



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

Danderyds Sjukhus AB



Fakta om Danderyds sjukhus.....	7
Inledning	7
Styrning och ledning.....	8
Danderyds sjukhus kvalitetspolicy	8
Den årliga verksamhetsplaneringsprocessen.....	8
Arbetet med lokala verksamhetsplanen.....	9
ISO certifierat kvalitet- och miljöledningssystem.....	10
Struktur för uppföljning/utvärdering	10
Systemstöd för kvalitetsuppföljningar, analys och visualisering	10
Resultatuppföljning	11
Kvalitetsindikatorer enligt avtal	11
Ansvar och organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	12
Vårdgaranti	13
Mål ingång 2020.....	13
Vårdgarantin pausades regionalt i april 2020 pga pandemin	14
Resultat.....	14
Analys.....	14
Genomfört förbättringsarbete 2020	14
Patientsäkerhet.....	15
Patientsäkerhetskultur	15
Mål 2020.....	15
Resultat.....	15
Analys.....	16
Genomfört förbättringsarbete 2020	16
Planerat förbättringsarbete 2021	16
Medarbetarrapporterade vårdavvikelser	17
Mål 2020.....	17
Resultat.....	17
Genomfört förbättringsarbete 2020	18
Planerat förbättringsarbete 2021	18
Lex Maria och Händelseanalyser	18
Mål.....	18

Resultat 2020.....	18
Analys.....	19
Genomfört förbättringsarbete 2020	19
Planerat förbättringsarbete 2021	19
Strukturerad journalgranskning	20
Riskanalyser	20
Mål.....	20
Resultat.....	20
Analys.....	20
Genomfört förbättringsarbete 2020	20
Planerat förbättringsarbete 2021	21
Synpunkter på vården från patienter och närstående.....	21
Mål 2020.....	21
Resultat.....	21
Analys.....	22
Genomfört förbättringsarbete 2020	22
Planerat förbättringsarbete 2021	22
Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner	23
Följsamhet till basala kläd och hygienrutiner, BHK	23
Mål 2020.....	24
Resultat.....	24
Analys.....	24
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI).....	25
Nutrition.....	25
Mål 2020.....	26
Resultat/Analys	26
Genomfört förbättringsarbete 2020	26
Planerat förbättringsarbete 2021	26
Personcentrerad vård	26
Patientupplevd kvalitet	27
Säker ordination och hantering av läkemedel.....	28
Läkemedelsförsörjning	28

Mål, resultat och analys 2020.....	28
Utveckling	29
Läkemedelshantering.....	29
Mål, resultat och analys 2020.....	29
Utveckling	29
Följsamhet till Kloka listan och upphandlade läkemedel.....	30
Mål, resultat och analys 2020.....	30
Utveckling	30
Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen	30
Mål, resultat och analys 2020.....	30
Utveckling	31
Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel	31
Mål, resultat och analys 2020.....	31
Utveckling	31
Palliativ vård.....	31
Systematiskt arbetsmiljöarbete	33
Mål.....	33
Resultat.....	33
Analys.....	34
HME-index	34
Arbetsmiljöavvikelser	34
Sjukfrånvaro	34
Genomfört förbättringsarbete	35
Planerat förbättringsarbete 2021	35
Katastrofberedskap	35
Mål 2020.....	35
Resultat.....	35
Analys.....	36
Genomfört förbättringsarbete 2020	36
Planerat förbättringsarbete 2021	36
Informationssäkerhet	36
Mål 2020.....	36

Resultat.....	36
Analys.....	37
Genomfört förbättringsarbete 2020	37
Planerat förbättringsarbete 2021	37
Systematiskt säkerhetsarbete	37
Mål, resultat och analys	38
Brandsäkerhet.....	38
Effektmål.....	38
Mål och huvudaktiviteter 2020.....	38
Fysisk säkerhet	38
Effektmål.....	38
Mål och huvudaktiviteter 2020.....	38
Analys.....	39
IT- Säkerhet	39
Mål 2020.....	39
Resultat.....	39
Analys.....	39
Planerat förbättringsarbete 2021	40
Medicinsk Teknik	40
Mål 2020.....	40
Resultat.....	40
Analys.....	41
Planerat förbättringsarbete 2021	41
Miljösäkerhet	41
Mål 2020.....	41
Resultat.....	42
Analys.....	42
Genomfört förbättringsarbete 2020	42
Planerat förbättringsarbete 2021	42
Strålsäkerhet	42
Mål 2020.....	42
Resultat.....	43

Analys.....	43
Genomfört förbättringsarbete 2020	43
Planerat förbättringsarbete 2021	43
Ytterligare material att ta del av:	43
Om den här rapporten	43

Fakta om Danderyds sjukhus

Danderyds sjukhus är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin. Det viktigaste för oss som jobbar här är att vårapatienter känner sig trygga och säkra och får bästa möjliga vård och behandling. Det målet arbetar vi mot varje dag – tillsammans!

Genom att lyssna på våra patienter, deras närstående och på varandra hittar vi bättre lösningar. Genom att olika verksamheter samverkar utnyttjar vi sjukhusets bredd för att kunna använda rätt kompetens. Genom att vara professionella och sätta kvalitet och omtanke främst i allt vi gör utvecklar och förbättrar vi sjukvården.

Vi är ett av de största akutsjukhusen i Sverige. Här bedriver vi universitetssjukvård med utbildning och forskning kring våra vanligaste sjukdomar. Genom forskning och innovation utökar vi vår kunskap och genom utbildning delar vi med oss av den. Allt för att kunna bidra till god livskvalitet och hälsa.

- Sjukhuset invigdes år 1922, regionsägt AB sedan år 2000
- Sjukhuset omsätter cirka 4,5 miljarder kronor
- Cirka 4 500 medarbetare
- Cirka 6 700 förlossningar
- Cirka 100 000 akutsökande patienter
- Cirka 170 000 besök i öppenvården
- ISO-certifierade enligt ISO 9001:15 sedan 2016

Inledning

År 2020 har till stor del präglats av Covid-19 pandemin, vilket har inneburit mycket stora påfrestningar men har också fört med sig många lärdomar och utvecklingsinsatser som kommit vården till gagn genom ett mycket proaktivt utvecklingsarbete under året. Sjukhusets medarbetare har gjort heroiska insatser med stort engagemang, kompetens, och professionalism. Samarbetet inom sjukhuset och i den regionala nätverkssjukvården har förstärkts. Det har arbetats intensivt att omhänderta patienter med covid-19, och samtidigt hantera det ordinarie akutflödet dygnet runt varje dag. Den planerade vården har påverkats genom att vårdinsatser som har kunnat anstå, periodvis har skjutits upp.

Vi fortsätter utvecklingen av olika effektiva vårdformer såsom akut dagvård och digitala vårdkontakter där pandemin med kraft har drivit på en snabb utveckling av digitalisering.

Årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse består dels av denna rapport, som fokuserar på sjukhusgemensamma resultat inklusive olika säkerhetsområden, dels av separata kvalitetsredovisningar från våra tolv olika verksamhetsområden, som man tar del av via separata länkar.

Styrning och ledning

Danderyds sjukhus kvalitetspolicy

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

Detta uppnår vi genom:

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

Den övergripande målbilden för DSAB utgörs av Region Stockholms målbild enligt nedan. Danderyds sjukhus AB arbetar aktivt med de mål och indikatorer som Region Stockholm fastställt och alla lokala mål, indikatorer och aktiviteter för att nå målen är kopplade till Regionens övergripande vision, målsättningar och värderingar.



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

Den årliga verksamhetsplaneringsprocessen

Utifrån den långsiktiga målbilden och strategin samt ägarnas och beställarnas krav på sjukhuset utarbetar sjukhusledningen en verksamhetsplan med specifika mål och sjukhusövergripande

aktiviteter för det kommande året. Dessa mätbara mål och uppdrag från ägare och beställare samlas i sjukhusets styrkort.

Inför 2020 utvecklades ett gemensamt styrkort för DSAB, som täcker det trippelkommando i styrningen av sjukhuset som ägarens, beställarens och styrelsens indikatorer och uppdrag innebär. En viktig utgångspunkt för verksamhetsplaneringen är den verksamhetsidé och mål som ägarna har formulerat för sjukhuset, trender och händelser i omvärlden och det vårdavtal som DSAB har tecknat med beställaren och ägaren. Vidare spelar de grundläggande värderingarna en viktig roll.

Det gemensamma styrkortet har inför styrkort 2021 utvecklats ytterligare utifrån erfarenheterna av arbetet med styrkortet under 2020. Styrkortet delas upp i fyra olika perspektiv:

- Patientprocessperspektivet med målbild En hälso- och sjukvård av god kvalitet. Perspektivet innefattar delmålen Vård av god kvalitet, Vård i rätt tid, Säker vård, Vård på rätt plats, Effektiv vård och Vård med patienten i centrum
- Medarbetarperspektivet med målbild Hållbar arbetsgivare. Perspektivet innefattar delmålen Attraktiv arbetsgivare och Systematisk kompetensförsörjning.
- Hållbarhetsperspektivet med målbild Hållbar regional utveckling. Perspektivet innefattar delmålen Kärnverksamheten ska prioriteras, En av Europas ledande forskningsregioner, Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar, Minskad miljö- och klimatpåverkan, Hög innovations och digitaliserings-grad och Social hållbarhet.
- Ekonomiperspektivet med målbild Ekonomi i balans. . Perspektivet innefattar delmålen Ett resultat i balans och Hållbar investeringsutveckling.

