

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse  
Danderyds sjukhus AB  
År 2024, 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 .....	3
Fakta om DSAB (2024) .....	8
Grundläggande förutsättningar för en god och säker vård.....	8
Organisation och ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	8
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	9
Verksamhetsplanering .....	9
Vård, forskning och utbildning av god kvalitet .....	10
Hållbar och attraktiv arbetsgivare.....	11
Ekonomi balans - åtgärdsprogram för ekonomi i balans .....	11
Sjukhusets styrkort.....	12
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	12
En god säkerhetskultur .....	14
Systematiskt arbetsmiljöarbete .....	14
Resultat inom området hållbart medarbetarengagemang HME .....	14
Resultat sjukfrånvaro.....	14
Öka säkerhet och trygghet samt kompetens hos medarbetarna gällande hot och våld .....	15
Personalomsättning .....	15
Analys.....	16
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	16
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	17
Patientsäkerhetskultur .....	17
Mål 2024 .....	17
Resultat .....	18
Analys.....	18
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	18
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	18
Adekvat kunskap och kompetens .....	19
Klinisk träning och yrkeskompetens.....	19
Klinisk träning.....	19
Övrig kvalitetsredovisning under patientprocesserna: Hjärtstoppprocessen .....	21
Mål 2024 .....	21
Resultat .....	21
Analys.....	21

Genomförda förbättringsarbeten 2024 .....	21
Planerade förbättringsarbeten 2025 .....	22
Bemanning, schemaläggning samt inhyrd personal .....	22
Resultat .....	22
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	23
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	23
Samverkan för god och säker vård .....	23
Genomförda förbättringsarbeten 2024 .....	24
Planerade förbättringsarbeten 2025 .....	24
Ökad kunskap om inträffade vårdskador .....	25
Patientsäkerhetskultur .....	25
Mål 2024 .....	25
Resultat .....	25
Analys.....	25
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	25
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	26
Medarbetarrapporterade vårdavvikelser .....	26
Händelseanalyser och Lex Maria .....	27
Patient- och närstående rapporterade synpunkter och klagomål.....	28
Mål 2024 .....	28
Resultat .....	28
Analys.....	29
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	29
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	29
Riskhantering och förebyggande patientsäkerhetsarbete.....	30
Mål .....	30
Resultat .....	30
Analys.....	30
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	30
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	31
Agera för säker vård.....	31
Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner.....	31
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	32
Resultat och analys .....	32
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	32
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	33

Odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier .....	33
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	34
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	34
Egenkontroll vårdhygienisk standard.....	34
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	34
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	34
Trycksårsprevention 2024.....	35
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	35
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	35
Säker ordination och hantering av läkemedel 2024.....	36
Läkemedelsförsörjning .....	36
Läkemedelshantering .....	37
Korrekt dokumentation av läkemedel i journalen .....	38
Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel .....	38
Strama (Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).....	39
Planerat arbete 2025 .....	40
Katastrofberedskap .....	40
Verksamhet 2024.....	40
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	41
IT-säkerhet.....	42
Mål och resultat 2024 .....	42
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	42
Medicinsk Teknik .....	42
Mål 2024 .....	42
Resultat .....	43
Analys.....	43
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	43
Systematiskt miljöarbete.....	43
Analys.....	44
Planerat förbättringsarbete för 2025 .....	44
Strålsäkerhet .....	44
Mål 2024 .....	44
Resultat .....	45
Analys.....	45
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	45
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	46

Systematiskt säkerhetsarbete .....	46
Mål 2024 .....	46
Brandsäkerhet .....	46
Resultat .....	47
Analys .....	47
Fysisk säkerhet .....	47
Resultat .....	47
Personell bevakning (Ordningsvakter) .....	47
Analys .....	48
Planerat förbättringsarbete .....	48
Informationssäkerhet .....	48
Mål 2024 .....	49
Resultat .....	49
Analys .....	49
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	50
Återinläggningar .....	50
Agera för personcentrerad vård .....	51
Patientnöjdhet och medskapande .....	51
Genomfört förbättringsarbete 2024 .....	52
Planerat förbättringsarbete 2025 .....	52
Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....	53
Om den här rapporten .....	54

## Fakta om DSAB (2024)

Danderyds sjukhus i siffror:

- 4 600 anställda
- 500 vårdplatser
- 46 000 vårdtillfällen i slutenvården
- 440 000 besök i öppenvården
- 90 000 akutsökande
- 4600 förlossningar
- 26 000 operationer
- 4,1 miljarder kr i personalkostnader
- 6,9 miljarder kronor i omsättning

## 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 AB har sjukhusets styrelse tillsammans med VD och ledningsgruppen. Danderyds sjukhus byter från och med år 2025 associationsform från aktiebolag till förvaltning inom Akutsjukhusnämnden. I denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för år 2024 är det dock Danderyds Sjukhus AB som beskrivs.

Som samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete verkar sjukhusledningens stabsfunktioner; där till exempel chefläkare, chefsjuksköterska och operativ direktör är centrala funktioner. Sjukhusledningens stab ger stöd till hela sjukhuset med samordning, rådgivning, processutveckling, utbildning och uppföljning inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet samt leder olika nätverk, expertgrupper, rådsforum och utvecklingsarbeten.

Expertfunktioner inom Vårdhygien Stockholm samt klinisk farmaceut är knutna till sjukhuset genom uppdrag. Uppdraget som STRAMA läkare innehas av en infektionsläkare. Varje verksamhetsområde inom sjukhuset har olika stödfunktioner inom vårdkvalitet, patientsäkerhet och kompetensutveckling. Exempel på definierade roller är kvalitetsutvecklare, utbildningsansvarig, patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare

och läkemedelsansvarig läkare. De har även sjukhusövergripande uppdrag som utförs i nätverk och arbetsgrupper. För sjukhusövergripande uppdrag finns flertalet olika 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 arbetsätt 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

### Taktiskt forum kvalitet

Ett nytt taktiskt forum för kvalitet (TFQ) som utgår från sjukhusledningen hanterar kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor som berör fler än ett verksamhetsområde. TFQ har i uppdrag att säkerställa måluppfyllelse inom dessa gemensamma områden. TFQ syftar till att underlätta det VO-övergripande arbetet med löpande förbättringar och att möjliggöra en patientsäker, högkvalitativ, effektiv och arbetsmiljömässigt hållbar verksamhet. TFQ ombesörjer genomförande av direktiv från den strategiska nivån, så som sjukhusledning och sjukhusdirektör.

### Kvalitetsdialog med sjukhusdirektör

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

### Kvalitetspolicy

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

Detta uppnår vi genom:

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

## Verksamhetsplanering

Danderyds sjukhus är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för akut och planerad somatisk specialistsjukvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning. Sjukhuset styrs dels av Regionfullmäktiges beslut om mål och budget för år 2024 med de mål och indikatorer som fullmäktige gett sjukhuset dels av akutsjukhusets



avtal med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och de mål och indikatorer avtalet gett sjukhuset.

