, NEWS-rapportering och riktlinjer i samband med olika akuta situationer har gjorts inom flera verksamheter.

Fokus vid ledningens uppföljning av verksamhetsområdenas arbeten har legat på uppföljning av beslutade åtgärder efter inträffade allvarliga vårdskador.

Planerat förbättringsarbete 2023

Den största åtgärden för ökad patientsäkerhet är att skapa ett stabilt bemanningsläge och öka antalet vårdplatser vilket är ett av DSAB:s högst prioriterade åtgärdsområden i verksamhetsplanen.

Ett fortsatt arbete med att följa upp beslutade åtgärder och utvärdera effekten kommer att ske.

Under föregående år har flera nya patientsäkerhetscontrollers och patientsäkerhetsläkare, som utför händelseanalyser, tillträtt. För att öka kunskapen i metodiken för händelseanalyser samt säkerställa utredningar av hög kvalitet hos både nya gamla analysledare planeras för utbildning i metodiken samt verktyget Nitha. Även utbildning för erfarna analysledare planeras med förhoppningen att förbättra analysen av rotorsaker och därmed identifiera mer effektiva åtgärdsförslag.

Strukturerad journalgranskning

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

Patient- och närstående rapporterade synpunkter och klagomål

Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi 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 2022

Målet var att säkerställa att inkomna synpunkter utreds, besvaras inom rimlig tid (fyra veckor) och används som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

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

Resultat

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

Antalet ärenden från Patientnämnden år 2022 var 215 stycken, vilket är en ökning jämfört med 161 ärenden år 2021. Antalet IVO-ärenden år 2022 var 31, vilket är ungefär samma antal som 2021 (29 stycken).

Analys

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

Genomfört förbättringsarbete 2022

Sjukhuset har ett etablerat och strukturerat arbetssätt för att hantera synpunkter och klagomål och arbetar för att hanteringen ska vara digital så långt det är möjligt.

Ett arbete för att förbättra telefontillgängligheten till akutmottagningen har inletts tillsammans med sjukhusets informationsdisk och växel.

En checklista för introduktion av nya patientsäkerhetscontrollers har tagits fram med syfte att alla som är nya i rollen ska få samma information från patientvägledare/patientsäkerhetssamordnare.

Planerat förbättringsarbete 2023

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

Arbetet för att förbättra telefontillgängligheten till akutmottagningen tillsammans med sjukhusets informationsdisk och växel fortsätter.

Riskhantering och förebyggande patientsäkerhetsarbete

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

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

Mål

Öka antalet riskanalyser med fokus på patientsäkerhet i verksamheterna för öka det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

Målet är också att arbetet med riskanalyser ska bli mer systematiskt och där samtliga riskanalyser diarieförs.

Resultat

Antalet diarieförda riskanalyser för år 2022 är 16 stycken. År 2021 var motsvarande siffra 6. Ingen av dessa siffror är sannolikt den korrekta då diarieföringen för riskanalyser inte är komplett. Många utförda riskanalyser är gjorda inför sommaren och inför jul- och nyårshelgerna.

Analys

Hur stor andel av riskanalyserna som är gjorda ur ett patientsäkerhetsperspektiv är oklart. Även riskanalyser för arbetsmiljö innehåller en fråga om patientsäkerhet; patientsäkerhet och arbetsmiljö går hand i hand. Systematiken i arbetet kring riskanalyser har förbättringspotential. Att riskanalyserna diarieförs är en förutsättning för att kunna följa utvecklingen.

Verksamheterna presenterar regelbundet åtgärder som framkommit i analyser för sjukhusets ledningsgrupp, både genomförda åtgärder och åtgärder där verksamheten identifierat hinder för genomförandet.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Riktlinjen för riskanalyser har förtydligats med att alla chefer kan ge uppdrag inom sin respektive verksamhet till en riskanalys. Riktlinjen har också uppdaterats utifrån att SKR

hösten 2022 publicerade en ny version av handboken för metodiken kring riskanalys
Utredning av risker.

För att öka säkerheten under sommar samt jul- och nyårshelgen har flera goda exempel visat sig ha positiv effekt, till exempel ökad chefsnärvaro, dagliga avstämningar och utsedda roller som förbättrar utskrivningsprocessen och därmed förbättrar tillgången till vårdplatser.

Tillgång till material och produkter är inte längre en självklarhet. Brist på skalpelektroder som används i samband med förlossningar är ett exempel där verksamheten gjorde en riskanalys för att identifiera åtgärder för hur de skulle hantera denna nya situation.

Dagliga uppstartsmöte inom ortopedens slutenvård med genomgång av checklista med fokus på patientsäkerhet har införts.

Planerat förbättringsarbete 2023

Under 2023 planeras flera sjukhusövergripande insatser för att öka antalet riskanalyser med god kvalitet av arbetsgruppen för riskanalyser. Utbildning i metodiken för analysledare planeras och anpassas till den nya versionen av handboken. Struktur för hur uppföljning av åtgärder ska ske inom den aktuella verksamheten samt när åtgärder identifieras som sträcker sig utanför den egna verksamheten ska tydliggöras. Informationen om diarieföring ska stärkas. Hur samarbetet vid organisationsförändringar kan stärkas för att ta hänsyn till arbetsmiljö och patientsäkerhet med en gemensam mall för risk- och konsekvensanalyser planeras.

Ett framtida mål är att öka patientmedverkan i sjukhusets riskanalyser inom patientsäkerhet.

Checklistan för säker kirurgi planeras att uppdateras under år 2023.