Arbetet med lokala verksamhetsplanen

Sjukhusets styrkort, med mål, uppdrag och aktiviteter bryts i nästa steg ner till varje verksamhetsområde. Detta arbete gör ledningen för respektive verksamhet normalt under hösten, men till följd av Pandemins andra våg har planen reviderats och arbetet pågår under Q1 2021. Verksamhetsområdets plan baseras på mål och aktiviteter i sjukhusets styrkort och utgör Verksamhetsområdets bidrag till att sjukhuset uppnår målen. Vidare bör Verksamhetsområdets plan innehålla 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 att ha ett certifierat ledningssystem är att öka kvaliteten och patientsäkerheten samt förebygga eller mildra negativ miljöpåverkan. Genom årlig extern granskning av ett certifieringsföretag får vi ett värdefullt lärande i det ständiga utvecklingsarbetet av vårt sjukhus. Såväl lednings-stöd och kärnprocesser ingår i den externa revisionen. Certifikatet ger bekräftelse på att ledningssystemet motsvarar kraven i de olika standarderna.

När Danderyds sjukhus kvalitetscertifierades år 2016, var vi först i landet bland de stora akutsjukhusen. Sjukhuset har varit miljöcertifierat sedan 2003.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Systemstöd för kvalitetsuppföljningar, analys och visualisering

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

Danderyds sjukhus använder i första hand statistikverktyget Qlikview för att analysera och visualisera utdata genom utsökning från olika patientinformationssystem. Aktuell 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.

Det bedrivs ett kontinuerligt utvecklingsarbete inom sjukhuset för att öka datakvaliteten och skapa förutsättningar för att göra tillförlitliga och korrekta analyser samt att kunna jämföra resultat. En viktig förutsättning för detta är att ha en strukturerad och enhetlig journalföring. Många olika förbättringsarbeten har därför bedrivits under året där journalmallar omarbetats till strukturerade formulär, bland annat som en del i förberedelserna i införandet av ett nytt patientinformationssystem som är under upphandling för Region Stockholm.

DS råd för Omvårdnadsinformatik arbetar med kvalitetsförbättringar avseende främst journalföringen inom slutenvården, bl a genom utveckling av fördefinierade vårdplaner. Målet är en korrekt, enhetlig och patientsäker journalföring.

Resultatuppföljning

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

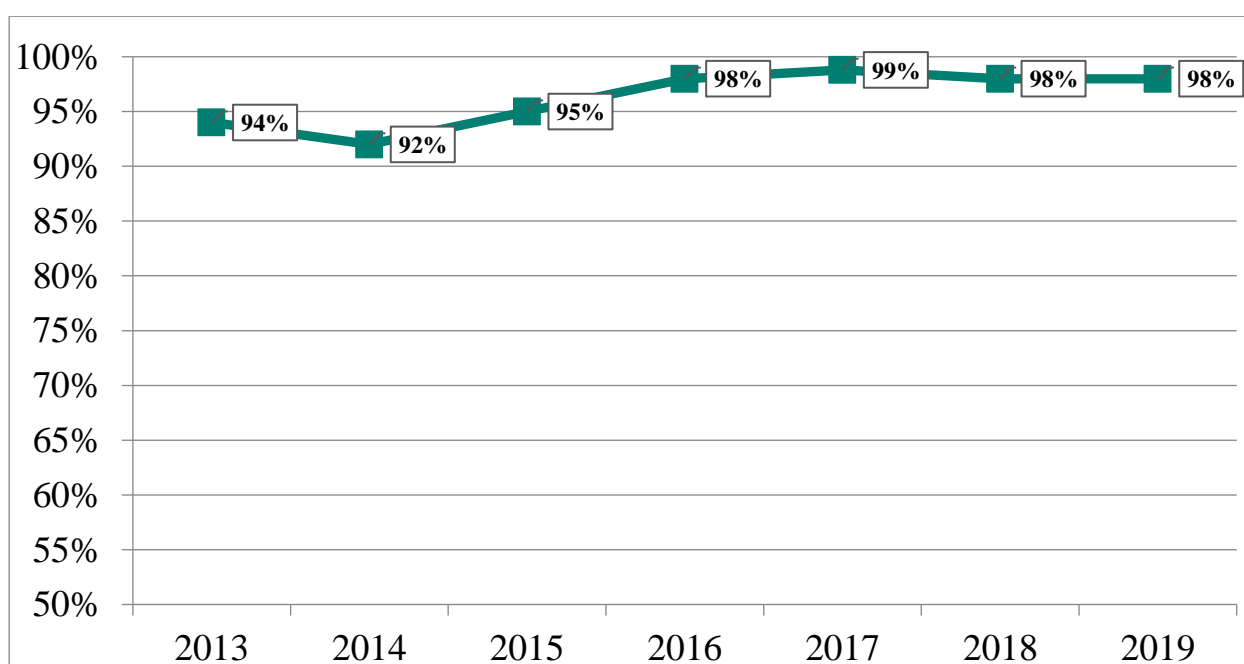
Kvalitetsindikatorer enligt avtal

Beställaren utformar och fastställer krav för kvalitetsindikatorer efter samråd med den regionala kunskapsstyrningen (tidigare kallad specialitetsråd), olika expert- och sakkunnigfunktioner samt kvalitetsnätverk, som består av representanter från samtliga akutsjukhus i Regionen.

Kvalitetsindikatorernas definitioner och målnivåer anpassas till nationella riktlinjer och krav och utveckling, vilket bevakas noggrant. I utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård är nätverkssjukvården och samverkan kring sammanhållna vårdkedjor särskilt 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. All regiongemensamt rapporterad data redovisas i könsuppdelad statistik.

Resultat för måluppfyllelse i den målrelaterade ersättningen i omställningsavtalet



Bilden ovan visar Danderyds sjukhus måluppfyllelse för kvalitetsersättning under åren 2013-2019

2020–2023 inleddes en ny avtalsperiod där vårdavtalets kvalitetsersättning ökade i andel. Förändringen innebar att en del i avtalet knyts till Region-gemensamma indikatorer, där DSAB delar samma krav som de övriga akutsjukhusen i länet, 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 pandemiåret 2020 har dock den målrelaterade ersättningen pausats, utifrån ett regionalt beslut.

Ansvar och organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

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 stabsfunktion, Kvalitet och verksamhetsutveckling, där chefläkare, kvalitetsstrateg, verksamhetsutvecklare och patientvägledare ingår.” Kvalitet och verksamhetsutveckling” ger stöd till hela sjukhuset med samordning, rådgivning, processutveckling, utbildning och uppföljning inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet samt leder olika nätverk, expertgrupper, rådsforum och projekt. Expertfunktioner inom Vårdhygien Stockholm är knuten till enheten genom uppdrag.

Varje verksamhetsområde inom sjukhuset har olika stödfunktioner inom vårdkvalitet, patientsäkerhet och kompetensutveckling. Exempel på definierade roller är kvalitetsutvecklare, patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare och läkemedelsansvarig läkare. De har även sjukhusövergripande uppdrag som utförs i nätverk och arbetsgrupper. För sjukhusövergripande uppdrag finns olika kvalitetsråd inom områdena fallprevention, vårdhygien, palliativ vård, sårbehandling och omvårdnadsinformatik. Kvalitetsråden upprättar årliga handlingsplaner som konkretiserar vad som ska utföras. Arbetsgrupper med sjukhusövergripande uppdrag för att förbättra metoder inom patientsäkerhet finns inom händelseanalysmetoden, patientsäkerhetskultur och vårdavvikelsehantering. Dessa arbetsgrupper har liknande arbetssätt som kvalitetsråden som beskrivits ovan. Alla medarbetare har ett ansvar att delta i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, att medverka i riskbedömning, avvikelserapportering och i arbetet med resultatuppföljning i sjukhusets pågående förbättringsarbete.



Vårdgaranti

Mål ingång 2020

Danderyds Sjukhus har haft som mål att

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

Vårdgarantin pausades regionalt i april 2020 pga pandemin

Under den första vågen i mars 2020 stängde sjukhuset stegvis ner den elektiva vården för att förflytta resurser till den akuta vården som påverkades kraftigt av det successivt tilltagande antalet patienter med SARS-Cov-2. Dessa åtgärder utfördes i enlighet med det regionala inriktningsbeslutet när regionen gick in i förstärkningsläge. I samband med detta pausades vårdgarantin regionalt.

I maj 2020 startade Danderyds Sjukhus upp elektiva mottagningar och operationer samt initierade framgångsrikt ett stort antal åtgärder för att minska den vårdskuld som uppstått under våren. Uppgången av antal smittade med Covid-19 under hösten, och den påföljande andra vågen, föranledde en förnyad nedstängning av den elektiva vården mot slutet av 2020.

Resultat

På grund av pandemin har Danderyds Sjukhus liksom övriga sjukhus inom Region Stockholm inte uppfyllt målen för vårdgarantin för 2020.

Analys

Pandemin har skapat ett uppdämt vårdbehov inom Region Stockholm till följd av uppskjuten elektiv vård samt haft stor inverkan på Danderyds Sjukhus öppenvårdsuppdrag och kapacitet för uppfyllelse av vårdgarantin. Sjukhuset har haft begränsad tillgänglighet gällande elektiv vård under längre perioder under 2020. Medarbetare inom den elektiva mottagningsverksamheten har arbetat inom slutenvården och de specifika covid-flöden som etablerades i pandemins startfas. Ett stort antal planerade besök har skjutits upp och måste tas igen. Den uppskjutna vården ska betas av snabbt, successivt och enligt medicinsk prioriteringsordning med fokus på att korta köerna; målsättningen är att den uppskjutna vården i största möjliga mån ska arbetas bort inom ett år.

Genomfört förbättringsarbete 2020

Under 2019 startade Danderyds Sjukhus upp ett nätverk för uppföljning av vårdgarantin med syfte att förbättra tillgängligheten till specialistmottagningarna, standardisera arbetssätt samt utveckla produktionsplanering och uppföljning. Detta nätverk har under pandemin utgjort ett forum för informationsdelning och spridning gällande beslut från den regionala katastrofledningen (RSSL) samt HSF.

Antalet patientbesök som genomförs på distans, via telefon eller video, har ökat kraftigt under året utifrån behovet att hitta nya lösningar för kommunikation med patienter i riskgrupp.



Patientsäkerhet

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.

Årets HSE undersökning (HSE - hållbart säkerhetsengagemang) genomfördes i samband med medarbetarenkäten.