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

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

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

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

## Vård, forskning och utbildning av god kvalitet

Nya arbetssätt och vårdformer behöver utvecklas i allt snabbare takt. Andelen patienter med omfattande vårdbehov och patienter i behov av specialiserad vård ökar på akutsjukhusen. Under 2024 har arbetet fortsatt för att förbättra kvaliteten i vården genom bland annat stärkt fokus på flödesutjämnande åtgärder både inom akuten och inom slutenvården. Särskilt fokus på multisjuka äldre patienter på sjukhuset samt utveckla samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer. Danderyds sjukhus har under år 2024 startat en geriatrisk akut dagvårdsavdelning (GADVA). GADVA är en viktig del av sjukhusets strategi för att förbättra omhändertagandet av multisjuka äldre patienter. Dagvårdsavdelningen, som ligger i direkt anslutning till akuten, tar emot patienter från akuten för en geriatrisk bedömning, omvårdnad och beslut om vidare vård. GADVA fungerar mycket väl och bidrar till ett förbättrat omhändertagande av multisjuka äldre patienter och är en effektiv vårdform. Under hösten 2024 har Danderyds sjukhus tillsammans med ASIH testat en fördjupad samverkansmodell för att undvika behov av slutenvård genom i stället ökad vård i hemmet. Effekterna av denna pilot kommer att utvärderas under år 2025.

E-hälsa och digital utveckling är viktiga integrerade delar av kärnverksamhetens processer och behöver vara nära knutna till vårdens utförande. Ökad automatisering och robotisering, ökat användande av AI samt utveckling av digitala stöd till medarbetare och möjlighet att erbjuda digifysisk vård möjliggör effektiviserade arbetssätt. Samverkan i nätverkssjukvården med kommunen och primärvården blir allt viktigare, där fysiska besök och e-tjänster är naturliga delar av vårdutbudet och förutsättningar för forskning och utbildning integreras. Utökad samverkan med primärvården blir naturligt via till exempel ökad konsultverksamhet när husläkarmottagningarnas roll som navet i hälso- och sjukvården förstärks. Vårdkedjor för

sammanhållen vård samplaneras inom sjukhuset, mellan sjukhusen, med andra vårdgivare, närakuten, primärvård och kommuner för kortare ledtider, med särskilt fokus på sammanhållen vård för multisjuka äldre.

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

### Hållbar och attraktiv arbetsgivare

Medarbetarna med sin kunskap, erfarenhet och kompetens är sjukhusets viktigaste resurs. Kompetensförsörjning och att bli en mer attraktiv arbetsgivare för att kunna rekrytera, behålla och utveckla medarbetare, är av stor vikt liksom utökad kompetensväxling för att klara kompetensförsörjningen. Det har pågått ett intensivt arbete med att samordna en kraftig reduktion av inhyrd personal inom Region Stockholm. Sjukhuset prioriterar satsningen på egen personal för att få bättre kontinuitet och högre kompetens. Med egna medarbetare kan verksamheten vidareutvecklas och en långsiktig vårdkontakt säkras. Målet är en bättre arbetsmiljö för medarbetarna samt en säkrare och tryggare vård för patienterna. Arbetet har varit väldigt framgångsrikt under år 2024. Antalet sjuksköterskor har ökat under året vilket möjliggjort minskningen av inhyrd personal.

### Ekonomi balans - åtgärdsprogram för ekonomi i balans

Med utgångspunkten att värna kärnverksamheten ska effektiviseringar säkerställa en ekonomi i balans. Under året har verksamhetsområdena arbetat med åtgärder för att nå ett resultat i balans. Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans syftar främst till att:

- Hålla bemanningstalen inom givna ekonomiska ramar vilket kräver nya arbetssätt
- Fortsätta minskningen av inhyrd personal mot målet ett hyrfritt sjukhus
- Sluta med dyra bemanningslösningar
- Minska behovet av slutenvård med målet att varken leverera mer eller mindre vård mot beställning
- Öka digitaliseringstakten inte minst när det gäller att förenkla och minska administrativa kostnader genom robotisering, automatisering och AI teknik
- Fortsatt samverkan med hela systemet där de viktigaste aktörerna är den egenägda vården, externa geriatriken, ASIH, vårdcentralerna och omsorgen (SÄBO)

Sjukhuset stämmer regelbundet av resultatmässig avvikelser mot budget och arbetar med åtgärdsplaner som ett levande verktyg, som ständigt behöver anpassas efter

resultatutvecklingen. Åtgärdsprogrammet har en definierad tidsplan med ansvariga och följs upp löpande avseende status och måluppfyllelse.

## Sjukhusets styrkort

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

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

Sjukhusets mål bryts i nästa steg ner till varje verksamhetsområde. Detta arbete gör ledningen för respektive verksamhetsområde. Verksamhetsområdets plan baseras på målen i sjukhusets styrkort och utgör verksamhetsområdets bidrag till att sjukhuset uppnår målen.

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

## Struktur för uppföljning/utvärdering

### Systemstöd för kvalitetsuppföljningar, analys och visualisering

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

Danderyds sjukhus använder i första hand statistikverktyget Qlik (View och Sense) för att analysera och visualisera utdata genom utsökning från olika patientinformationssystem. Aktuella utdata och resultat kan därmed visas kontinuerligt genom bearbetade applikationer, främst utifrån strukturerade vårddata. 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 auto

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

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 verksamhetsrådets 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

## Systematiskt arbetsmiljöarbete

Det systematiska arbetsmiljöarbetet är en av grundpelarna för att skapa en god och säker arbetsplats för att förebygga ohälsa och arbetsskador. Det är arbetsgivarens ansvar att arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet och det innebär bland annat att undersöka och åtgärda risker i verksamheten, följa upp om åtgärder haft avsedd effekt samt att arbeta förebyggande för att skapa en trygg och säker arbetsmiljö. På Danderyds sjukhus är det systematiska arbetsmiljöarbetet integrerat i verksamhetsstyrningen, på ett organiserat och systematiskt sätt och ständigt pågående. Alla på arbetsplatsen har ett ansvar för att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och tillsammans bidra för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

## Mål 2024

De uppsatta målen för arbetsmiljöområdet år 2024 följer Regionfullmäktiges mål. Områden som följs upp är: hållbart medarbetarengagemang, andel medarbetare som utsätts för hot och våld, andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid samt personalomsättning. Målen mäts bland annat i den regiongemensamma medarbetarundersökningen som från och med år 2023 om bearbetats och döpts om till Kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA). I 2024 års kartläggning har frågor ställts inom kriterier såsom; hållbart medarbetarengagemang (HME), hållbart säkerhetsengagemang (HSE), andel medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete, andel sjukfrånvaro, personalomsättning samt frågor om organisatorisk och social arbetsmiljö.

## Resultat

### Resultat inom området hållbart medarbetarengagemang HME

Resultatet från 2024 års OSA kartläggning visade på fortsatt höga värden inom samtliga frågor kopplat till hållbart medarbetarengagemang. Regionens målvärden inom området har uppnåtts inom varje del avseende motivation, ledarskap och styrning. Index för hållbart medarbetarengagemang uppgick till 81 vilket är samma siffra som 2023. Regionens målvärde på 76 är därmed uppnådd.