Agera för säker vård

Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner utgör ett stort hot mot patientsäkerheten och är en av de vanligaste vårdskadorna som drabbar patienter 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 resistent bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade sjukvårdkostnader 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 2022

Fokus för 2022 var att öka följsamheten till desinfektion före patientkontakt. Indikatorn ”Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt” var 71% år 2021, vilket pekar på en försämring jämfört med 2020 (74 %). Följsamheten granskas genom observationsstudier, som har utförts 2 gånger under året.

Resultat

Ett stort antal observationer (1604st) har genomförts, vilket är mycket bra för lärandet. Resultatet av ”Andel medarbetare som desinfekterade händerna före patientkontakt” blev totalt 73 % vilket är en marginell förbättring jämfört med föregående år (71 %).

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 2023

Under 2023 ska fokus vara en informationskampanj #Förattvibryross avseende tillämplig av basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö som leder till det ska vara lätt att göra rätt. Vidare 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. Arbetet med informationskampanjen #Förattvibryross kommer att fortsätta under 2024–2025.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)

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

Mål 2022 <7,7 %

Resultat och analys

Resultat av incidensmätning ifrån Infektionsverktyget jan -dec 2022 totala förekomsten av VRI var 4,1%. De tre vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna, annan vårdrelaterad infektion, yttlig postoperativ infektion och lunginflammation. Två valideringar av Infektionsverktyget utfördes under april och november 2022.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Ett sjukhusövergripande arbete med att förebygga urinvägsrelaterade vårdrelaterade infektioner har genomförts under hösten genom fortbildning i aseptiskt arbetssätt vid katetrisering för vårdpersonal.

Planerat förbättringsarbete 2023

Under 2023 ska fokus vara en informationskampanj #Förattvibryross avseende tillämplig av basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö som leder till det ska vara lätt att göra rätt. Vidare 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.

Odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier

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

Mål 2022

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 2022 visar att 73 % procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA har odlats korrekt (år 2020 var resultatet 76 procent). Cirka 25 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

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

Genomfört förbättringsarbete 2022

Verksamhetsområde Kvinnosjukvård och förlossning ville göra det enklare att göra rätt och tog fram ett beslutstöd med tillhörande fickkort för odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier i samråd med DS Hygienråd och Vårdhygien Stockholm. Pilot av beslutstöd och fickkort genomfördes under våren på ett antal vårdenheter som under hösten implementerades på hela sjukhuset. APT-material utformades även i samband med breddinförandet i utbildande och motiverande syfte.

Planerat förbättringsarbete 2023

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

Egenkontroll vårdhygienisk standard

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

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 var att 50 % vårdavdelningar och mottagningar med vårdverksamhet ska utföra egenkontroll vårdhygienisk standard vilket uppfylldes (80 % genomförda).

Planerat förbättringsarbete 2023

Fortsatt arbete med att ta fram stödmaterial till egenkontroll god hygienisk standard och tillägg av frågor beträffande uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån utfallet.

Trycksårsprevention

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

Trycksåruppkomst är relaterad till försämrad perifer cirkulation och nedsatt rörlighet.

Många olika sjukdomstillstånd ökar risken för trycksåruppkomst, 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 2022

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 förvärvar trycksår under vårdtiden, kategori 2–4, ska vara mindre än 3 procent.

Resultat

Resultat från kontinuerlig mätning i slutenvården

Andel riskbedömda för trycksår	95%
Andel med risk för trycksår av riskbedömda	18%
Andel med aktivitetsplan av de som har risk för trycksår	64% (Mål > 65%)
Andel patienter med förekomst av trycksår, kategori 2–4 som har uppstått under vårdtiden	0,4 %

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. Den kontinuerliga utdatan har utvecklats under året så att även förekomsten av trycksår, kategori 2-4, som har uppstått under vårdtiden, nu kan 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 0,4 procent av vårtillfällena i slutenvården. Resultatet visar en låg andel patienter som har förvärvat ett trycksår kat 2-4 i slutenvården och det finns därför en viss osäkerhet i korrektheten av resultaten med den nya metoden som baseras på sjuksköterskans utskrivningsanteckning. Den tidigare metoden innebar att samtliga patienters hudkostym granskades avseende trycksår, vilket gav ett högre utfall.

Rutinerna för riskbedömning vid inskrivning i slutenvården fungerar väl, men årets mål att minst 65 % av identifierade riskpatienter ska ha en upprättad aktivitetsplan, har inte uppnåtts-vilket utgör en central och viktig del i säkerställandet av de förebyggande insatserna.

Planerat förbättringsarbete 2023

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 vårdtillfällen 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. 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 71%.

Målet uppnås därmed (> 68%)

Förekomsten av andel som fallit är något högre än föregående år, 3,1% jämfört med 3,0% år 2021. 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 85 % vilket visar en hög följsamhet till gällande rutiner för journalföring. Mycket korta vårdtillfällen, motsvarande en dag, har ibland förkortade utskrivningsanteckningar.

Planerat förbättringsarbete 2023

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 återstartats 2022, efter att ha varit pausat under pandemin. Fokusområde för 2023 blir bland annat att breddinföra användningen av den strukturerade granskningsmallen som har tagits fram på sjukhuset i syfte att öka lärandet kring inträffade fallhändelser.

Säker ordination och hantering av läkemedel 2022

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 vid ordination och hantering av läkemedel.

Fokus för 2022 har bland annat varit optimerade rutiner för läkemedelsförsörjning med beredskapslager av läkemedel och reservrutiner i händelse av kris eller krig 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.

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 2022

Under 2022 har Region Stockholm haft fortsatta avtal med ApoEx för läkemedelsförsörjningen med läkemedelsleveranser samt tillverkning och beredning av extemporeläkemedel. 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 2022 har beställningsrutinerna ytterligare effektiviserats och antalet orderrader minskat med en kostnadsbesparing på 11,9 procent jämfört med 2021.