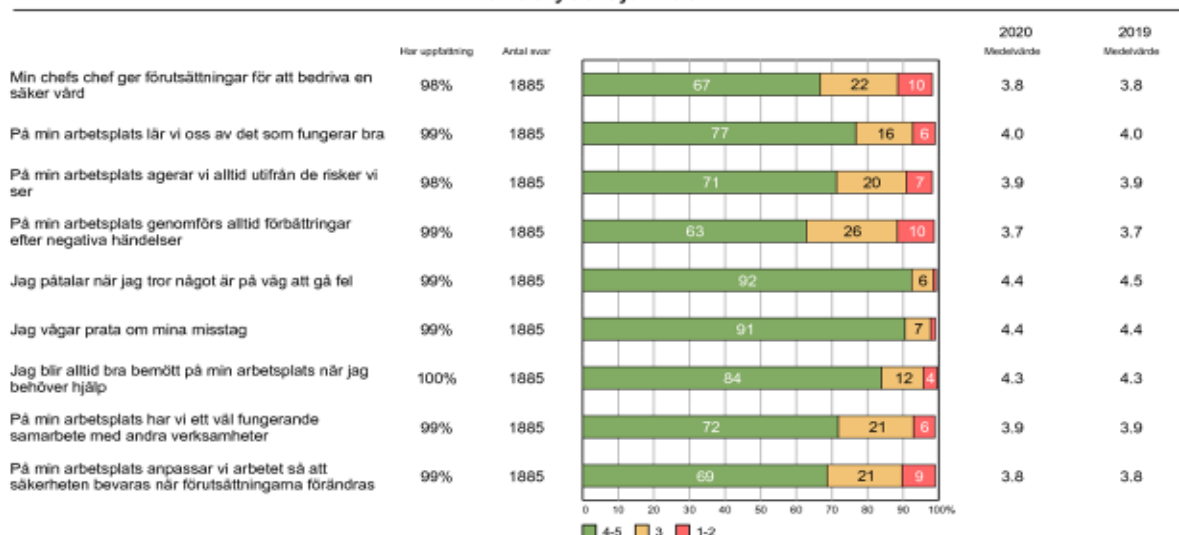
Mål 2020

Att alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur.

Resultat

57% besvarade medarbetarundersökningen 2020, samtliga som besvarade medarbetarundersökningen 2020 med direkt eller indirekt patientkontakt i arbetet besvarade HSE-frågorna. Den låga svarsfrekvensen kan delvis förklaras med den höga arbetsbelastningen relaterad till pandemin som rådde under hösten. Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 var 76, jämfört med 76, 2019. Sammanfattande HME-index var 78, bestående av motivation med index 79, ledarskap 78 och styrning 76.

Hållbart Säkerhetsengagemang Danderyds Sjukhus AB

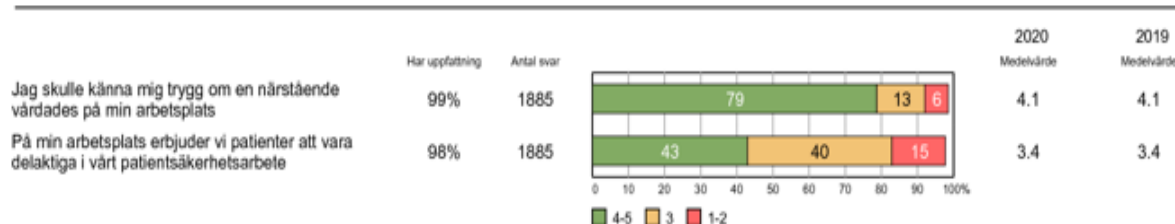


1) 2020 (2194) 2) 2019 (2908)

Datum

2021-03-01

Hållbart Säkerhetsengagemang Danderyds Sjukhus AB



Analys

HSE-resultatet visar på en marginell förbättring.

För att stödja chefer och ledare har en ledardialog genomförts, där resultatet från mätningen redovisades och goda exempel spreds från enheter som testat olika metoder för att förbättra patientsäkerhetskulturen, som tex ”gröna korset”. Som ytterligare hjälp i arbetet med säkerhetskultur förmedlades självskattnings- och reflektionsfrågor avseende ”resiliens”, som innebär förmågan att stå emot och återhämta sig från störningar.

Genomfört förbättringsarbete 2020

Med anledning av pandemin har flertalet av de planerade förbättringsarbeten för 2020 fått pausas tillfälligt. Trots pandemin har många verksamheter arbetat med Kommunikation och återkoppling av beslutade åtgärder för att förbättra patientsäkerheten.

Planerat förbättringsarbete 2021

På sjukhusövergripande nivå ska en tydlig struktur för patientmedverkan utarbetas. En modell ska utformas för att säkerställa skyndsamt information till sjukhusledningen, när något allvarligt har hänt.

Att förbättra säkerhetskulturen är ett långsiktighet arbete, där alla enheter står inför olika utmaningar och därför har upprättat individuella handlingsplaner med olika aktiviteter inom nedanstående generella förbättringsområden:

- Förbättra lokal uppföljning av beslutade åtgärder.
- Använda ”gröna korset” som en visuell modell för att förebygga vårdskador.
- Utöka patientmedverkan i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.
- Förbättra samarbetet med andra enheter.

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 erbjuds en säkerhetsutbildning internt 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 ansvarig 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 3 gånger per år. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada initieras en utvidgad utredning som beslutas av verksamhetschefen. Om flera olika verksamhetsområden är involverade i händelsen bidrar chefläkaren till att ta fram ett gemensamt uppdrag för analys som sedan godkänns av samtliga involverade verksamhetschefer.

Mål 2020

Målet 2020 har på grund av Covid-19 pandemin varit att framförallt öka bevakningen av avvikelser för att snabbt kunna se över rutiner, skapa korrigerande åtgärder och eventuellt lyfta ärenden till sjukhusövergripande eller regionövergripande nivå. Varje år har vi som mål att fortsätta öka antalet rapporterade vårdavvikelser/år och anställd.

Resultat

Antalet rapporterade vårdavvikelser sjönk under år 2020 till 1,25 per årsanställd, vilket är en minskning jämfört med året innan. Nästan alla verksamhetsområden vittnar om att situationen med Covid-19 pandemin har skapat en mer pressad arbetssituation med högre sjukfrånvaro och personalbrist på arbetsplatserna, vilket har lett till att personalen inte har hunnit rapportera avvikelser som tidigare. Å andra sidan har bevakningen av avvikelser varit väsentligt ökad och många av sjukhusets verksamheter har arbetat för att vara mer reaktiva på inrapporterade avvikelser, det i sin tur har lett till att många förbättringsåtgärder har genomförts snabbare än vanligt. Av totalt 5503 stycken rapporterade vårdavvikelser år 2020 så har flest rapporterats inom områdena behandling/omvårdnad (28%), vårddokumentation/informationsöverföring (17%) samt läkemedel (14%).

Genomfört förbättringsarbete 2020

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

Planerat förbättringsarbete 2021

Från och med början av 2021 skickas en sammanställning av oavslutade avvikelser ut tertiälvis till varje verksamhetsområde, målet med sammanställningen är att korta ned handläggningstiderna och underlätta den systematiska granskningen.

Lex Maria och Händelseanalyser

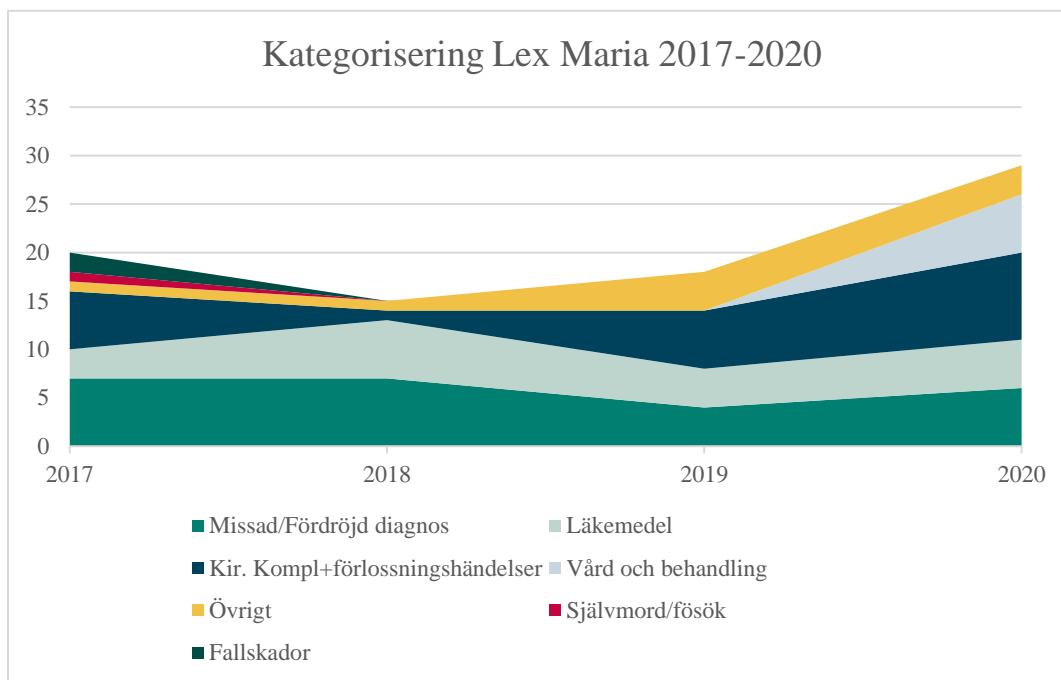
Om en rapporterad vårdavvikelse är allvarlig, det vill säga att en patient kan ha drabbats eller kunde ha drabbats av en *”vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit”* ska en utvidgad utredning göras. Om utredningen uppfyller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

Mål

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

Resultat 2020

Under 2020 gjordes 50 st utvidgade utredningar i form av händelseanalyser och internutredningar vilket är något färre analyser än 2019 då 72 utredningar gjordes. 29 av dessa utredningar uppfyllde kriterierna för anmälan enligt Lex Maria. 19 av de anmälda fallen var kvinnor och 10 män.