### Resultat sjukfrånvaro

Regionens målvärde för sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid är 6,0 %. Vid Danderyds sjukhus uppgick sjukfrånvaron år 2024 till 6,8 % vilket är en marginell minskning i jämförelse med år 2023 då sjukfrånvaron uppgick till 6,9 %. Korttidssjukfrånvaron minskade under åren 2022 till 2023 och fortsätter under 2024 nedåt vilket är en positiv trend. Korttidssjukfrånvaron (1–14 dagar) har minskat från 3,31 procent år 2023 till 2,98 procent, år 2024. Långtidssjukfrånvaron (över 91 dagar) har ökat marginellt under perioden från 2,57 % till 2,76 %. Den totala sjukfrånvaron för kvinnor har minskat från 7,51 % till 7,47 %. Sjukfrånvaron har också minskat för män från 4,29 % till 3,99 %.

Antalet anmälda arbetsmiljöavvikelser uppgick år 2024 till totalt 1590 anmälningar, varav 467 tillbud (jmf med 376 st. år 2023) och 369 st. anmälda skador/sjukdomar (jmf med 395 st. år 2023) samt 754 st. anmälningar som avser risk för att en händelse kan inträffa (jmf med 649 st. år 2023). I jämförelse med år 2023 då avvikelserna uppgick till totalt 1419 anmälda avvikelser har antalet ökat. Flest avvikelser handlar om arbetsorganisation, arbetsbelastning och belastningsskador. Av de fysiska skadorna har flest anmälningar gjorts för stick- och skärskador med risk för smitta.

Anmälningar inom området hot och våld har ökat något från 105 anmälningar år 2023 till 117 anmälningar år 2024. I jämförelse med år 2022 då det registrerades totalt 145 anmälningar har det dock minskat. En förklaring till minskningen av antalet anmälda händelser i det långsiktiga perspektivet kan vara de insatser som gjorts inom området, dock bör man vara medveten om att en ökad kunskap inom området också ökar benägenheten att anmäla och utreda händelser av allvarligare karaktär.

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

I jämförelse med 2023 års OSA kartläggning är andelen svarande som varit utsatt för någon form av hot och våld oförändrad sedan föregående år och ligger kvar på 9 procent. Danderyds sjukhus ligger därmed fortfarande över målvärdet som för år 2024 är = <8 procent.

Danderyds sjukhus fick i mars 2023 VR-utrustning installerad, syftet med denna utrustning är att ge möjlighet till övningar av bemötande i hot- och våldssituationer. Under 2024 hade ett 60-tal medarbetare genomfört utbildning till handledare/instruktör. Flera verksamhetsområden har startat övningar med utrustningen inom sina egna verksamheter. Under vintern 2024 hölls också en fysisk föreläsning inom hot och våld och bemötande på Danderyds sjukhus samt öppet hus på Clinicum för att ge medarbetare möjlighet att prova på tekniken. Syftet är att ytterligare öka kunskapen inom området hot och våld.

Även regionalt pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete inom området hot och våld. Under 2024 har region Stockholm kompletterat arbetsmiljöutbildningen för chefer inom avsnittet hot och våld samt ökat antalet inspelade seminarier i syfte att öka kompetensen inom hot och våld, konflikthantering samt bemötande av patienter och anhöriga. Det pågår också ett arbete med att ta fram en regiongemensam riktlinje.

Fortsatta aktiviteter kommer att planeras in under år 2025 dels för att fortsätta stärka kunskapen hos medarbetare och chefer, dels för att förebygga och minimera situationer med hot och våld.

## Personalomsättning

Personalomsättningen har under 2024 i jämförelse med föregående år minskat från 13,2 procent till 11,6 procent. Att fortsätta arbeta med att behålla perspektivet, arbetsmiljö och friskfaktorer är av stor vikt för att minska personalomsättningen. En ökad andel som slutar medför att det blir svårare att trygga kompetensförsörjningen och därmed svårare att upprätthålla patientsäkerheten och en god omvårdnad.

I samband med projektet Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö som fortsatt under år 2024 har ett flertal aktiviteter genomförts för att öka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Bedömningen är att dessa olika aktiviteter i kombination med andra åtgärder har bidragit till en minskad personalomsättning, exempelvis fortsatt utveckling av chefers ledarskapsförmåga och kompetensen hos våra medarbetare.

## Analys

Årets OSA kartläggning visar på positiva siffror kring både ett hållbart medarbetarengagemang och en minskad sjukfrånvaro i jämförelse med föregående års resultat. Kartläggningen visar att en stor del av medarbetarna upplever att de får bra stöd av kollegor i sina arbetsgrupper, många upplever också sitt arbete som meningsfullt och ser fram emot att gå till arbetsplatsen, vi trivs på vår arbetsplats och är stolta över att arbeta på Danderyds sjukhus. Fortsättningsvis visar kartläggningen att medarbetare har ett högt förtroende för och vågar prata med sin chef. De flesta vet också vart de ska vända sig när de upplever sig utsatta av hot, våld eller kränkande särbehandling.

Även om sjukfrånvaron sjunker, är det dock viktigt att fortsätta utveckla och arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet, stärka chefernas kunskaper inom arbetsmiljöområdet, fortsätta med pågående insatser för att minska sjukfrånvaro och öka frisknärvaro på både kort och lång sikt. Att skapa förutsättningar för återhämtning samt att arbetet med att stärka medarbetare inom utsatthetsområden fortsätter.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

### Minska sjukfrånvaron samt öka frisknärvaron på kort och lång sikt

Danderyds sjukhus fick under 2024 medel från Region Stockholm som gjorde det möjligt att fortsätta driva flera insatser för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö med fokus på ökad hälsa, förebyggande av ohälsa och minskad sjukfrånvaro. Arbetet har bedrivits inom tre delområden ”Förstärka arbetsmiljökompetensen för chefer, skyddsombud och medarbetare inom områdena SAM, OSA och arbetslivsinriktad rehabilitering”, ”Sänkt sjukfrånvaro” samt ”DS satsar friskt”.

Exempel på genomförda aktiviteter är bland annat ett fortsatt arbete med att stärka arbetsmiljökompetensen för chefer och skyddsombud inom det fysiska arbetsmiljöområdet, organisatorisk och social arbetsmiljö samt inom rehabiliteringsområdet. Under 2024 har både grundläggande och fördjupade utbildningar genomförts. Riktade insatser för att förstärka kompetensen inom rehabiliteringsprocessen genom både grupphandledning och handledning för chefer. Utöver detta har det även erbjudits hälsoscreening för samtliga yrkesgrupper, inspirationsföreläsningar, teamutveckling, reflektionsledarutbildningar och massageevent.

Utöver ovanstående insatser har fokus varit att fortsätta utveckla det systematiska arbetsmiljöarbetet genom att utveckla metoder, verktyg och arbetsätt. En ny chefsintroduktionsutbildning startades upp under våren 2024 där bland annat arbetsmiljöområdet ingår, utbildningen genomförs två ggr /år. Flertalet utbildningar har också genomförts i samverkan av chefer och HR för arbetsledande sjuksköterskor med syfte att

stärka och öka kunskapen för att kunna agera i rollen och skapa en trygg och säker arbetsmiljö.