Åtta farmaceuter arbetar med läkemedelsservice som är implementerad inom de flesta verksamheter vid DSAB. 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 är i drift sedan hösten 2022.

Utveckling

För att avlasta sjuksköterskorna i arbetet med läkemedelshantering ska läkemedelsservice införas på fler vårdenheter. 2021 hade 50 vårdenheter läkemedelsservice och under 2022 utökades till 53 enheter. Under 2023 ska beredskapsläkemedel säkerställas inom DSAB enligt regeringsbeslut. Nytt avtal med ApoEx ska implementeras och vätskevagnshanteringen tas över i egen regi 15 november.

Läkemedelshantering

Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet utförs egenkontroller av läkemedelshanteringen 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 2022

Under 2022 var det 64 vårdenheter som utförde egenkontroll av läkemedelshanteringen. De utgör ca 80 procent av alla vårdenheter med läkemedelshantering. Det är en ökning med ca 10 procent sedan 2021.

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 har under 2022 arbetat fram underlag för beslut av DSLG.

Utveckling

Egenkontroller av läkemedelshanteringen ska genomföras av fler vårdenheter och farmaceuterna som sköter läkemedelsservice ska också utföra egenkontroller av förvaring av läkemedel under 2023. Projektet dosjustering ska slutföras och arbetssättet implementeras.

Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel

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

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

Mål, resultat och analys 2022

Danderyds sjukhus (DSAB) uppnådde 94 procent följsamhet till Kloka listan med tillägg under 2022, oförändrat sedan 2021. Detta mått speglar läkarnas val av välbeprövade, säkra och kostnadseffektiva läkemedel vid förskrivning på recept. För läkemedel som rekvideras till sjukhuset var följsamheten till upphandlade preparat 97 procent på förpackningsnivå och 99 procent på kostnadsnivå under året 2022. Det är en ökad och 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 2023 är att öka användningen av biosimilarer för terapiområden där det finns kostnadseffektiva och medicinskt likvärdiga alternativ. Målet är också att stimulera följsamheten till rekommenderade och upphandlade läkemedel vid rekvisition till vårdenheter samt att bibehålla den goda följsamheten till Kloka listan. Detta sker bland annat genom samarbete mellan verksamheterna, läkemedelsrådet och ekonomiavdelningen kring rationella val av mycket dyra läkemedel. Läkemedelsval vid receptförskrivning och rekvisition kan följas av verksamhetsområdena genom en framtagen applikation i QlikView. Sjukhusgemensamma ordinationsmallar som prioriterar upphandlade läkemedel skapas via nätverket Läkemedelsansvariga läkare. Farmaceuterna som utför läkemedelsservice förbättrar följsamheten till upphandlade läkemedel genom bassortimentsgenomgångar och gemensam hantering av sällanläkemedel för optimala läkemedelsinköp, minskade kassationer och möjlighet till lägre läkemedelskostnader.

Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen

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

Mål, resultat och analys 2022

Läkemedelsberättelsen (LMB) ger patienten viktig kunskap om läkemedelsbehandlingen och underlättar för nästa vårdgivare. Den innehåller information om hur

läkemedelsbehandlingen är förändrad vid utskrivning jämfört med vid inskrivning, samt vem som ska följa upp behandlingen. Under slutet av 2022 fick 69 procent av patienterna en LMB vid utskrivning (målvärde i vårdavtalet: 68 procent). Detta är ett något sämre resultat jämfört med föregående år (71 procent) och på så sätt uppnåddes inte målsättningen att öka utfärdandet av LMB.

Utveckling

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

Målsättningen för 2023 är att utfärdandet av läkemedelsberättelse ska nå över den fastställda nivån i vårdavtalet. Målsättningen är också att analysera kvaliteten på de LMB som utfärdas för att säkerställa nyttan för patienten och nästa vårdgivare.

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 läkemedels säkerhet. 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 DS IT. Läkemedelsrådet är styrgrupp för LANS-nätverket.

Mål, resultat och analys 2022

Fokus för LANS under 2022 har varit att

- skapa och förvalta ordinationsmallar och generella direktiv.
- förvalta sjukhusövergripande riktlinjer för läkemedel
- skapa utbildnings- och informationsmaterial om viktiga läkemedelsprocesser, riktat till sjuksköterskor och läkare vid DSAB.
- analysera principiellt viktiga läkemedelsavvikelse som speglar fel/informationsbrister av intresse för hela DSAB, och vidta åtgärder. Ett exempel på punktinsats för 2022 är att öka användningen av LMB vid utskrivning.
- bedömer terapeutiska alternativ vid 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.

Katastrofmedicinsk beredskap

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall Danderyds Sjukhus AB, i egenskap av akutsjukhus, upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och en förmåga att hantera katastrofmedicinska händelser. Utöver detta skall sjukhuset, vid en händelse som är så

omfattande eller krävande att sjukhusets resurser måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt, kunna aktivera en Lokal Särskild Sjukhusledning (LSSL).