Analys

Ett stort antal utvidgade analyser i form av händelseanalyser och internutredningar har genomförts 2020, trots att verksamheterna har varit hårt belastade av omställningar pga pandemin. Det visar att den positiva trenden att säkerställa att händelser utreds har fortsatt och önskan om att genomföra förbättringar i verksamheterna är stark. Orsaken till att en högre andel av analyserna har uppfyllt kriterierna för anmälan enligt Lex Maria är inte fullständigt känd, men kan bero på att ett flertal av anmälningarna har inneburit risk för allvarlig vårdskada och inte att en allvarlig vårdskada inträffat.

Genomfört förbättringsarbete 2020

Många verksamhetsområden har genomfört förbättringar utifrån de analyser som gjorts vid utredningar för att bromsa smittspridning av covid-19 och det sjukhusövergripande arbetat har fokuserat på att stödja verksamheterna vid misstänkta och bekräftade smittutbrott och andra förbättringar kopplade till covid-19. Under 2020 har DSAB också lyckats säkerställa möjlighet till embolisering dygnet runt, i samarbete med Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset, vilket är en åtgärd som planerats utifrån lex mariaanmälningar tidigare år.

Planerat förbättringsarbete 2021

En ny handbok för händelseanalys och internutredningar kommer att publiceras under våren 2021 och kommer att implementeras genom en utbildningsinsats. Ledningen kommer att fokusera på att följa upp genomförda och planerade åtgärder vid de tre VUF:ar, Verksamhetsuppföljningar, under året för att fokusera mer på att utvärdera effekterna av genomförda förbättringar.

En tydligare information till medarbetare som är involverade i händelseanalyser för att de ska känna sig trygga i processen, planeras att utarbetas.

Flera verksamhetsområden planerar för att intensifiera kompetensutveckling för medarbetare under 2021 inom områden identifierade vid händelseanalyser som t.ex CTG-tolkning, fallprevention och rimlighetsbedömning vid läkemedelsadministration.

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.

Riskanalyser

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

Mål

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

Resultat

Antalet riskanalyser 2020 är inte känt i dagsläget då diarieföringen av riskanalyser inte är komplett.

Analys

De sjukhusövergripande nätverken har sedan mars fokuserat på korta digitala möten där man proaktivt fångat risker för vårdskador och planering av riskeliminering åtgärder. Flera verksamhetsområden har också ställt om till att analysera sina patientsäkerhetsrisker mer frekvent.

Genomfört förbättringsarbete 2020

Samtliga verksamhetsområden genomförde en omfattande riskanalys gällande patientsäkerhet utifrån de planerade minskningarna i ekonomiska resurser som innebar varsel av vårdmedarbetare november 2019. Analyserna sammanställdes i mars på begäran av IVO,

Inspektionen för Vård och Omsorg, men inspektionen avslutades pga pandemin och analyserna blev snabbt inaktuella av samma orsak. Riskanalyserna fick istället fokusera på proaktivitet för att minska vårdskador pga pandemin

Planerat förbättringsarbete 2021

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

Synpunkter på vården från patienter och närstående

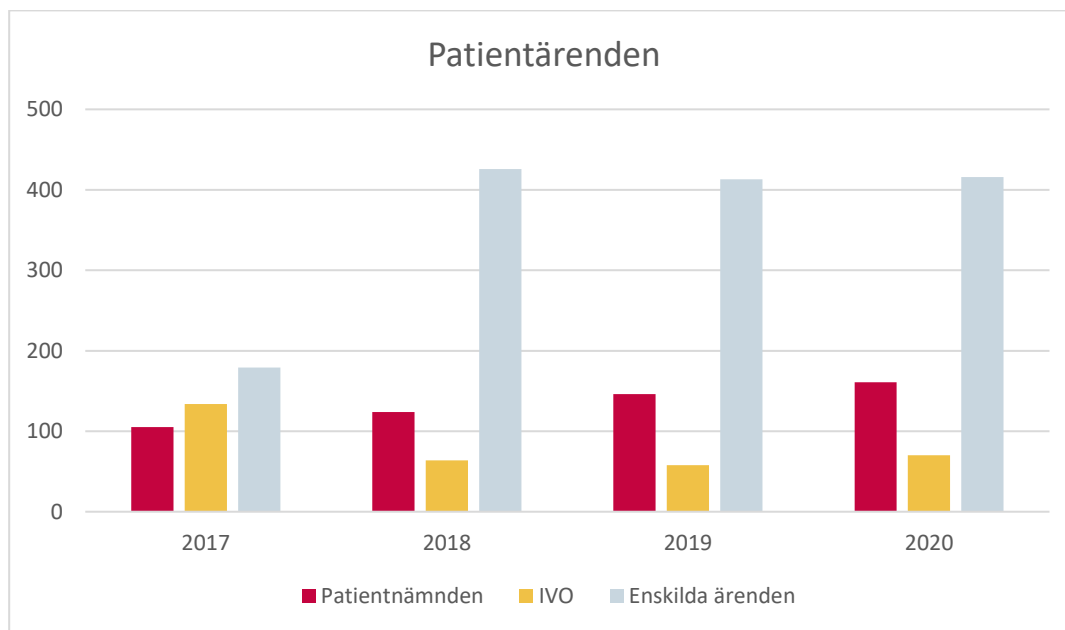
Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi skall kunna förbättra och utveckla vår verksamhet på Danderyds sjukhus. Patienter och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet genom 1177 e-tjänster men det går också 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 2020

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

Resultat

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



Analys

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

Genomfört förbättringsarbete 2020

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

På Ortopedkliniken har man fortsatt införandet av sk. bedsiderapportering, som innebär att patienten är med vid överrapportering till ny personal vilket ökar patientens delaktighet i vården. Akutmottagningen har startat upp en utbildningssatsning kring etik och bemötande för sin personal, satsningen stannade upp pga Covid-19 pandemin men kommer att tas upp på nytt under 2021.

Rehabiliteringsmedicinska kliniken har infört ett årshjul för att kunna arbeta med systematisk uppföljning av beslutade åtgärder och Kvinnokliniken skickar kontinuerligt ut informationsbrev till alla anställda på kliniken för att sprida aktuell information inom patientsäkerhet på ett smidigt sätt.

Planerat förbättringsarbete 2021

Vi kommer fortsätta utveckla vår e-tjänst ”Synpunkter på vården” och arbeta för att digitalisera ärendehantering inom sjukhuset. Ett förbättringsarbete gällande telefontillgänglighet kommer

även att starta under året. Flera verksamhetsområden planerar att utveckla sin uppföljning av inkomna synpunkter och klagomål vilket är mycket positivt eftersom varje ärende som inkommer till sjukhuset ska ses som ett förslag på vad vi kan göra bättre nästa gång.



Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner utgör ett stort hot mot patientsäkerheten och är en av de vanligaste vårdskadorna som drabbar patienter i vården. Eftersom resistensutveckling mot antibiotika ökar, är det av yttersta vikt att dessa bakterier inte får spridning i samhället. För den enskilda patienten kan en vårdrelaterad infektion leda till ett ökat lidande av svårbehandlade infektioner som ibland också kan innebära ett kroniskt bärarskap av så kallade anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade 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 2020

Fokus för 2020 var att öka följsamheten till desinfektion före patientkontakt. Indikatorn ”Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt” var 66% år 2019, vilket pekar på stor förbättringspotential. Följsamheten granskas genom observationsstudier, som har utförts 1-2 gånger under året.

Resultat

Ett stort antal observationer har genomförts, vilket är mycket bra för lärandet. Resultatet av ”Andel medarbetare som desinfekterade händerna före patientkontakt” blev totalt 75 %. Covidpandemin generellt har medfört ett stort fokus på basala hygienrutiner och förebyggande av smittspridning.

Desinfektion av händerna med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel eller något annat medel med motsvarande effekt utförs direkt **före** patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt före användning av handskar.



837 observationer

Följsamheten till det specifika momentet ”desinfektion före patientkontakt” utifrån Nationell Observationsstudie 2020. Datakälla Rapportor



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.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)

VRI mäts enligt SKL:s nationella metod med kompletterande frågor för att kunna definiera om den vårdrelaterade infektionen har uppstått till följd av vården på Danderyds sjukhus eller om VRI har uppstått hos en annan vårdgivare. Årets resultat visar att den totala förekomsten av VRI var 7,7 procent (jmf 9,9 procent 2019). Eftersom totalförekomsten av VRI även inkluderar infektioner som har uppstått hos andra vårdgivare, är det mycket viktigt att följa upp förekomsten av VRI som har uppstått till följd av vård utförd av DSAB. VRI som har uppstått till följd av vård och behandling inom DSAB 2019 låg på 5,1 procent vilket är högre jämfört med 2019. Resultatet baseras dock på metod punktprevalensmätning, vilket är en osäker metod för mätning. Två mätningar per år brukar genomföras, men pga pandemin har endast mätningen på hösten genomförts, vilket ytterligare ökar osäkerheten till erhållna resultat.

VRI mätningen visar en ökad förekomst av postoperativa infektioner inom allmän kirurgi och gynekologi. En möjlig förklaring till ökningen kan vara att fler sjukare patienter opererades under hösten (eftersom elektiva operationer som har kunnat anstå har skjutits upp under pandemin). Valideringen av utdata från Infektionsverktyget för VRI har försenats pga pandemin, men är ett viktigt arbete framåt, i syfte att få mer valida VRI data.