## Planerat förbättringsarbete 2025

Regionstyrelsen har avsatt medel för att nämnder och bolag ska fortsätta att arbeta aktivt och systematiskt med den fysiska, sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Danderyd sjukhus har blivit beviljad medel för projektet Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. Påbörjade insatser kommer därmed att fortsätta under år 2025 och planeras utifrån nedanstående tre delområden:

- Förstärka arbetsmiljökompetensen och kvalitetssäkra arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), Organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) och arbetslivsinriktad rehabilitering för chefer, skyddsombud och HR-partner.
- Minska sjukfrånvaron genom inriktning mot arbetslivsinriktad rehabilitering och träning för chefer att agera på tidiga signaler för ohälsa. Fokus kommer att läggas på att fortsätta få ner sjuktalen genom att vidta främjande, förebyggande och efterhjälpande insatser både för kort- och långtidssjukfrånvaron.
- DS satsar friskt är det tredje delområdet som kommer att fortsätta under 2025. Danderyds sjukhus strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare bland annat genom att erbjuda sjukhusövergripande insatser i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Utöver ovanstående aktiviteter planeras både sjukhusövergripande och lokala insatser för att förbättra och stärka arbetsmiljön inom sjukhuset. Planerade insatser är bland annat en fortsatt översyn av verktyg och tjänster för att effektivisera och förenkla det systematiska arbetsmiljöarbetet, se över möjligheterna till digitala verktyg inom det systematiska arbetsmiljöarbetet och inom rehabiliteringsområdet. Fortsättningsvis planeras för ett fortsatt utvecklingsarbete kopplat till skyddskommittéorganisationen och hur samverkan mellan arbetsgivarparter och skyddsombud ytterligare kan utvecklas och tydliggöras, att stärka Danderyds sjukhus kemikaliearbete med fokus på riskbedömningar samt fortsätta utveckla den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) och hur resultatet ska omhändertas. Flera av de ovanstående aktiviteterna är också förslag som lyfts i arbetsmiljökommissionens slutrapport för år 2024.

## 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 angående patientsäkerhet som genomförs varje år i samband med medarbetarenkäten.

### Mål 2024

Alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur.



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

## Resultat

88 % av alla som besvarade medarbetarundersökningen år 2024, svarade på HSE-frågorna. Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 är oförändrat, 75 enheter, jämfört år 2023.

## Analys

Den fråga i HSE som får sämst resultat är frågan om vi erbjuder patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete. En stor tillgång i förbättringsarbetet är de synpunkter som kommer från patienter/närstående, något flera verksamheter belyser (se även avsnitt om risker).

Danderyds sjukhus HSE-resultat står sig väl i jämförelse med de andra Stockholms-sjukhusen. Den vårdverksamhet inom sjukhuset som har lägst resultat, ligger fortfarande sist men har gjort en stor förbättring jämfört med tidigare år och ökat från 54 till 63.

Verksamheten arbetar på flera fronter för att lyfta bland annat patientsäkerhetsfrågor, bemötandefrågor och arbetsmiljöfrågor. De ser även att det faktum att sjukhusledningen tagit ett helhetsgrepp kring arbetet med bristen på vårdplatser och att alla verksamhetsområden arbetar med frågan tillsammans har bidragit till det positiva resultatet.

HSE-resultatet för sjukhusets ledningsgrupp ligger högt och har förbättrats år från år de senaste åren. Det skulle kunna bero på att det är obligatoriskt för alla chefer att gå Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

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

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

## Planerat förbättringsarbete 2025

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

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

För att stärka arbetet med vårdkvalitet, patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur ändrades arbetssättet kring dessa frågor för sjukhusets ledning från 2024. Ett taktiskt forum har instiftats och hanterar vårdkvalitet- och patientsäkerhetsfrågor som berör fler än ett verksamhetsområde. Även patientsäkerhetsdialoger infördes. Syftet med dialogerna är att följa upp kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna genom besök av sjukhusledningen, två gånger per år för respektive verksamhetsområde.

# Adekvat kunskap och kompetens

## Klinisk träning och yrkeskompetens

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

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

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

## Klinisk träning

### Mål 2024

Medarbetarna med sin kunskap, erfarenhet och kompetens är sjukhusets viktigaste resurs. Systematisk 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 2024 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

Under året har flera introduktionsutbildningar, workshops och simuleringsövningar genomförts vilka utgör en viktig del av det systematiska kompetensutvecklingsarbetet. Kompetensutvecklingsaktiviteterna har utformats på ett sådant sätt att syfte och mål med läraaktiviteterna främjar en säker, evidensbaserad, personcentrerad, jämlik och effektiv vård.

Stort fokus har lagts på genomförandet av aktiviteter för att främja patientsäker vård och dessa utbildningstillfällen har genomförts med stort antal deltagare och engagemang.

#### Genomförda förbättringsarbeten 2024

- 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.
- 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.
- Deltagit i regionalt arbete med gemensam process för kompetensplanering.
- Genomfört introduktionsutbildning för chefer avseende kompetensstegar med fokus på ramverk, uppbyggnad utifrån kärnkompetenser samt utveckling i de olika stegen.
- Arbetat med införande av kompetensstegar för steriltekniker och apotekare.
- 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, Aktuell 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.
- Två större flödessimuleringar har genomförts. Övningen handlade om att öva flödet kring akut stroke med fokus att påbörja den proplösande behandlingen inom 30 minuter. Övningen genomfördes interprofessionellt på akutmottagningen och i samverkan med aktörer i vårdkedjan som startar vid misstanke om akut stroke och avslutas med koagellösande behandling (prehospitalt team, team; akutmottagning, strokeavdelning och röntgen).
- 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 Larmer går som går ut på att iscensätta oannonserade simulerade hjärtstopp på avdelningen och med hjälp av återkoppling efter övningen identifiera styrkor och förbättringspotentialer.

#### Planerade förbättringsarbeten 2025

- Upprätthålla klinisk basutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor med start två gånger per år.

- Bibehålla antalet tillgängliga tider för såväl utbildning som examination av kompetensbevis för undersköterskor med fokus på kateterisering av urinblåsa, kapillär och venös provtagning samt blododling.
- Upprätthålla övningen Larmet går till 12 enheter under året.

#### Övrig kvalitetsredovisning under patientprocesserna: Hjärtstoppprocessen

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

Hjärtstoppprocessens 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 2024

Hjärtstoppprocessen ska under 2024 verka för att främja förebyggandet av hjärtstopp, medverka för kvalitetssäkrat omhändertagande vid hjärtstopp samt skapa förutsättningar för uppföljning av hjärtstopp på Danderyds sjukhus.

#### Resultat

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

#### Analys

Arbetet inom processen 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 det sjukhusövergripande utredningsarbetet relaterat till användandet av verktyget NEWS (National Early Warning Score) och tillkallandet av MIG (Mobil Intensivvårdsgrupp) samt på planeringen kring implementeringsarbetet av nya upphandlade hjärtstartare inom regionen och sjukhuset. Uppföljningen visar att Danderyds sjukhus ligger som riksgenomsnittet avseende behandlingsmålen för hjärtstopp likväl som för 30-dagars överlevnad.

#### Genomförda förbättringsarbeten 2024

- Medverka inom den kliniska expertgruppen avseende den regionala hjärtstartarupphandlingen som slutfördes i somras.
- Planering och samordning inför implementeringsarbetet av de nya hjärtstartarna på sjukhuset.

- Sjukhusövergripande utredningsarbete relaterat till förbättringspotential vid användandet av NEWS samt aktivering av MIG. Båda syftar till att öka patientsäkerheten genom att identifiera patienter i tidigt skede som riskerar att försämrans samt tillkalla specialistkompetens vid behov.
- Förtydligande av rutiner och riktlinjer avseende barnlarm i samverkan med berörda huvudmän på Danderyds sjukhusområde.
- I samarbete med sjukhusets läkemedelsansvariga läkare tydliggjort riktlinje för generella ordinationer avseende läkemedel som administreras vid hjärtstoppssituationer.
- Sjukhusövergripande övningen Larmet går i enlighet med kvalitetssäkrad HLR-organisation.