Mål 2022

- Etablering av Taktiskt Forum Krisberedskap- Återuppta övnings- och utbildningsverksamhet gällande masskadeutfall
- Återuppta uppstartsövningar för LSSL
- Revidering av den sjukhusövergripande Krisberedskapsplanen
- Genomförande av risk- och sårbarhetsanalys [RSA]
- Kontinuitetsarbete baserat på ISO 22301:2019

Resultat

Det nyetablerade Taktiskt Forum Krisberedskap har under året haft regelbundna möten och forumets arbetsformer utvecklats vidare. Trots fortsatt påverkan av pandemin och en i övrigt hög belastning på vårdverksamheterna har övningar gällande katastrofmedicinsk beredskap och förmåga samt uppstartsövningar för LSSL kunnat återupptas. Det har under 2022 genomförts två större praktiska övningar, varav en i samverkan med polisen och med levande markörer, samt ett flertal seminarieövningar på temat pågående dödligt våld. Sjukhuset har även utbildat två kompletta vårdlag i traumaomhändertagande via den regionalt arrangerade TKS-kursen. Det har genomförts fem uppstartsövningar för LSSL och utöver detta har LSSL skarpt hanterat två IT-störningar. Under två perioder, 21.12.14 – 22.03.01 och 22.12.21 – 23.01.11 var DSAB i stabsläge på grund av de höga belastning på vården som orsakades av covid-19 och andra pågående virus, dessa stabslägen hanterades av ordinarie ledningsgrupp. Krisberedskapsplanen uppdaterades enligt plan och väntar nu en mer omfattande revidering då regionen publicerat nya riktlinjer gällande kris- och katastrofmedicinsk beredskap. RSA:n genomfördes under Q3 och kommer lämnas till regionledningskontoret under Q1 2023. Kontinuitetsarbetet har nödgats prioriteras om till 2024.

Analys

Den höga belastningen på vårdverksamheterna till trots har sjukhusets arbete med krisberedskap haft en hög prioritet och genomslagskraft. Ledningens engagemang och intresse är påtagligt, inte minst då samverkansövningen med polisen kunde genomföras trots sjukhusets belastning. Säkerhet- och beredskapsenheten har under året 2022 kunnat vara synliga och engagerade inom flera verksamhetsområden vilket byggt en god grund för fortsatt samarbete och framdrift inom katastrofmedicinskt arbete.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Den återupptagna övningsverksamheten ute i vårdverksamheterna och för LSSL har möjliggjort att identifiera och därtill även åtgärda otydligheter i organisationen kring kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Detta arbete är fortlöpande men redan nu har kunskapen om sjukhusets kris- och katastrofmedicinska organisation ökat på såväl verksamhetsområdes- som på individnivå.

Planerat förbättringsarbete 2023

Fortsatt utveckling av Taktiskt Forum Krisberedskap. Uppstartsövningar för LSSL fyra gånger per termin för att säkerställa möjlighet till övning för samtliga LSSL-medlemmar. En trestegsplan för övning avseende larmkedjan och masskadeutfall. Omfattande revideringar av sjukhusets övergripande krisberedskapsplan, lokala riktlinjer inom verksamhetsområdena och specifika åtgärdskort för vitala funktioner vid en katastrofmedicinsk händelse planeras. Genomförande av en ny RSA samt fortsatt kontinuitetsarbete baserat på ISO 22301:2019.

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 har Danderyds sjukhus har kompetens och förmåga att styra och värdera leveranser från Serviceförvaltningen IT avseende IT-säkerhet.

Mål 2022

Under 2021 definierade DSAB de fem mest skyddsvärda IT-systemen. Arbetet med dessa har fortskridit under 2022. 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 vidareutvecklats på ett tillfredställande sätt. Vi kan konstatera att regionen utsatts för omfattande IT-attacker på grund av ett spändare världsläge. Regionen har klarat sig helt från skada och att vår outsourcingpartner agerade föredömligt i ett mycket allvarligt läge.

Förbättringsarbete 2022

Förvaltningsetablering för de fem mest skyddsvärda systemen och mindre IT-system.

Planerat förbättringsarbete 2023

En sjukhusövergripande kommitté bildas för att styra över utformningen och ansvaret för de större förvaltningsobjekten där våra skyddsvärda IT-system ingår. Vi fortsätter med att etablera effektiv förvaltning även för de mindre systemen. Målet är att all IT på Danderyds sjukhus ska vara väl förvaltd.

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 2022

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.

Resultat

Arbetet med att etablera en robust förvaltning av medicintekniska system har gått långsammare än förväntat och en stor anledning till detta är att detta kräver ett nära samarbete med vårdverksamheten som dock har varit mycket hårt belastad.

Förstärkning inom kvalitet och teknisk förvaltning är nu på plats vilket skapar förutsättningar för det fortsatta arbetet inom området.

Analys

Arbetet med den nya medicintekniska förordningen, kvalitetsledning och 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 2023

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:

- Fortsatt arbete med kvalitetshöjande aktiviteter med målsättning att implementera ett kvalitetsledningssystem Q4
- Fortsatt arbete med att säkerställa en effektiv teknisk förvaltning av medicintekniska system.
- Kompetensutveckling inom till exempel medicinteknisk säkerhet samt nätverk och konfigurering.
- Komma i kapp med och säkerställa ett fortsatt stabilt arbete med förbyggande underhåll av medicinteknisk utrustning.

Systematiskt miljöarbete

Danderyds sjukhus arbetar systematiskt med miljöpåverkan sedan 2003 och är miljöcertifierat. Arbetet innebär en helhetssyn på sambandet mellan människa, miljö och hälsa och styrs delvis av Region Stockholms hållbarhetspolicy och hållbarhetsstrategi. Sjukhuset verksamhetsplan bygger på dessa dokument men också på regionens satta budgetmål och indikatorer samt hälso- och sjukvårdsförvaltningens ersättningsgrundande miljöindikatorer. Vidare tar arbetet sin utgångspunkt från sjukhusets betydande miljöaspekter samt andra bindande krav. Sjukhuset tar ansvar för att begränsa sin

klimatpåverkan, främja den biologiska mångfalden, arbeta mot cirkulära material- och produktflöden samt minska utsläppen från hälso- och miljöskadliga läkemedel och kemikalier. Varje verksamhetsområde ansvarar för att ta miljöhänsyn i det dagliga arbetet och inkludera relevanta mål och åtgärder i sina verksamhetsplaner samt följa upp arbetet.