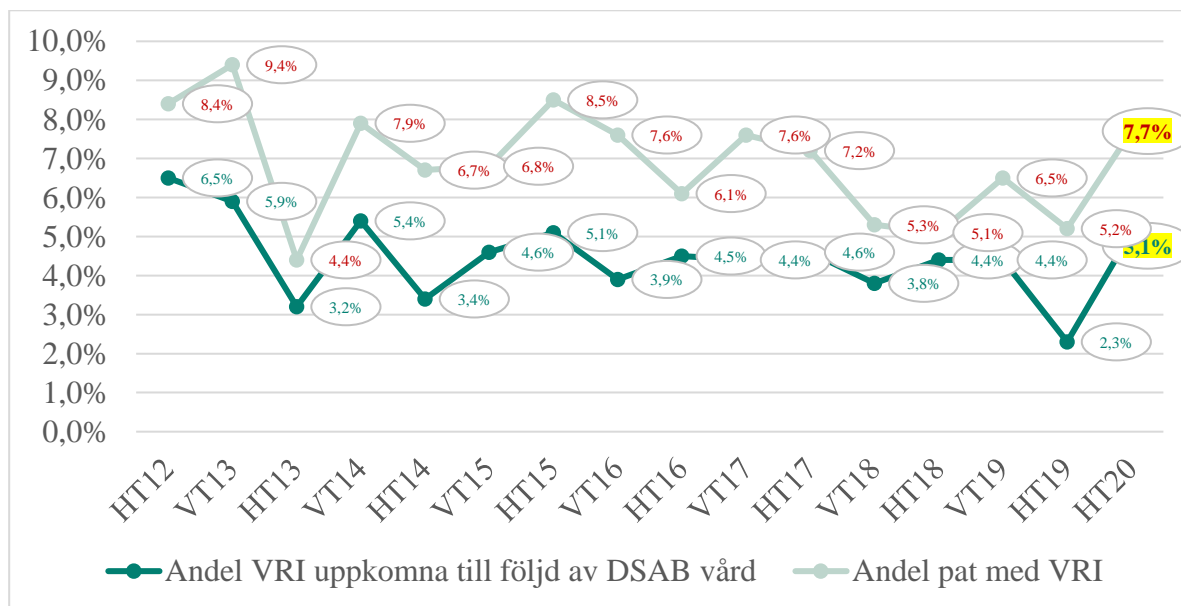


Diagram ovan visar förekomst av VRI samt egenförvärvade VRI 2012-2020, datakälla: Rapportor

Nutrition

Sjukdomsrelaterad undernäring förekommer hos många patienter som läggs in på sjukhus. Ett dåligt näringstillstånd ökar såväl sjuklighet som dödlighet. Därför behöver patienter som riskerar att bli undernärda i samband med inläggning på sjukhus identifieras. Samtliga patienter måste få

sina näringsbehov tillgodosedda genom att lämpliga åtgärder sätts in. För att utvärdera att identifiering sker görs en uppföljning av hur många patienter där en riskbedömning genomförs.

Mål 2020

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

Resultat/Analys

Ungefär hälften av patienter som läggs in i slutenvården är riskpatienter att drabbas av undernäring, om man exkluderar kvinnokliniken. Under 2020 blev 96% av alla patienter i slutenvården med längre vårdtid än 24 timmar bedömda inom första vård dygnet avseende risk för undernäring. Detta är en förbättring jämfört med 2019 års resultat. Dock användes en annan mätmetod 2020 så därför är siffrorna inte helt jämförbara. Resultatet visar dock att rutinen för att bedöma om patienter har risk för undernäring fungerar väl.

Genomfört förbättringsarbete 2020

De utbildningsinsatser som planerades under året fick ställas in på grund av pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2021

Planen för året är att återuppta det sjukhusgemensamma nutritionsarbetet som varit vilande under större delen av 2020.

Personcentrerad vård

Våra patienter ska känna sig trygga och säkra, och få bästa möjliga vård. Det målet arbetar vi mot varje dag - tillsammans. Inför varje beslut ska vi ställa oss frågan: Vad blir bäst för våra patienter?

Att vidareutveckla personcentrerad vård inom DSAB är en viktig del i att öka vårdkvaliteten och stärka patientens ställning i enlighet med patientlagen. Personcentrerad vård är en del av sjukhusets långsiktiga målbild och en viktig intention i Framtidsplanen för Region Stockholm. Vården har sin utgångspunkt i våra gemensamma värderingar och ett etiskt förhållningssätt. Med kvalitet och omtanke utgår vi från patientens behov, visar vi respekt för individen och ansvarar för att vi kan erbjuda vård som är baserad på vetenskap och välfungerande vårdprocesser. Genom att olika verksamheter samverkar utnyttjar vi sjukhusets bredd för att patienten ska få bästa möjliga tvärprofessionella och tvärdisciplinära vård. Vi ska även sträva efter att vården är sammanhållen. Personcentrerad vård är ett förhållningssätt där man utgår från patientens livssituation, förmåga och behov av vård. Patientens delaktighet är central. Utifrån patientens sjukdomsberättelse, unika förutsättningar och resurser upprättas en vårdplan gemensamt av vårdpersonal och patient, ofta tillsammans med närstående. Vården utgår från den unika

personens beskrivning av sin situation och dennes rätt till hälsa och det är viktigt att vi efterfrågar personens förmågor och stimulerar till patientens egenvård och ansvarstagande.



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 skräddarsydda patientenkäter. Digitala verktyg, pappersenkäter och QR koder för mobiltelefon är olika exempel på insamlingsmetoder för patientenkäterna.



Samtliga vårdenheter mäter vanligtvis patientnöjdheten på årlig basis, antingen som punktmätning eller kontinuerlig mätning med skräddarsydda enkäter. Endast sporadiska mätningar har genomförts under 2020 pga pandemin. Nationell patientenkät som skulle ha genomförts våren 2020 ställdes in, utifrån ett regionalt beslut.

Säker ordination och hantering av läkemedel

Arbetet för en säker och effektiv läkemedelshantering pågår på många nivåer inom Danderyds sjukhus AB (DSAB). Viktiga fokusområden är rationella läkemedelsval, sjukhusövergripande riktlinjer för alla moment i läkemedelshantering, optimerade rutiner för läkemedelsförsörjning och läkemedelsservice i egen regi, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse samt arbetet med läkemedel och miljö. Läkemedelsrådet är centralt för läkemedelsarbetet och fungerar som styrgrupp för den Lokala sjukhusapoteksfunktionen, Läkemedelsansvariga läkare (LANS), Transfusionskommittén och lokal STRAMA-grupp. Verksamhetsåret 2020 har präglats av covid-19 pandemin som påverkat många delar av läkemedelsarbetet vid DSAB. Vissa projekt har fått stå tillbaka till förmån för akuta omställningar av rutiner och arbetssätt.

Läkemedelsförsörjning

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

Mål, resultat och analys 2020

Under 2020 har Region Stockholm haft fortsatta avtal med ApoEx för läkemedelsförsörjningen med läkemedelsleveranser samt tillverkning och beredning av ex tempore läkemedel.

Vätskevagnar fylls också på av ApoEx medan läkemedelsservice utförs i egen regi. Samtidigt som DSAB införde stabsläge under vecka 11, inrättade RSSL en särskild läkemedelsgrupp som fick i uppdrag att följa läkemedelsförbrukningen inom Region Stockholm. Sjukhusapotekaren, läkemedelsserviceteamet, klinisk farmakolog och chefläkare deltog i regionala samordningsmöten och arbetade gemensamt för att bevaka och säkra upp läkemedelsbehovet på sjukhuset.

Sju farmaceuter arbetar med läkemedelsservice som är implementerad inom de flesta verksamheter vid DSAB. Det är en utökning med en heltidstjänst sedan 2019. Vid njurmedicin arbetar farmaceut även med iordningställande av läkemedel och är sakkunnig för tillverkning av hemofiltrationsvätska online.

För att göra läkemedelsservice så kostnadseffektivt och flexibelt som möjligt ska de sju farmaceuterna även sköta flyttar av befintliga läkemedelsförråd samt uppstart av nya förråd. Dessa arbetsuppgifter ökade markant under pandemiåret 2020 då många covid-enheter öppnades. Sortimenten och läkemedelsförbrukningen har ändrats mycket på många vårdenheter på grund av pandemin. När sjukhuset återgick till normalläge under sommaren flyttades alla läkemedelsförråd tillbaka av farmaceuterna och sortimenten måste återställas. Under hösten har åter nya covid-enheter öppnats upp med hjälp av läkemedelsserviceteamet. 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.

Scanningssystem för beställning av läkemedel har utvecklats tillsammans med Visma som är leverantör av beställningssystemet Visma Proceedo. Scanningssystemet togs i drift i slutet av 2019, vidareutveckling har skett under 2020 och kommer ske även 2021.

Utveckling

För att avlasta sjuksköterskorna i arbetet med läkemedelshantering ska läkemedelsservice införas på fler vårdenheter. 2019 hade 42 vårdenheter läkemedelsservice och under 2020 utökades till 49 enheter genom att även Hjärtkliniken fick läkemedelsservice på sju vårdenheter. Med de utökade resurserna ska läkemedelsservice införas även på Geriatriken. Läkemedelsautomater har planerats och beställts och kommer installeras under våren 2021. De kommer ersätta tre befintliga sällanförråd och ytterligare ett nytt gemensamt sällanförråd kommer att skapas.

Läkemedelshantering

För att få så säkra och enhetliga rutiner som möjligt finns sjukhusövergripande riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel. Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet utförs egenkontroller av läkemedelshanteringen en gång per år. Dessa följs upp av vårdenheten/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 2020

Under 2020 var det 48 vårdenheter som utförde egenkontroll av läkemedelshanteringen. De utgör ca 60% av alla vårdenheter med läkemedelshantering. Det är en liten minskning sedan 2019.

Arbetet med att införa möjligheten att delegera vissa väl definierade arbetsuppgifter i hantering av läkemedel, beslutade av DSLG, har fortsatt under 2020. De nya arbetsuppgifterna berör ett begränsat antal vårdenheter och blir lokala utbildningar som inte kommer vara tillgängliga på Lärtorget, som de flesta av tidigare utbildningar är.

Utveckling

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

Inventering av behov av dosjusteringar utförda av sjuksköterska utifrån ordinerade mål- eller mätvärden genomfördes under 2018. Under 2021 ska underlag för beslut av DSLG tas fram samt riktlinjer och mallar för dosjustering. Detta är också försenat på grund av pandemin.