#### Planerade förbättringsarbeten 2025

- Upprätthålla HLR-övningen- Larmet går i enlighet med kvalitetssäkrat HLR-arbete.
- Tydliggöra och säkerställa organisationsstrukturen för hjärtstoppssprocessen så att sjukhusövergripande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor hanteras inom rätt forum.
- Arbeta med implementeringsarbete av sjukhusets nya upphandlade hjärtstartare. Planera, samordna och genomföra centrala utbildningsinsatser, utforma e-utbildningsmaterial samt genomföra utbytet av sjukhusets samtliga hjärtstartare.

## Bemanning, schemaläggning samt inhyrd personal

Att attrahera och behålla medarbetare är en ständigt aktuell fråga på ledningsnivå vilket accentuerats under det gångna året. Optimering och planering av personalresurser har varit tydligt i fokus utifrån de förändrade reglerna för dygnsvila samt regionens mål att minska andelen inhyrd personal.

#### Mål 2024

- Andel inhyrd personal av totala personalkostnader ska max vara 1 procent
- Personalomsättningen ska minska

#### Resultat

Danderyds sjukhus har under året fortsatt att prioritera satsningen på egen personal. Målet är en bättre arbetsmiljö för medarbetarna samt en säkrare och tryggare vård för patienterna. För att kunna fortsätta att reducera inhyrningen har sjukhuset bland annat satsat på att bygga upp ett större internt bemanningscentrum av anställd personal. Denna satsning har varit lyckosam och inhyrd bemanning har minskat ytterligare under året. Andel inhyrd personal av totala personalkostnader var 0,64 procent 2024 i jämförelse med föregående år 1,56 procent.

Personalomsättningen har under perioden i jämförelse med föregående år minskat från 13,2 procent till 11,6 procent. Att fortsätta arbeta med att behålla perspektivet, arbetsmiljö och

friskfaktorer är av stor vikt för att minska personalomsättningen. En ökad andel som slutar medför att det blir svårare att trygga kompetensförsörjningen och därmed svårare att upprätthålla patientsäkerheten och en god omvårdnad.

#### Genomfört förbättringsarbete 2024

Som exempel på aktiviteter på området bemanning och schemaläggning kan nämnas:

- En expansion av BMC och den egna personalpoolen har genomförts under 2024. I samråd med TFAV och den operativa ledningen har sjukhusets gemensamma resurser fördelats noggrannare och mer resurseffektivt.
- Fortsatt arbete har gjorts för att hålla inhyrningen på den låga nivå som uppnåddes år 2023. Arbetet har varit framgångsrikt och styrts av TFAV-grupperingen.
- Arbetet har fortsatt bedrivits med att stötta anpassningen och implementeringen av de nya reglerna om dygnsvila för samtliga yrkesgrupper. Ett stort informations- och verksamhetsutvecklingsarbete bedrevs inför att reglerna trädde i kraft för merparten av medarbetarna den 1 oktober 2023. Avseende jour- och beredskapssystemet för läkargruppen slutfördes ett särskilt projekt då de nya reglerna började att gälla den 1 februari 2024.

#### Planerat förbättringsarbete 2025

- Regiongemensam pilot kring arbetstidsförkortning för omvårdnadsgrupperna inom operationsverksamhet. Projekt och detaljering är under framtagande med planerad driftsättning i september 2025.
- Ytterligare förstärkt samarbete mellan BMC och sjukhusets ledningsgrupp. Förstärkt samordning kring BMC-frågor i den regionala organisationen
- Gemensam AT-rekrytering och en förbättrad AT-process.
- För att minska personalomsättningen är ett fortsatt fokus att arbeta utifrån perspektiven utveckla och behålla. Danderyds sjukhus fick under 2024 medel från Region Stockholm som gjorde det möjligt för oss att driva fler insatser för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö med fokus på ökad hälsa, förebyggande av ohälsa och minskad sjukfrånvaro. Glädjande har sjukhuset erhållit medel även för 2025 som möjliggör att projektet fortsätter.

## Samverkan för god och säker vård

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

## Genomförda förbättringsarbeten 2024

Akutprocessen är en prioriterad process på Danderyds sjukhus som är Nordens största akutsjukhus. Positiva resultat har uppnåtts för genomloppstiderna på akutmottagningen men ytterligare förbättringar behöver göras för att nå samtliga kvalitetsmål. Under slutet av året inleddes förberedelserna för nästa steg där arbetssätten på vårdavdelningarna är i fokus.

Digitala verktyg skall stödja personcentrerade arbetssätt och bidra till kvalitet och patientsäkerhet. Under året infördes ett digitalt system, CHA, för patientmonitorering inom verksamhetsområdet anestesi och intensivvård.

Samverkan mellan sjukhuset och primärvården har utvecklats ytterligare under året. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp säkerställs genom vårdsamordnare och kontaktsjuksköterskor. Sjukhuset samverkar också med primärvården genom telefonkonsultationer och frågeremisser.

Under året startade ett utvecklingsprojekt mellan sjukhusets verksamhetsområde medicinska specialiteter och aktörer för akutsjukvård i hemmet (ASIH). Målet med projektet är att patienter med akuta eller subakuta tillstånd som traditionellt vårdats på sjukhus i stället får hela eller delar av vården i hemmet med stöd av personal från ASIH.

## Planerade förbättringsarbeten 2025

Det medarbetardrivna förbättringsarbetet i Akutprocessen startar med fokus på vårdavdelningarnas arbetssätt. Under början av året inleds också ett utvecklingsarbete för processen kring patienter med höftfraktur, målet är att 75% skall opereras inom 24 timmar.

Utveckling av samverkan med primärvården sker genom utbildningsinsatser och nya former för informationsutbyten. Utvecklingsprojektet med ASIH utvärderas i februari. Verksamheter på sjukhuset samverkar ytterligare med specialistmottagningar utanför sjukhuset för att arbeta personcentrerat och säkerställa vårdens övergångar. Regionala grupper och nätverk för samverkan utvecklas vidare.

Genom den nya organisationen för akutsjukhusen kommer man arbeta mer tillsammans. Den regiongemensamma produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS) som startar i början av året är ett exempel på ökad samverkan. Akutsjukhusen förväntas gemensamt ta ansvar för att förbättra tillgängligheten till vård för regionens patienter.

# Ökad kunskap om inträffade vårdskador

## 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 angående patientsäkerhet som genomförs varje år i samband med medarbetarenkäten.

## Mål 2024

Alla enheter ska ha upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur.

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

## Resultat

88 % av alla som besvarade medarbetarundersökningen år 2024, svarade på HSE-frågorna. Sammanfattande HSE-index på skalan 1–100 är oförändrat, 75 enheter, jämfört år 2023.

## Analys

Den fråga i HSE som får sämst resultat är frågan om vi erbjuder patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete. En stor tillgång i förbättringsarbetet är de synpunkter som kommer från patienter/närstående, något flera verksamheter belyser (se även avsnitt om risker).