Verksamhetsområdena har under året fokuserat på att se till att inarbetade miljörutiner följs och åtgärda miljöavvikelser samt säkerställa efterlevnad av regelkraven. Utöver målarbete har fokus legat på materialåtervinning och minska kassation av oanvända engångsprodukter. Medarbetarnas insatser under året har bidragit till att sjukhuset upprätthållit sin miljöprestanda.

Utmaningar för sjukhuset framöver är att begränsa verksamhetens klimatpåverkan från konsumtionen och öka andelen cirkulära material- och produktflöden. Det handlar bland annat om att använda engångsprodukter med lägre CO₂-avtryck och övergå till flergångsprodukter, utan att äventyra patientsäkerheten. Vidare att minska svinn och onödig användning av engångsprodukter samt öka sorteringsgraden av avfall. Det handlar också om att servera patientmåltider med lägre klimatpåverkan.

Årets målarbete har fallit ut väl och sjukhuset nådde alla sina mål förutom målet avseende läkemedel. Utfall för 2022 visar att:

- Bevarandemål för läkemedel: Totalanvändning av diklofenak har minskat och ligger 0,89 procent målnivå (mål ≤2016 års användning)
- Tjänsteresor med flyg har minskat med 70 procent (mål 2022 ≤35 procent jmf 2016)
- Lustgasanvändningen ökade och uppgick till 165,9 gram per förlossning (mål 2022 ≤350 g per förlossning)
- Andelen plagg som är uteliggande verksamheten mer än 30 dagar minskade ytterligare och uppgick till 20,6 procent (mål 2021 ≤ 25 procent)
- Andelen ekologiska livsmedel ökade och uppgick till ca 51 procent (mål 2022 ≤ 50 procent)
- Andelen patientmat som slängs minskade och uppgick till ≤ 20,2 procent av portionsvikten (mål 2022 ≤ 2017 års matsvinn)

Strålsäkerhet

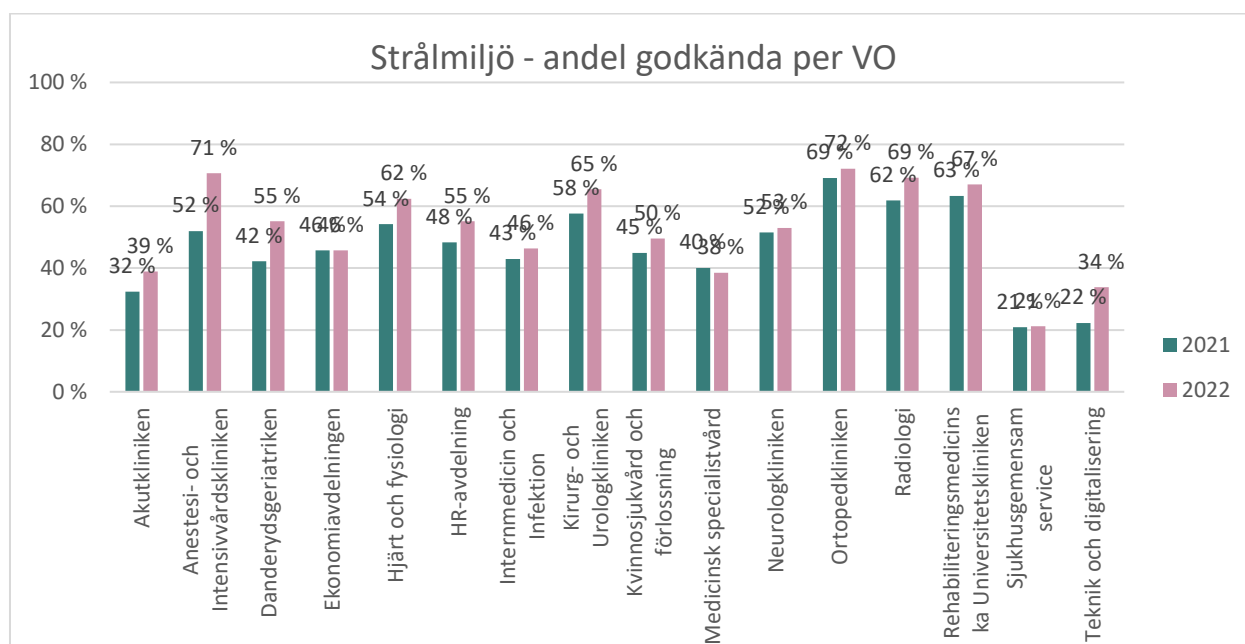
På Danderyds sjukhus AB används strålning i diagnostiskt syfte och vid röntgenvägledda procedurer. Danderyds sjukhus AB strävar efter att upprätthålla en god strålsäkerhet och strålmiljö där strålningen används på ett optimerat sätt med hög kvalitet och låga stråldoser.

Mål 2022

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

Resultat

I princip alla verksamhetsområden har förbättrat andelen personal med godkänt resultat på den obligatoriska kursen Strålmiljö (se diagram). En e-kurs inom fördjupad strålsäkerhet för datortomografi har publicerats. Resterande mål är uppfyllda. Stickprovsmätningar av stråldoser utfördes på personal i kategori A på hjärtintervention, nuklearmedicin, röntgen och på personal i kategori B för läkare på anestesi/IVA, sjuksköterskor på dagoperation samt extra mätningar av ögon och fingrar på ortopedier. Resultatet visar att personalen arbetar strålsäkert och att personalen i kategori B är korrekt kategoriserade. För ortopedier som utför axelkirugi uppmättes låga stråldoser till ögonen och de som använder G-stativ uppmätte låga stråldoser till fingrarna. Blyglasögon rekommenderas dock fortsatt.