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 även för rekvirerade läkemedel. Läkemedelsansvarig läkare vid respektive klinik analyserar läkemedelsanvändningen med rapport till verksamhetschef, nätverket Läkemedelsansvariga läkare och till Läkemedelsrådet vid behov.

Mål, resultat och analys 2020

Danderyds sjukhus (DSAB) uppnådde 94 procent följsamhet till Kloka listan med tillägg under 2020. Detta mått speglar läkarnas val av välbeprövade, säkra och kostnadseffektiva läkemedel vid förskrivning på recept. För läkemedel som rekvireras till sjukhuset var följsamheten till upphandlade preparat också hög; 97 procent på förpackningsnivå och 98 procent på kostnadsnivå under helåret 2020. Det är en mycket god följsamhet mot bakgrund av stora problem med restnoterade läkemedel som inte kan levereras. Följsamheten kan dock variera kraftigt månad för månad om det råder stor bristsituation på ett läkemedel med stor användning.

Utveckling

Målet för 2021 är att bibehålla den goda följsamheten till Kloka listan. Målet är också att stimulera följsamheten till rekommenderade och upphandlade läkemedel vid rekvisition till vårdenheterna. Detta sker bland annat genom riktlinjer från Läkemedelsrådet kring rationella val av mycket dyra läkemedel, samt genom de sjukhusgemensamma ordinationsmallar som skapas via nätverket Läkemedelsansvariga läkare. Farmaceuterna som utför läkemedelsservice förbättrar följsamheten till upphandlade läkemedel genom bassortimentsgenomgångar.

Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen

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

Mål, resultat och analys 2020

Enkel läkemedelsgenomgång har under flera år följts med processmåttan ”signering av läkemedelslistan på akuten” och ”kompletterande kartläggning av läkemedel på vårdavdelningen”. Metoden bedöms välfungerande och punktprevalensmätningarna avslutades därför med start 2020.

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

läkemedelsbehandlingen är förändrad då patienten skrivs ut samt vem som ska följa upp behandlingen. Under 2020 har 64% av patienterna fått en LMB vid utskrivning (målvärde 72%).

Utveckling

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

Målsättningen är att läkemedelsberättelse ska nå målvärdet 72% under 2021. För pandemiåret 2020 har beslutats att uppsatta målnivåer för kvalitetsindikatorer inte kommer att gälla.

Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel

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

Läkemedelsansvariga läkare (LANS) har en central funktion i det övergripande arbetet med att skapa goda läkemedelsprocesser för ordination och läkemedelssäkerhet. LANS-läkarna är kliniskt verksamma representanter från varje verksamhetsområde. Läkemedelsrådet är styrgrupp för LANS-nätverket. LANS har ett nära samarbete med flera nätverk och funktioner exempelvis läkemedelsserviceteamet, strama, kvalitetsutvecklare, patientvägledare, patientsäkerhetscontroller och Verksamhetsnära IT.

Mål, resultat och analys 2020

Fokus för LANS under 2020 har varit att

- skapa och förvalta ordinationsmallar och generella direktiv.
- skapa och förvalta riktlinjer kring exempelvis enkel läkemedelsgenomgång, läkemedelsberättelse och dosförpackade läkemedel
- analysera principiellt viktiga läkemedelsavvikelser som speglar fel/informationsbrister av intresse för hela DSAB, och vidta åtgärder.
- bevaka restnoteringar.
- ansöka om 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

Palliativ vård

”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*, www.palliativ.se

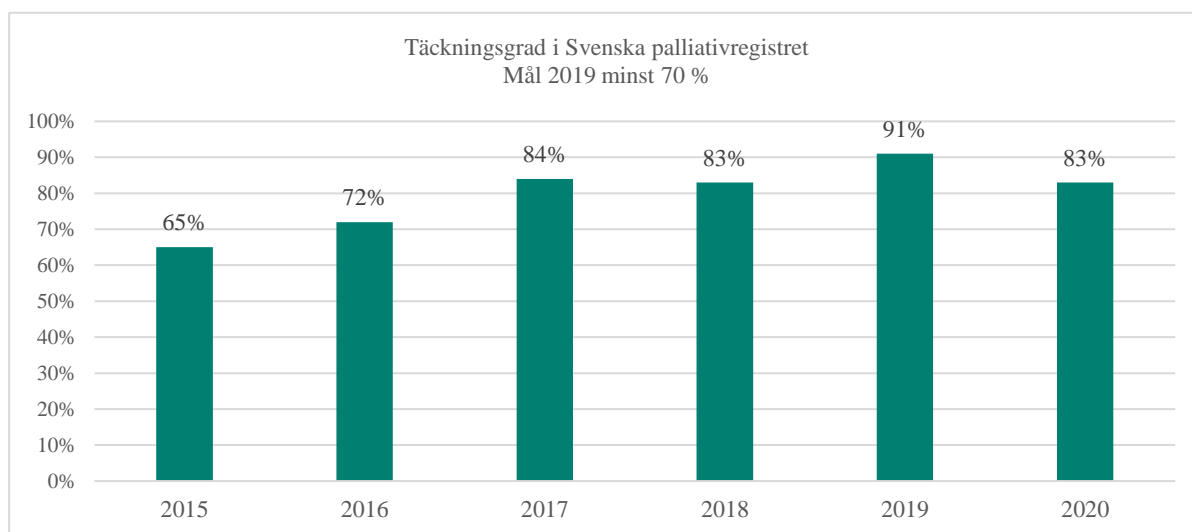
De senaste åren har ett omfattande arbete gjorts i den palliativa processen på sjukhuset för att förbättra vården och omhändertagandet av patienter i livets slutskede och deras närstående. Sedan 2014 drivs ett palliativt råd inom sjukhuset, där det palliativa utvecklingsarbetet har sin utgångspunkt genom ett systematiskt arbetssätt i bred samverkan mellan sjukhusets verksamheter samt externa samarbetsparter.

Under 2019 startades ett internt palliativt konsultteam inom Danderyds sjukhus samt palliativa vårdplatser på Medicinkliniken 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.

Teamet genomför utbildningsinsatser, stöd- och reflektionssamtal för personalen där föreläsningar skraddarsys utifrån enhetens specifika behov och önskemål.

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



Utdata från Svenska palliativregistret utgör en viktig del av analys av förbättringsbehov avseende omhändertagandet i livets slutskede. Därför är det viktigt att en hög andel dödsfall rapporteras in i registret. Under året avled 1171 patienter på Danderyds sjukhus (exklusive Geriatriken, Rehabmedicin, Kvinnokliniken och Ortopedkliniken) av dessa rapporterades 974 till Palliativa registret vilket ger en täckningsgrad i registret på 83 procent.



Systematiskt arbetsmiljöarbete

Systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM, är arbetsgivarens arbete med att undersöka och åtgärda risker i verksamheten för att skapa en säker arbetsmiljö och förebygga ohälsa eller olycksfall på arbetsplatsen. På Danderyds sjukhus är arbetsmiljöarbetet integrerat i verksamhetsstyrningen, på ett organiserat och systematiskt sätt och ständigt pågående. SAM sker i nära samverkan mellan arbetsgivare, skyddsombud och medarbetare. Hela 2020 har präglats av pandemin, vilket har inneburit att flera aktiviteter inom det systematiska arbetsmiljöarbetet har genomförts i en annan form än normalt.

Mål

De uppsatta målen för 2020 följer Regionfullmäktiges mål. De flesta av dem som kan kopplas till arbetsmiljön har inte gått att följa upp på grund av att regionen beslutade att den traditionella medarbetarundersökningen inte skulle genomföras. I stället genomfördes en mindre medarbetarenkät där Hållbart Medarbetarengagemang, HME, mättes. Resultatet analyseras nedan. År 2019 var HME-mätningen en del i den större medarbetarundersökningen. Från och med 2021 kommer de huvudsakliga målen att utgå från HME. Utöver HME redovisas nedan även rapporterade arbetsmiljöavvikelser och andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid.

Resultat

- HME-index ökade något jämfört med 2019: från 77 till 78.

- Antalet rapporterade arbetsmiljöavvikelser ökade kraftigt jämfört med 2019: från 1321 till 2224. Antalet rapporterade arbetsmiljöavvikelser uppgick till 0,5 i snitt per medarbetare år 2020 jämfört med 0,3 år 2019.
- Målet att minska sjukfrånvaron från 2019 kunde inte uppnås, Sjukfrånvaron uppgick år 2020 till 8,6% jämfört med 6,4% år 2019.

Analys

HME-index

Svarsfrekvensen för mätning av HME-index var avsevärt lägre än tidigare medarbetarundersökningar, 57% jämfört med 85%, och en säker analys är därför svår att genomföra. En sannolik förklaring till det låga deltagandet i undersökningen är den höga arbetsbelastningen i verksamheten och en viss enkättrötthet. HME-index är uppbyggt av tre delindex: Motivationsindex visar på att medarbetarna är motiverade i sitt arbete och index ligger på en mycket hög nivå, även om det sjönk något från 80 till 79. Ledarskapsindex visar på att medarbetarna uppskattar den närmaste chefens sätt att leda verksamheten. Index ökade från 76 till 78. Styrningsindex handlar om hur väl medarbetarna är insatta i sina egna individuella mål och i arbetsplatsens mål. Även här ökade index från 75 till 76.

Arbetsmiljöavvikelser

Den i särklass största ökningen av arbetsmiljöavvikelserna skedde inom område ”smitta”. Antalet rapporterade avvikelser ökade från 48 till 859. Rapporterna beskriver bland annat den osäkerhet kring skyddsutrustning som rådde framför allt i början av pandemin. En stor del av avvikelserna handlar också om att medarbetare insjuknat i covid-19, även om det inte har kunnat säkerställas att de har blivit smittade i sitt arbete.