Danderyds sjukhus HSE-resultat står sig väl i jämförelse med de andra Stockholms-sjukhusen. Den vårdverksamhet inom sjukhuset som har lägst resultat, ligger fortfarande sist men har gjort en stor förbättring jämfört med tidigare år och ökat från 54 till 63.

Verksamheten arbetar på flera fronter för att lyfta bland annat patientsäkerhetsfrågor, bemötandefrågor och arbetsmiljöfrågor. De ser även att det faktum att sjukhusledningen tagit ett helhetsgrepp kring arbetet med bristen på vårdplatser och att alla verksamhetsområden arbetar med frågan tillsammans har bidragit till det positiva resultatet.

HSE-resultatet för sjukhusets ledningsgrupp ligger högt och har förbättrats år från år de senaste åren. Det skulle kunna bero på att det är obligatoriskt för alla chefer att gå Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

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

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



## Planerat förbättringsarbete 2025

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

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

För att stärka arbetet med vårdkvalitet, patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur ändrades arbetssättet kring dessa frågor för sjukhusets ledning från 2024. Ett Taktiskt forum har instiftats och hanterar vårdkvalitet- och patientsäkerhetsfrågor som berör fler än ett verksamhetsområde. Även patientsäkerhetsdialoger infördes. Syftet med dialogerna är att följa upp kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna genom besök av sjukhusledningen, två gånger per år för respektive verksamhetsområde.

## Medarbetarrapporterade vårdavvikelse

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

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

## Mål 2025

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

## Resultat

Antalet rapporterade vårdavvikelser 2024 är 6268 och 1,3 vårdavvikelser per årsanställd. Fler avvikelser rapporterades jämfört med föregående år. Framför allt ökade antal avvikelser som bedömts som risk för vårdskada, vilket tyder på en ökad proaktiv medvetenhet hos rapportörerna.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

Under 2024 har vårdavvikelser lett till flera utbildningsinsatser exempelvis utbildning gällande driftstörningar, ortopediska diagnoser för läkare, rondmall och rondrutiner, nutrition, sårbehandling och palliativ omvårdnad.

Arbetet med att förbättra handläggningen av vårdavvikelser och förbättra återkopplingen till medarbetarna pågår på olika sätt över hela sjukhuset. Även insatser för att förbättra avvikelserrapporteringen görs på flera håll. Det förs strukturerade möten där utvalda avvikelser diskuteras i personalgrupperna.

Sjukhuset har, tillsammans med andra vårdgivare och regioner, arbetat med att sammanställa krav inför en eventuell upphandling av ett nytt avvikelserrapporteringssystem. Arbetet har pågått under 2024 och fortsätter under 2025.

## 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 2024 utreddes 43 händelser av allvarlig karaktär och 21 stycken bedömdes vara risk för allvarlig vårdskada eller inträffad allvarlig vårdskada och anmäldes enligt lex Maria till IVO. Dessa siffror är ungefär desamma som föregående år. Flera av händelserna inträffade

föregående år men har färdigställts 2024. De vanligaste orsakerna till anmälan enligt lex Maria är kirurgiska komplikationer/förlossningshändelser, fördröj/försenad diagnos samt läkemedelsrelaterade händelser.

### Genomfört förbättringsarbete 2024

Processen för utredning av allvarlig händelse eller risk samt anmälan enligt lex Maria har i vissa fall varit långdragen. För att kunna följa utvecklingen av processen noteras nu handläggningstiden (antal dagar från att händelsen inträffat tills den skickas till IVO). Eftersom det har funnits ärenden som ”fastnat” i processen är siffran för 2024 hög med ett genomsnitt på 491 dagar. Kortast handläggningstid är 131 dagar och längst 2071.

Alla utredningar av allvarliga händelser leder till förbättringsarbete inom den aktuella verksamheten. Flera verksamheter har någon form av falldragningar efter svåra eller allvarliga patienthändelser.

### Planerat förbättringsarbete 2025

I samband med Kvalitetsdialoger med sjukhusdirektör kommer fokus på uppföljning av åtgärder, beslutade efter lex Maria, att följas upp systematiskt. Målet för 2025 är även att korta handläggningstiderna utan att det påverkar kvaliteten i utredningarna negativt.

## 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. Patienter och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet genom 1177 e-tjänster men det går också bra via brev eller telefon. Klagomål och synpunkter inkommer även via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO. Varje verksamhet ansvarar för att utreda det inträffade och besvara anmälaren.

Den positiva återkopplingen från patienter och närstående kommenteras inte här.

### Mål 2024

Målet var även i år att säkerställa att inkomna synpunkter utreds, besvaras inom rimlig tid och används som en del i verksamhetens förbättringsarbete. Målet var också att öka tillgängligheten på ds.se så att fler patienter hittar rätt information om hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål till sjukhuset.

### Resultat

I april 2024 infördes möjlighet för patienter och närstående att inkomma med synpunkter eller klagomål via 1177/Händelsevis. Totalt har 714 synpunkter och klagomål rapporterats sedan lanseringen vilka utgör majoriteten av samtliga ärenden som inkommer till verksamheterna. Alla inkommande ärenden analyseras tillsammans med medarbetarnas rapporterade

vårdavvikelser och lämpliga åtgärder vidtas. Svar till patient eller närstående skickas normalt inom fyra veckor. Synpunkterna rör till stor del bemötande och vård och behandling, men även sjukresor, begäran om journalkopior och kallelser, vilket tyder på information om tjänsten kan behöva förtydligas.

Antalet ärenden från Patientnämnden år 2024 var 192, vilket är en minskning jämfört med 239 ärenden år 2023. Antalet ärenden från Patientnämnden har ökat varje år men detta års minskning kan vara relaterat till den ändrade portal för invånarna att rapportera via 1177 som Danderyds sjukhus genomförde under året och som gjorde det enklare att hitta vägen för klagomålsrapportering. Antalet nya ärenden från IVO år 2024 var 29, vilket också är en minskning jämfört med 2023 (47).

## Analys

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

Att antalet ärenden ökar år från år beror sannolikt på att allt fler patienter/närstående har kännedom om att man kan framföra klagomål och att det är enkelt att göra via till exempel 1177, både direkt till vårdgivaren och till Patientnämnden. Det faktum att majoriteten av ärenden inkommer via 1177/Händelsevis får tolkas som att patienter hittar och använder tjänsten för att framföra sina synpunkter och klagomål.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

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. Under 2024 har en övergång till Synpunkter och Klagomål via 1177 och HändelseVis genomförts.

Sedan flera år tillbaka har ärenden från Patientnämnden skickats digitalt. I år har även möjligheten att svara digitalt öppnats för oss vårdgivare. Det innebär att yttranden till Patientnämnden kan skickas snabbare än med vanlig postgång och samtidigt är det en fördel för miljön då det minskar antalet utskrifter och kostnader för postgång.

För att förbättra den systematiska kontrollen inom social hållbarhet har vi från och med i år valt att registrera om inkommande patientärenden innehåller komponenter som omfattas av diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och/eller ålder). Totalt sex ärenden noterades. Eftersom det inte registrerats tidigare kan inte siffran analyseras. Flera verksamheter arbetar med förbättrat bemötande, information, kommunikation, tillgänglighet och delaktighet. En ökande trend vi ser är patienter som begär korrigeringar i journaltext.