Analys

Utbildningsstatistik finns i flera olika system som inte är vilket medför att chefer och utbildningsledare har svårt att få överblick över utbildningsbehoven. Alla strålsäkerhetsutbildningar har lagts i Lärtorget för att samla statistiken. Systemet med stickprovskontroller av personalstråldoser fortsätter då det visat sig vara ett värdefullt arbetssätt. Sjukhusfysik kommer fortsätta arbeta med att publicera de fördjupade strålsäkerhetsutbildningarna i Lärtorget med hjälp av Medicinska Biblioteket, då det frigör värdefull tid både för Sjukhusfysik och verksamheterna. Riktlinjer revideras kontinuerligt och då behov uppstår. Under 2023 förväntas Strålsäkerhetsmyndigheten utkomma med reviderade föreskrifter varför ett extra behov av revision av riktlinjerna kan komma att uppstå.

Genomfört förbättringsarbete 2022

- Revision av riktlinjer
- Systematiskt optimeringsarbete av radiologiska undersökningar
- En e-utbildning i fördjupad strålsäkerhet för datortomografi har publicerats i Lärtorget
- Intern revision i intervjuform har genomförts

Planerat förbättringsarbete 2023

- Ta fram e-utbildning inom fördjupad strålsäkerhet för barnradiologi samt nuklearmedicin
- Kontrollmätning av strålskärning i hus 61
- Utbildning av nya radiologiska ledningsfunktioner
- Övning i radionukleära händelser för sjukhusfysiker
- Få in strålsäkerhet i metodböcker på operation
- Byta ut dosimetrarna till självutläsande för personal i kategori A

Systematiskt säkerhetsarbete

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

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 i snitt 66% av sina egenkontroller vilket är en höjning med 5% från föregående år, målnivån för 2022 var satt på 62%.

Under året har en extern revision (Regions revisorerna) och en tillsyn (räddningstjänsten) genomförts båda rapporterna visar att DSAB uppfyller kraven för systematiskt brandskyddsarbete. Båda rapporterna påtalar också att övning och resurser för övning i verksamheterna är önskvärt för att ytterligare höja förmågan att hantera en brand.

Analys

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

Fysisk säkerhet

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

- Patienter och besökare upplever sig trygga inom sjukhusets lokaler,
- Medarbetare upplever sig trygga på sina arbetsplatser och kan agera säkert när hotfulla situationer uppstår,

Genom ett fungerande tillträdesskydd samt kontroll av skyddsvärd egendom drabbas sjukhuset av ytterst få stölder, inbrott eller andra negativa händelser.

Resultat

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

Under året har ett arbete med pågående dödligt våld (PDV) genomförts och detta har bidragit positivt i utvecklingen av den fysiska säkerheten.

Analys

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

Planerat förbättringsarbete

- Ta fram lokal viljeinriktning (policy) för säkerhetsarbetet
- Införa *grundläggande brandskyddsutbildning i vårdfastigheter* som obligatorisk utbildning.
- Fortsätta arbetet med att förnygra den tekniska säkerheten för att förbättra skyddet av verksamheter och teknisk infrastruktur.

Informationssäkerhet

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.

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

Mål 2022

Region Stockholm har under 2022 fokuserat på fyra områden (IT, Inköp, Säkerhetskultur och riskhantering) av skyddsåtgärder med fem indikatorer för uppföljning. För att uppnå Regionens förväntade mål på 70% implementerade skyddsåtgärder har DSAB tagit fram en handlingsplan som omfattar 19 huvudaktiviteter.

Vidare har ett arbete för att implementera Region Stockholms Ledningssystem för informationssäkerhet och upprätta tillämpningsanvisningar för lokal anpassning genomförts.

Resultat

En huvudaktivitet som pågått hela verksamhetsåret är anpassning och utveckling av behörighetsstyrning för patientdata. Denna aktivitet har omfattat:

- Processkartläggning för behörighetsstyrning har genomförts,

- Lokala styrdokument med tillhörande mallar och blanketter har tagit fram,
- Utbildning i behovs- och riskanalys har genomförts inom samtliga verksamhetsområden,
- Behovs- och riskanalys av Basprofiler i TakeCare har identifierats.

Årets resultat för Region Stockholms indikatorer är 86%.

Verksamhetsområdena har svarat på fyra frågor för att mäta informationssäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå:

1. Har verksamheten genomfört riskanalyser som också omfattat informationssäkerhetsrisker under det gångna året?
2. Har identifierade sårbarheter åtgärdats?
3. Har verksamheten genomfört årlig behörighetsrevision gällande personalens:
 - a. Behörighet till lokaler,
 - b. Behörighet till patientdata,
4. Har verksamheten genomfört systematiska loggkontroller av personalens åtkomst till patientdata (till exempel genom SALA) i aktuella journalsystem?

Resultatet av dessa frågor visar att verksamhetsområdena har en hög kravefterlevnad inom systematisk loguppföljning och behörighetsstyrning. Förbättringsområdena finns främst inom riskhantering och att informationssäkerhet sak vara en del av verksamhetens normala riskhanteringsprocess.

Analys

Informationssäkerhetsarbetet inom DSAB möts med intresse och vilja till efterlevnad från verksamhetsområdena. Behov som identifierats och lyft upp inför 2023/2024 är:

- Utveckla bolagets riskhanteringsprocess för att täcka ett större behov,
- Utbildningsbehov inom verksamhetsområdena och för verksamhetsområdenas Informationssäkerhetskoordinatorer,
- Utbildningsstrategi som är mer följsam mot verksamheternas behov och förmåga.