Av de 859 avvikelserna gällande smitta har arbetsgivaren bedömt att 27 har varit allvarliga tillbud och har därför rapporterat dessa till Arbetsmiljöverket enligt Arbetsmiljölagen, 3 kap 3a§. I fyra av dessa fall har Arbetsmiljöverket begärt att få ta del av arbetsgivarens utredning. Efter beskrivning av vilka åtgärder som har vidtagits för att händelsen inte ska inträffa igen, har Arbetsmiljöverket avslutat dessa ärenden. Övriga 23 anmälningar avslutade Arbetsmiljöverket utan begäran om utredning. Ytterligare ett ärende, ett allvarligt olycksfall som inte är kopplat till risk för smitta, har anmälts till Arbetsmiljöverket. Även i detta fall har ärendet avskrivits efter kompletteringar från arbetsgivaren.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron ökade kraftigt under året på grund av den stora samhällsspridningen av coronaviruset. En stor del av medarbetarna insjuknade i covid-19, eller i misstänkt covid-19. Då det stora flertalet av medarbetare som arbetar inom sjukvården inte har möjlighet att arbeta hemifrån, har de stannat hemma även vid milda symtom.

Genomfört förbättringsarbete

Genomförda aktiviteter inom arbetsmiljöområdet har under året huvudsakligen kretsat kring att kunna hantera covidsituationen. Att planera, organisera och prioritera på helt nya sätt har ställt stora krav på sjukhusets verksamheter. Förändringen har inneburit att många arbetsgrupper har börjat arbeta utifrån nya sätt. Centralt på sjukhuset har stort fokus lagts på att se till att myndigheters och regionens anvisningar och rekommendationer tolkats på ett enhetligt sätt inom sjukhusets alla verksamheter.

Planerat förbättringsarbete 2021

För 2021 kommer fortsatta aktiviteter för att sänka sjukfrånvaron och förebygga psykisk ohälsa att bedrivas. Exempelvis kommer kris- och samtalsstöd för medarbetare och chefer, individuellt och i grupp, att fortsätta erbjudas. Vidare behöver det säkerställas att medarbetarna får återhämtning såväl inom som mellan arbetspassen. Ytterligare en aktivitet som planeras för 2021 är att öka chefers kompetens inom arbetsmiljöområdet.

Katastrofberedskap

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska Danderyds sjukhus i egenskap av akutsjukhus upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. En särskild ledning, lokal särskild sjukvårdsledning, leder arbetet inom sjukhuset om en särskild händelse inträffar, som är så omfattande eller krävande att sjukhusets resurser måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt genom aktivering av katastrofberedskapsplanen.

Mål 2020

- Utbildning om farliga ämnen och saneringsmetodik som obligatorisk kurs för akuten.
- Obligatorisk utbildning för delar av sjukhuset om katastrofberedskapsplanen genom elektronisk kurs.
- Den befintliga, övergripande katastrofberedskapsplanen revideras.
- Revidering av evakueringsplanen.
- Ny funktionsindelning i lokal särskild sjukvårdsledning.
- Implementering av geriatriken i katastrofberedskapsplanen
- Ökad och spridd kunskap om civilt försvar.
- Deltagande i Totalförsvarsövning 2020

Resultat

Planerade utbildnings- och övningsaktiviteter, såväl lokala som regionala, genomfördes ej. Katastrofberedskapsplanen (med tillhörande epidemiberedskapsplan) är reviderad, likaså evakueringsplanen. Lokal särskild sjukvårdsledning, LSSL, implementerade en ny funktionsindelning, anpassad till den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen och regional särskild sjukvårdsledning. En E-kurs i katastrofmedicinsk beredskap skapades och implementerades för berörda verksamheter.

Datum

2021-03-01

Analys

Året har präglats av pandemin covid-19 och förhindrat genomförande av utbildningar och övningar på såväl lokal som regional nivå. Tillkomsten av den nya akutvårdsbygganden har haft stor betydelse för det förändrade inflödet och vårdbehovet relaterade till pandemin. Ett förbättrat stabsarbete har utarbetats genom att implementera en ny funktionsindelning som också har använts av flera ledningsgrupper inom de olika verksamhetsområdena.

Genomfört förbättringsarbete 2020

Omfattande revideringar, skapande och implementering av epidemiberedskapsplaner i stora delar av sjukhusets verksamheter. Teknisk förbättring av larmplan. Stärkt ledning vid särskild händelse och förbättrad kommunikation till samtliga medarbetare genom daglig uppdatering av information på intranätet vid pågående stabslägen. En Klimat-risk och sårbarhetsanalys genomfördes december 2019 och riskägare är utsedda som arbetar med att ta fram åtgärdsplaner. Ett beredskapsförråd har upprättats för att hantera det ökade behovet av skyddsutrustning under covid-19 pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2021

Utbildning av lokal särskild sjukvårdsledning i stabsarbete och för akuten i farliga ämnen och saneringsmetodik genom regional och lokal insats, när pandemiläget tillåter. Ny revidering av katastrofberedskapsplanen samt av den elektroniska kursen, riktad till sjukhusets samtliga medarbetare. Kontinuitetsplanering av prioriterade områden fortsätter och funktionen för civilt försvar stärks, bland annat genom iordningsställande av ett mer permanent beredskapsförråd.

Informationssäkerhet

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

Informationssäkerhet utgör en av delarna i det systematiska säkerhetsarbetet och är placerad inom DSAB:s säkerhetsfunktion.

Mål 2020

1. Ge eHälsa i uppdrag att utreda en lösning för säker lagringsplats och säker kommunikation med medborgaren och andra myndigheter,
2. Tillse att det finns en utpekad verksamhet som ansvarar registrerades rättigheter,
3. 90 % av samtliga anställda har genomfört DISA,
4. Minst 12 verksamheterna har en utsedd koordinator.

Resultat

1. Införandet av SharePoint on-premises har gett möjlighet att hantera skyddsvärda data i en säker miljö. Säker kommunikation är under utredning,

2. Under 2020 har Arkiv- och journalservice utpekats som ansvariga för registrerades rättigheter och en resurs för att hantera detta har rekryterats,
3. 90% av samtliga tillsvidare- och visstidsanställda har enligt tidigare genomfört DISA,
4. Totalt har 11 koordinatörer utbildats.

Analys

Det har i hanteringen av pandemin skett en snabb digitalisering där det varit tydligt att en ökad vilja till kravefterlevnad finns inom verksamheterna. Bedömt beror detta på den kunskapsökning som skett under 2018/2019 samt de tillsyner som genomförts av integritetsskyddsmyndigheten.

Arbetet med koordinatörerna har pausats under året men är den insats där det finns störst effekt att vänta.

Genomfört förbättringsarbete 2020

- En utbildningsinsats har gjorts inom akuten där större delen av personalen genomfört en informationssäkerhetsutbildning,
- Samtliga koordinatörer och ett stort antal medarbetare har erbjudits att genomföra en digital utbildning från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap om Informationssäkerhetsarbetets grunder,
- Arbetet med Remissvar på Region Stockholms nya LIS har varit väldigt viktigt för att bevara DSAB:s intressen.

Planerat förbättringsarbete 2021

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

Systematiskt säkerhetsarbete

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

* Intern brandskyddskontroll, åtgärdskort, hantering brandfarlig vara samt utbildning och övning.

Mål, resultat och analys

Brandsäkerhet

Effektmål

- Inga bränder ska uppstå
- 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.

Mål och huvudaktiviteter 2020

- Genomföra små och stora brandövningar på utvalda vårdverksamheter samt administrativa verksamheter för att säkerställa brandskyddsarbetet. Övning med digital brandövningsutrustning, Bulls Eye. *Delvis genomfört*
- Redan införda verksamheter och externa vårdgivare ska underhålla det förebyggande och skadebegränsande brandskyddsarbetet. Förvaltning av åtgärdskort samt intern brandskyddskontroll. *Genomfört*
- Utveckling av regionsgemensam brandutbildning (interaktiv). *Ej Genomfört*
- Uppdatering av åtgärdskort. Innehållande rutin vid brandlarm. *Genomfört*
- Gå igenom tillstånd och hantering av brandfarlig vara. *Delvis genomfört*

Fysisk säkerhet

Effektmål

- 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.

Mål och huvudaktiviteter 2020

1. Införande av åtgärdskort för hot och våld. Kontroller av åtgärdskort införda i arbetsmiljöromd. Kontaktpersoner utses på varje enhet. *Delvis genomfört*
2. Uppföljning och analys av händelser 2019 (händelsevis, medarbetarenkät, polis- och bevakningsrapporter) på sjukhusnivå. *Genomfört*
3. Implementera sjukhusets rutiner för säkerhet hos geriatriken *Genomfört*
4. Fortsatt arbete med framtagande av regionsgemensam utbildning i hot och våld (interaktiv) *Ej Genomfört*
5. Föreläsningar om hot och våld genomförs i samarbete med personalavdelning och externa föreläsare. *Ej Genomfört*

6. Analysera om fastighetsförvaltares riktlinjer för säkerhetsteknik kan integreras med sjukhusets. *Delvis genomfört*
7. Tillsammans med berörda verksamheter, fortsatt arbete med att säkra skyddsvärd utrustning. *Genomfört*
8. Samverkande projekt med fastighetsförvaltare om yttre skalskydd samt flödesentréer. *Delvis genomfört*

Analys

Trots pågående pandemi och ett i delar väldigt ansträngt läge på sjukhuset har mycket av det viktiga arbetet med säkerhet ute i verksamheterna kunnat genomföras och dokumenteras. Till exempel har vårt mål på 50% genomförda månadskontroller av brandskyddet, nått 48 % genomförande. Stora mängder med brandfarlig vara (hand- och ytdesinfektion) har på olika sätt kunnat förvaras, distribuerats och hanteras vid sjukhusets olika verksamheter på ett säkert sätt.

Sjukhuset har delvis varit nedstängt och besöksförbudet har upprätthållits i samverkan med en större mängd extrainkallade bevakningsresurser, utplacerade på sjukhuset.

Vissa aktiviteter såsom övnings- och utbildningsverksamhet i storgrupper har av förklarliga skäl fått skjutas på framtiden, men nödvändiga delar har kunnat genomföras.