## Planerat förbättringsarbete 2025

Ett ständigt förbättringsarbete pågår för att ytterligare förbättra och optimera hanteringen samt öka de digitala momenten i hanteringen. Under 2024 har flera verksamheter uttryckt att de arbetar med att korta ner svarstiden för synpunkter och klagomål till patienter/närstående, ett

arbete som vi hoppas sprider sig vidare till fler verksamheter kommande år. Ett sätt att förbättra tillgängligheten är att låta patienterna själva boka om sina tider digitalt. Danderyds sjukhus driver ett pilotprojekt där patienterna ska få möjlighet att omboka sina röntgentider via Alltid öppet, en tjänst vi hoppas kunna sjösätta under 2025.

## 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 medarbetarrapporterade 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 med fokus på patientsäkerhet på sjukhuset för att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Ett framtida mål är att öka patientmedverkan i sjukhusets riskanalysarbete.

### Resultat

Under året har många risk- och konsekvensanalyser gjorts avseende arbetsmiljö och patientsäkerhet. Dessa går ofta hand i hand och har olika mycket fokus på olika delar. Därför är det svårt att räkna antal riskanalyser med fokus på patientsäkerhet.

### Analys

Även om inte antalet riskanalyser som omfattar ett patientsäkerhetsperspektiv går att ange är upplevelsen att allt fler riskanalyser görs på sjukhuset. Initiering av olika typer av riskanalyser och risk- och konsekvensbedömningar kan komma utifrån olika planerade och akuta händelser och genomföras lokalt eller med en sjukhusövergripande ledning.

### Genomfört förbättringsarbete 2024

Riskanalyser som omfattar flera VO följs av taktiskt forum för vårdkvalitet och patientsäkerhet och under kvalitetsdialoger med sjukhusdirektör. Flera riskanalyser med anledning av ombyggnationer och sjuksköterskestrejck har gjorts under året.

Att öka patienternas delaktighet i vården är ett annat sätt att arbeta förebyggande på. Det görs till exempel genom bedsiderapportering och omvårdnadsrundor som införts på några avdelningar inom slutenvården och att ha patienten aktivt deltagande under genomgången av

WHO:s checklista vid start av operationer. Inom en verksamhet får också medarbetarna under utvecklingssamtalen presentera hur de ska arbeta proaktivt för ökad patientdelaktighet.

## Planerat förbättringsarbete 2025

En översyn av behovet för utbildning kring riskanalys med inriktning på patientsäkerhet planeras, för att tillmötesgå önskemål från verksamheterna. Risker kommer även följas av sjukhusledningen genom kvalitet- och patientsäkerhetsdialoger och i taktiskt forum för vårdkvalitet och patientsäkerhet.

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

Olika initiativ för att öka digitaliseringen och användning av AI i vården pågår, ofta med fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete. Det är något vi tror kommer öka de kommande åren.

## Agera för säker vård

### Förebyggande av smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner utgör ett stort hot mot patientsäkerheten och är en av de vanligaste vårdskadorna som drabbar patienter. Eftersom resistensutveckling mot antibiotika ökar, är det av yttersta vikt att dessa bakterier inte får spridning i samhället. För den enskilda patienten kan en vårdrelaterad infektion leda till ett ökat lidande av svårbehandlade infektioner som ibland också kan innebära ett kroniskt bärarskap av så kallade anmälningspliktiga resistent bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade 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 Danderyds sjukhus i observationsstudier enligt en nationellt utarbetad metod, SKL, för att mäta följsamheten till basala hygienmetoder och klädregler. I syfte att öka medarbetarens lärande och reflekterande över den egna tillämpningen av basala hygienrutiner, har även kompletterande metoder och uppföljningsmodeller utvecklats på sjukhuset som självskattningsenkät, ”kompisspaning” och olika digitala quiz. Viktigt att uppföljningarna skapar ett värde i form av lärande och förbättringsarbete.

Mål 2024: >65 procent

Fokus för 2024 var att öka följsamheten till desinfektion före patientkontakt. Indikatorn

”Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt” var 65 procent år 2023, och årets resultat var 71 procent vilket är en förbättring. Följsamheten granskas genom observationsstudier, som har utförts 2 gånger under året.

**Resultat:** 71 procent

Ett stort antal observationer (1 909) har genomförts, vilket är mycket bra för lärandet. Resultatet av ”Andel medarbetare som desinfekterade händerna före patientkontakt” blev totalt 71 procent vilket är en förbättring jämfört med föregående år (65 procent).

### Analys

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

### Planerat förbättringsarbete 2025

Fokus kvarstår på informationskampanjen #Förattvibryross, med syfte att främja tillämpningen av basala hygienrutiner genom att motivera, sprida kunskap och stärka patientsäkerhetskulturen. Därtill fortsätter arbetet med att öka deltagande i vårdhygieniska utbildningar för att upprätthålla och stärka den grundläggande vårdhygieniska kompetensen.

### Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, (VRI)

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

**Mål 2024:** <4,2 procent

### Resultat och analys

Resultat av incidensmätning från Infektionsverktyget totala förekomsten av VRI var 3,6 procent vilket är en förbättring jämfört med tidigare år. De tre vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna är, annan vårdrelaterad infektion, yttlig postoperativ infektion och lunginflammation. Två valideringar av Infektionsverktyget utfördes under april och november 2024.

### Genomfört förbättringsarbete 2024

Fortsatt arbete för att öka deltagande i utbildningar inom det vårdhygieniska området, både för chefer och medarbetare, för att säkerställa att den grundläggande vårdhygieniska kompetensen bibehålls och stärks över tid. Informationsmaterial har skickats ut till första linjens chefer, och relevant kursinformation har publicerats på sjukhusets intranät, vilket gör

det lättare att hålla sig uppdaterad om tillgängliga utbildningar. Nyanställda chefer som genomgår DS-utbildning har också fått information om dessa kurser.

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

STRAMA ansvarig läkare har tillsammans med hygienläkare på Vårdhygien Stockholm haft utbildningstillfällen för läkare på varje verksamhetsområde under 2024. Utbildningen har handlat om antibiotikaanvändning, antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

## Planerat förbättringsarbete 2025

Under 2025 planeras att fortsätta med informationskampanjen #Förattvibryross avseende tillämplig av basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö som leder till det ska vara lätt att göra rätt. Arbetet med att öka deltagandet i vårdhygieniska utbildningar för både chefer och medarbetare kommer att fortsätta. Sjukhusets Hygienråd kommer att fortsätta arbetet med att utveckla en strukturerad utbildningsplan baserad på Vårdhygien Stockholms kursutbud, vilket ska främja en mer systematisk och långsiktig kompetensutveckling.

Uppföljning av lokala förbättringsåtgärder kommer att ske vid Kvalitetsdialogen med sjukhusdirektör. Under 2025 kommer fokus även att ligga på att analysera behovet av deltagandet i PVK-skolan driver, för att ytterligare stärka kompetensen och förbättra följsamheten kring PVK-hantering.

Under 2025 planerar sjukhuset att inleda arbetet med Antibiotikasmart Sveriges kriterier för antibiotikasmarta sjukhus, med målsättningen att främja en ansvarsfull antibiotikaanvändning, minska antalet infektioner och smittspridning, samt därigenom reducera behovet av antibiotika. Som ett första steg kommer representanter från sjukhuset att delta i nationella nätverksträffar för Antibiotikasmarta sjukhus för att ta del av erfarenheter och bästa praxis inför det fortsatta arbetet.