Planerat förbättringsarbete 2023

- Utredda bolagets riskhanteringsprocess,
- Fortsätta med utbildningsinsatsen för informationssäkerhetskoordinatorer,

Tydliggöra hur complianceprocessen integreras i förvaltningsmodellen för systemförvaltning. Detta för att förbättra riskhantering.

Oplanerad återinläggning i slutenvården

Utskrivningsprocessen "Trygg och säker utskrivning"

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

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

Genomfört förbättringsarbete 2022:

Under våren 2022 lanserades ett nytt systemstöd, LifeCare SP (Samordnad planering) vilket används för kommunikation med kommuner och öppenvård för patienter som har behov av insatser efter utskrivningen. Utbildningsinsatser genomfördes som en del i utskrivningsprocessens arbete enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (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 till exempel 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: SASVisualAnalytics

Mål:

<7,5 %

Resultat:

6 %, jämfört med 5 % år 2022

Analys:

Strukturerad analys av återinläggningsorsaker utfördes under 2022 för bedömning av eventuell förebyggbar återinläggning.

Återinläggning inom 30 dagar, alla patienter

Datakälla: SASVisualAnalytics

Resultat:

10 % jämfört med 11% år 2021

Analys:

Andelen återinläggningar inom 30 dagar har sjunkit något jämfört med föregående år. I jämförelse med år 2021 har andelen minskat med en procentenhet. Tolkningen är att det är resultatet av ett mångårigt förbättringsarbete kring god samverkan i utskrivningsprocessen.

Genomfört utvecklingsarbete 2022:

Strukturerad analys av återinläggningsorsaker har utförts under 2022. En viktig del i ansatsen att minska oplanerad återinläggning i slutenvården är analys av återinläggningsorsaker, för att identifiera potentiellt förebyggbara inläggningar. DSAB har utarbetat en strukturerad journalgranskningsmall för att möjliggöra systematisk analys med kategorisering av återinläggningsorsaker.

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

Agera för högkvalitativ vård

Kvalitetsregister, Kvalitetsindikatorer i vårdavtalet

Kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om diagnos, behandling, och resultat. Danderyds sjukhus är anslutna till de relevanta Nationella kvalitetsregister som berör aktuella patientgrupper inom sjukhuset. Dessa kvalitetsregister säkrar och utvecklar vårdens kvalitet samt utgör en grundläggande del i patientnära forskning.

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 planerad utveckling. Under pandemiåren 2020–2022 har dock den målrelaterade ersättningen pausats, utifrån ett regionalt beslut.

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 palliativt 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 936 patienter på Danderyds sjukhus och av dessa rapporterades 92% 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 2022

Andel patienter med utförd munhälsobedömning >62%

Resultat: 69%

Andel patienter med utförd validerad smärtskattning >52%

Resultat: 70%

Analys

Andelen patienter med utförd munhälsobedömning som dokumenterats är förbättrat jämfört med 2021 (61%). Även andelen patienter med utförd validerad smärtskattning som har dokumenterats har förbättrats jämfört med 2021 (50%).

Genomfört förbättringsarbete 2022

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

Planerat förbättringsarbete 2023

Det sjukhusövergripande palliativa rådet är återstartat och fortsätter att bedriva utvecklingsarbete och stödjande insatser inklusive kompetensutveckling.

Nutrition

Alla människor har rätt att få sitt energi- och näringsbehov tillgodosett för att uppnå god hälsa, livskvalitet och för att behandla eller lindra sjukdom. Vid akut- och kronisk sjukdom ökar risken för att nutritionsproblem ska uppstå. Därför är det viktigt att identifiera, utreda och åtgärda nutritionsproblem i samband med inläggning på sjukhus. Ett bra näringstillstånd underlättar vid behandling och rehabilitering.

Mål 2022

Det övergripande målet är att påbörja en översyn av nutritionsprocessen på hela sjukhuset. Arbetet kommer initieras och planeras av det nystartade nutritionsrådet i samråd med samtliga verksamhetsområden. Kvalitetsgranskning av hur väl riskbedömning av sjukdomsrelaterad undernäring dokumenteras i journalen inom slutenvården kommer genomföras. I riskbedömningen ingår mätvärdet Body Mass Index (BMI), förekomst av ätsvårigheter och screening av viktförändring.

Resultat och Analys

Under 2022 blev merparten av alla patienter (95%) i slutenvården bedömda avseende risk för undernäring, vilket är ett mycket bra resultat. Av dessa är det en mindre andel som har en påvisad risk för undernäring, men med stor spridning mellan verksamhetsområdena (12-83%). Ett flertal befintliga nutritionsriktlinjer har granskats, och behov av utbildningsinsatser har identifierats för att säkerställa att de följs.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Det sjukhusövergripande Nutritionsrådet har nystartat och genomfört en nulägesbeskrivning av nutritionsprocessen på sjukhuset. En handlingsplan med prioriterade förbättringsområden har påbörjats. En ny nutritionsriktlinje har skrivits och införts på Hjärtintensivavdelningen.

Planerat förbättringsarbete 2023

Målet är att utarbeta en sjukhusgemensam struktur och ansvarsfördelning i det patientnära nutritionsarbetet. Att revidera och utveckla riktlinjer om enteral nutrition, samt fortsätta implementeringen av ny nutritionsriktlinje på Hjärtkliniken.