Flera viktiga och akuta investeringar i säkerhetshöjande tekniska lösningar har kunnat genomföras i bland annat dörrmiljöer och kring tillträdesskydd

IT- Säkerhet

Mål 2020

Målen var att 2020 fortsätta utbyggnaden av datanätverket. Byte av vår växellösning mot en ny, modern och betydligt stabilare lösning. Påbörja uppgradering av våra IT-arbetsplatser till Windows 10.

Resultat

Vi har fortsatt att förbättra datanätverket samt fortsatt att bygga ut det trådlösa datanätverket. Telefonväxeln är utbytt under hösten 2020 och uppgradering till Windows 10 pågår.

Analys

Vi har kommit långt i utbyggnaden av vårt datanätverk. Utbyte av datorer och uppgradering till Windows10 pågår men med påverkan av brist på datorer. Bristen är gemensam med övriga vårdgivare i regionen och beror på brist hos nuvarande leverantör. För att effektivisera arbetet med telekommunikation och växeln har en ny gruppering bildats med ansvar för både telefoni- och larmförvaltning samt ledning av växeln

Planerat förbättringsarbete 2021

Planerna för 2021 är att slutföra utbyggnaden av datanätverket, slutföra uppgradering till Windows 10 samt etablera process för årliga uppdateringar av Windows 10.

Vi har som målsättning att påbörja införande av MDM och NAC eftersom det bidrar stort till en säkrare IT-miljö. Vi kommer att genomföra en strukturell översyn på hur vi förvaltar IT-system. Det innebär att vi vill skapa tydliga förvaltningsobjekt med tydligt utpekade objektsägare, förvaltningsledare och objektspecialister med tillhörande förvaltningsplaner för alla förvaltningsobjekt på DS. Det interna strukturarbetet på DS IT fokuserar på:

- Support och Infrastruktur
- Stabil och effektiv förvaltning
- Utveckling med IT och Digitalisering
- Effektiv resurshantering och metodutveckling

Medicinsk Teknik

Medicinsk Teknik skall vara 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 2020

Målen var att behålla och utveckla kompetensen inom medicinsk teknik, upprätthålla arbetet med det planerade underhållet av sjukhusets MT-utrustning samt etablera en effektiv förvaltning av MT-system. Vid början av året etablerades det nya verksamhetsområdet Teknik och Digitalisering där MT ingår tillsammans med lokalförsörjning och DS IT med mål att under året forma ett effektivt och kraftfullt teknikstöd till vården.

Utöver detta har vi även haft som mål att lyfta kompetensen inom lagar och förordningar kopplat till användning av medicinsk teknik inom vården och få ansvar och roller för DSABs egentillverkningen av medicinsk gasanläggning fastställda för att sedan upprätta en ändamålsenlig organisation, rutiner och dokumentation kring egentillverkningen av medicinsk centralgasanläggning.

Resultat

Större delen av 2020 färgades av arbetet med ställa om MT-verksamheten och att säkerställa tillgången av medicinteknisk utrustning med anledning av Covid-19 och det utökade behovet av IVA- och vårdplatser. De nya förutsättningarna som Covid-19 har medfört har påverkat det planerade förbyggande underhållet negativt vilket resulterat i att vi vid årets slut inte hunnit genomföra allt underhåll. Det avhjälpande underhållet har dock inte påverkats i lika stor utsträckning vilket bidragit till att tillgängligheten ändå har upprätthållits.

Delegation, ansvar och roller för egentillverkning av medicinsk centralgasanläggning vid Danderyds Sjukhus AB kunde fastställas och den nya rollen ”Tillverkningsansvarig för egentillverkning av Medicinsk centralgasanläggning” tillsattes. Arbetet med att säkerställa kraven på egentillverkning kopplat till centralgasanläggningen fortlöpte enl. plan.

För att stärka upp kompetens och stöd till vårdverksamheten i arbetet med lag- och regelefterlevnad kopplad till användning av medicinteknisk utrustning och system har vi tillsatt en expertroll inom detta område. Fokus under året har varit att hantera de nya regler som tillämpas genom EU-förordningen (EU) 2017/745, förkortad MDR och som börjar gälla 26/5 2021.

Analys

Covid-19 har haft stor negativ påverkan både på det ordinarie arbetet och på möjligheten till att arbeta med utveckling av verksamheten, både internt inom MT och inom den nya teknikorganisationen Teknik och Digitalisering. Dock har Covid-19 inom vissa delar av MT som tex röntgen medfört minskat ordinarie arbete och istället ökade möjligheter att fokusera på kvalitetshöjande arbete.

Planerat förbättringsarbete 2021

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 MT fokuserar på:

- Etablera och säkerställa en effektiv förvaltning av MT-system.
- Effektiv resurshantering och metodutveckling.
- Säkerställa övergången till den nya EU-förordningen (EU) 2017/745 (MDR)
- Komma i kapp med och säkerställa ett fortsatt stabilt arbete med förbyggande underhåll av medicinteknisk utrustning.

Miljösäkerhet

Danderyds sjukhus är en anmälningspliktig miljöfarlig verksamhet enligt Miljöbalken. Danderyds kommun är tillsynsmyndighet och beslutar om villkor för hur verksamheten ska bedrivas och miljörapportera. Sjukhuset är miljöcertifierat enligt ISO 14001. Miljöarbetet bygger på ständiga förbättringar för att bidra till en hållbar utveckling.

Mål 2020

Sjukhuset strävar efter anpassning till mer hållbara arbetssätt och minskad miljöpåverkan inom områdena läkemedel, medicinska gaser, textilier, livsmedel, kemikalier, upphandling, energi, transporter och avfall. Målen finns i Danderyds sjukhus Miljö- och hållbarhetsprogram som följer Region Stockholm miljöprogram 2017–2021.

Resultat

Sedan miljöarbetet inleddes under 1990-talet har många konkreta miljöförbättringar åstadkommit i verksamheten. Här är några exempel på uppnådda mål under 2020:

- Destruktion av lustgas: 196,6 g lustgasutsläpp per förlossning (mål \leq 350 gram)
- Andel ekologiska livsmedel: 45,1 % (mål \geq 45 %)
- Insamling av matavfall från patienter: 100 % (mål \geq 90 %)
- Minska mängden matsvinn, basår 2017: 58,9 % minskning (mål \geq 40 %)
- Textilier - andel uteliggande plagg (>30 dagar): 28 % (mål \leq 30 %)
- Inga kemikalier som innehåller förbudsämnen över gränsvärdet: 0 st (mål 0 st)

Analys

Några bidragande orsaker till att sjukhuset lyckas att nå miljömålen är medarbetarnas engagemang och den miljöhänsyn de tar i det dagliga arbetet samt sjukhusets miljöorganisation.

Genomfört förbättringsarbete 2020

Under 2020 har förutsättningarna att arbeta med miljöfrågorna inom sjukhuset påverkats av den rådande pandemin. Användningen av engångsmaterial har ökat liksom användningen av yt- och handdesinfektion. Vidare har mängden av brännbart kommunalt avfall ökat. Förbättringsarbetet har handlat om att säkerställa det arbete som drivs inom ramen för sjukhusets Miljö- och hållbarhetsprogram, exempelvis att minska andel uteliggande plagg och användning av vissa läkemedel samt öka inslaget av ekologiska livsmedel i patientmåltider.

Planerat förbättringsarbete 2021

Arbetet med att nå målen i miljö- och hållbarhetsprogrammet fortsätter. Fokus i arbetet kommer bland annat vara att minska miljöpåverkan inom användningen av textilier, patientmåltider och läkemedelshantering.

Strålsäkerhet

På Danderyds sjukhus används strålning i diagnostiskt syfte och vid röntgenvägleda procedurer. Danderyds sjukhus strävar efter att upprätthålla en god strålsäkerhet och strålmiljö där strålningen används på ett optimerat sätt med hög kvalitet och låga stråldoser. *Se även Strålsäkerhetsbokslut 2020, länk finns separat.*

Mål 2020

- Patientstråldoser under DRN
- Personalstråldoser under lagstadgade dosgränser
- Implementering av e-utbildningar gällande Grundläggande strålsäkerhet och Strålsäkerhet för c-bågeanvändare
- Förbättrad dokumentation av utbildning

- Implementering av ny riktlinje avseende procedurer med höga patientstråldoser
- Framtagande av revisionsprogram för strålsäkerheten
- Register över lokaler med verksamhet med joniserande strålning
- Revision av strålsäkerhetsrutiner

Resultat

Många verksamheter har fortfarande brister i dokumentation av strålsäkerhets- och handhavandeutbildning. Under året har ca 20% av strålsäkerhetsriktlinjerna reviderats. Samtliga övriga mål är uppfyllda.

Analys

Verksamheterna har olika arbetssätt vad gäller dokumentation av utbildningar vilket gör arbetet med att samla in utbildningsstatistik till strålsäkerhetsbokslutet tidskrävande både för verksamheterna och Sjukhusfysik.

Genomfört förbättringsarbete 2020

E-utbildningar i grundläggande strålsäkerhet och strålsäkerhet för c-bågeanvändare finns numera i Lärtorget, vilket gör det enklare för verksamheterna att uppfylla kraven gällande dessa utbildningar.

Sectra Dose Track larmar automatiskt om en patient riskerar att ha fått en hög huddos i samband med interventionella undersökningar, vilket gör att uppföljningen av dessa patienter har förbättrats.

Planerat förbättringsarbete 2021

- Fortsatt arbete med att revidera riktlinjer utifrån det nya regelverket
- Informera berörda verksamheter om utbildningsstatus och krav
- Publicera e-kurser inom fördjupad strålsäkerhet
- Intern revision inom temat: arbetstagare, allmänhet, miljö, utrustningar och strålkällor för samtliga berörda VO:n

Ytterligare material att ta del av:

[Strålsäkerhetsbokslut 2020s](#)

[Utbildningsbokslut 2020](#)

Om den här rapporten

Frågor kan ställas till:

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

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

Datum

2021-03-01