Agera för personcentrerad vård

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 till vara 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 2022

Inom reumatologin har implementering av Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp för RA fullföljts 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. Personcentrerad sammanhållna vårdförlopp Stroke & Tia samt personcentrerat vårdförlopp ny upptäckt hjärtsvikt har startat.

Planerat förbättringsarbete 2023

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. Fortsatt arbete med personcentrerade sammanhållna vårdförlopp i syfte att skapa en jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

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. Samtliga vårdenheter följer upp patientnöjdheten på årlig basis, antingen

som punktmätning eller kontinuerlig mätning med skräddarsydda enkäter. Nationell patientenkät genomförs vartannat år inom specialiserad öppen- och slutenvård vilket innebär att 2022 har verksamheterna utfört egna skräddarsydda patientenkäter med tre obligatoriska frågor.

Skulle du rekommendera vårdavdelningen/mottagningen enhet till någon i din situation?

Är du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling/utredning till den utsträckning du önskar?

Fick du tillräcklig information om din vård/ behandling?

Specifik frågeställning/indikator 2022

Patientnöjdhet; Andel positiva svar delaktighet - "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskar?"

Mål > 80%

Agera för effektiv och tillgänglig vård

Vårdgaranti

Mål ingång 2022

Danderyds Sjukhus har haft som mål att

- 70 % av alla patienter ska få tid till första besök hos specialistläkare inom 30 dagar.
- 77 % av alla patienter ska få tid för behandling inom 90 dagar

Justerat väntetidsmål för mottagning under 2022

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 syftade till att avlasta specialistvårds-mottagningarna och gällde under en begränsad tidsperiod. Den 1 september 2022 återgick Region Stockholm och därmed Danderyds Sjukhus till det tidigare väntetidsmålet (inom 30 dagar).

Resultat

Danderyds Sjukhus har trots pågående pandemi haft en god kontroll gällande förstabesök till mottagning men uppfyller inte det regionala väntetidsmålet om 30 dagar. Rensat Neurologmottagningens resultat uppfyller Danderyds Sjukhus det regionala väntetidsmålet.

Danderyds Sjukhus har trots pågående pandemi arbetat effektivt med kökapning och uppfyller det regionala väntetidsmålet om 90 dagar för behandling.

Analys

Sedan sommaren 2020 har Danderyds Sjukhus planerat och framgångsrikt initierat ett stort antal åtgärder för att minska den vårdskuld som uppstått under pandemin. Dessa kökapnings-åtgärder har dock pausats när läkare och sjuksköterskor i öppenvården stöttat den akuta vården under pandemins toppar, för att sedan återupptas när antalet smittade

ånåo minskat. Målsättningen har varit att den uppskjutna vården i största möjliga mån ska arbetas bort under 2022.

Förstablesök till mottagning

Under 2022 identifierades en regional obalans i remissflöde Neurologi. Rensat Neurologmottagningens resultat har Danderyds Sjukhus en måluppfyllelse på 91 % för 2022, infriar väntetidsmålet samt placerar sig i topp bland regionens akutsjukhus. I november 2022 beslutade Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) att under 2023 undanta Neurologmottagningen från väntetidsredovisningen.

Samtliga öppenvårdsmottagningar på Danderyds Sjukhus började tidigt förbereda sig inför återinförandet av väntetidsmålet för nybesök inom 30 dagar från och med 1 september 2022, vilket påverkat resultatet positivt.

Behandling/operation:

Liksom under föregående år har produktionen på Danderyds Sjukhus öppenvårdsmottagningar påverkats stort av covid-19-pandemin. Framför allt de operativa specialiteterna har drabbats vilket resulterat i att pågående kökningsprojekt periodvis har pausats för att sedan återupptas. Sjukhuset har trots detta en måluppfyllelse på 80 % vilket placerar sjukhuset över väntetidsmålet för 2022.

Genomfört förbättringsarbete 2022

Danderyds Sjukhus har ett välfungerande CVR-råd som under 2022 arbetat aktivt med frågor gällande vårdgaranti, väntetider, arbetssätt och remisshantering. Sjukhuset tog även initiativet att under 2021 starta upp ett regionsövergripande nätverk bestående av representanter från Danderyds Sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje Sjukhus, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) samt Centrala Väntetidsregistret (CVR). Under 2022 har HSF tagit över ordförandeskapet för detta nätverk. Syftet med nätverket är att säkerställa regional informations- och kunskaps-spridning.

Danderyds Sjukhus har under 2022 fördjupat samarbetet med Södersjukhuset (SÖS) gällande arbetssätt och utbildningsfrågor gällande remisshantering. Bland annat har ett utbildnings-material för remisshantering i journalsystemet TakeCare tagits fram i samverkan med SÖS och HSF.

Planerat förbättringsarbete 2022

Danderyds Sjukhus kommer under 2022 ha fortsatt fokus på att hantera den vårdskuld som uppstått på grund av pandemin samt ytterligare utöka och utveckla det regionala samarbetet.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Danderyds Sjukhus AB:s målbild för kommande år är att vår vård är trygg, säker och effektiv. För att uppnå en vård av hög kvalitet, inom givna ramar, så kommer följande sjukhus-gemensamma aktiviteter att prioriteras under 2023; öppnandet av AVA, en akutvårds-avdelning i anslutning till akutmottagningen, kartläggning och förbättring av våra stora patientprocesser, utredning av möjligheter att skapa vårdplatser för multisjuka äldre samt utredning av möjligheter till förbättrat konsultstöd till primärvården för att medverka till regionens inriktning mot god och nära vård.

Om den här rapporten

Frågor kan ställas till:

Lena Martin, kvalitetsstrateg, DSAB [lena.martin@regionstockholm.se](mailto:lana.martin@regionstockholm.se) eller

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