## Odling av anmälningspliktiga resistenta bakterier

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

### Mål 2024

Målet för andelen patienter med riskfaktorer för MRSA som är korrekt intagningsodlade vid inläggning i slutenvården kunde inte beslutas för 2024 då en implementering av kontinuerlig mätning har skett istället för punktprevalensmätning.



## Resultat MRSA

Resultatet för årets mätningar 2024 visar att 63 procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA har odlats korrekt enligt kontinuerlig mätning.

### Analys

Resultatet för 2024 är 63 %, vilket är en nedgång jämfört med 2023, då resultatet var 72 %, . Nedgången är svår att värdera då en förändring av mätmetod har skett.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

Under året har implementeringen av beslutsstödet fortskridit. Implementeringen av riskapp QlikSense har genomförts, men det har funnits vissa utmaningar i övergången.

## Planerat förbättringsarbete 2025

En revidering av beslutsstödet planerad till början av 2025. Varje verksamhetsområde ska ta fram åtgärder för att säkerställa följsamhet till handlingsprogrammet för ARB (anmälningsskyldiga resistenta bakterier). Uppföljning av detta arbete kommer att ske vid Kvalitetsdialogen med sjukhusdirektör under 2025. En utsedd arbetsgrupp kommer att fortsätta arbeta med QlikSense.

## Egenkontroll vårdhygienisk standard

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

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

### Mål för 2024

Samtliga enheter ska genomföra egenkontroll

### Resultat

97 procent av enheterna har genomfört egenkontroll

## Genomfört förbättringsarbete 2024

Under året har implementeringen av stödmaterial för vårdnära städning fortsatt, i syfte att upprätthålla en god inomhusmiljö – en viktig del i att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Arbetet omfattar även en översyn av skötseln av desinfektionsrum samt en uppdatering av utbildning om spoldesinfektorer, vilket förväntas stärka hygienpraxis inom dessa områden. Detta arbete har påbörjats och fortskrider.

## Planerat förbättringsarbete 2025

Revision av enkätfrågorna för egenkontroll av vårdhygienisk standard. Frågorna kommer att justeras för att möjliggöra en mer detaljerad uppföljning av både måluppfyllelse och

bibehållen hygienisk standard. Uppföljning av 2024 års resultat samt genomförda åtgärder kommer att ske vid Kvalitetsdialogen med VD under 2025.

## Trycksårsprevention 2024

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

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

Av de patienter som varit inskrivna inom slutenvård under år 2024 blev 96 procent bedömda gällande trycksårsrisk. Som ett komplement till den kliniska bedömningen ska risken att drabbas av trycksår bedömas med hjälp av riskbedömningsinstrumentet ”modifierad Nortonskala” i samband med inskrivning till slutenvården.

### Mål

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

### Resultat

Resultat slutenvård 56 procent, exklusive kvinnokliniken (datakälla QW).

### Analys av resultat

Det är färre riskpatienter som får en aktivitetsplan upprättad jämfört med föregående år. Antalet patienter som förvärvat trycksår under vårdtiden har ökat från 126 patienter år 2023 till 146 patienter år 2024.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

Genom Rådet för omvårdnadsinformatik har sjuksköterskor inom slutenvården genomfört e-utbildningar och deltagit i seminarium gällande omvårdnadsdokumentation med fokus på att stärka kvaliteten i omvårdnadsdokumentationen och omvårdnadsplanen för bl. a trycksår.

## Planerat förbättringsarbete 2025

En sjukhusövergripande aktivitetsplan för trycksårsprevention har fastställts av sjukhusets taktiska forum för kvalitet. Då sjukhusets resultat för trycksårsprevention fortsatt påvisar en ökning av trycksår kommer det kräva ytterligare åtgärder och ett systematiskt arbete med analys, rotorsak och riktade aktiviteter. Inom sjukhusets intermediärvårdsavdelning har man bl. a identifierat ett förbättringsutrymme gällande tryckskada lokaliserat till ansiktet i relation till medicinteknisk utrustning.

# Säker ordination och hantering av läkemedel 2024

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

Det finns sjukhusövergripande riktlinjer för de flesta moment i läkemedelshanteringen. Fokus för 2024 har bland annat varit fortsatt arbete med optimerade rutiner för läkemedelsförsörjning med beredskapslager av läkemedel och reservrutiner i händelse av kris eller krig. Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och läkemedelsavvikelser är andra fokusområden. Läkemedelsrådet är centralt för läkemedelsarbetet och fungerar som styrgrupp för den lokala sjukhusapoteksfunktionen, läkemedelsansvariga läkare (LANS), transfusionskommittén och lokal STRAMA-grupp.

## Läkemedelsförsörjning

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

### Mål, resultat och analys 2024

Under 2024 har Region Stockholm fått nytt avtal med ApoEx för extemporetillverkade läkemedel. Läkemedelsservice utförs i egen regi sedan 2017. Målet är att antal orderrader ska hållas på lägsta möjliga nivå med optimala inköp av läkemedel. Åtta farmaceuter arbetar med läkemedelsservice som är implementerad inom alla verksamhetsområden vid DSAB på 55 vårdenheter. Vid njurmedicin arbetar en av farmaceuterna även med iordningställande av läkemedel och är sakkunnig för tillverkning av hemofiltrationsvätska on-line.

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

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

### Utveckling

Fortsatt arbete med beredskapslager av läkemedel enligt Socialstyrelsens förteckning över prioriterade läkemedel för vård som inte kan anstå samt läkemedelsservice på fler vårdenheter för att skapa ett robust sjukhus ur läkemedelsförsörjningssynpunkt.

## Läkemedelshantering

För att få så säkra och enhetliga rutiner som möjligt finns sjukhusövergripande riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel. Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet utförs egenkontroller av läkemedelshantering en gång per år. Dessa följs upp av vårdenheten/kliniken och vid behov tillsammans med farmaceuter från Läkemedelsenheten samt klinisk farmakolog.

### Mål, resultat och analys 2024

Under 2024 var det 74 vårdenheter som utförde egenkontroll av läkemedelshantering. De utgör ca 80 % av alla vårdenheter med läkemedelshantering. De som inte utfört egenkontroll är i stort sett små mottagningar med liten hantering av läkemedel. Farmaceuterna som sköter läkemedelsservice har på sina 55 vårdenheter också utfört egenkontroll specifikt av narkotikahantering.

Dosjustering som får utföras av sjuksköterska utifrån ordinerade mål- eller mätvärden är ett projekt som pågått under flera år. Beslut togs i Taktiskt Forum Kvalitet (TFQ) under hösten.

### Utveckling

Sjukhusövergripande riktlinjer och mallar för beslut om dosjustering som får utföras av sjuksköterska ska implementeras under första kvartalet 2025. Egenkontroller av läkemedelshantering ska genomföras av fler vårdenheter. Analysen av egenkontroll av narkotikahantering ska genomföras 2025. Farmaceuterna som sköter läkemedelsservice ska utföra egenkontroller av förvaring av läkemedel 2025.

Följsamhet till Kloka Listan, rekommendationer för dyra läkemedel, och upphandlade läkemedel Valet av läkemedel vid rekvisition och förskrivning ska styras av evidens och i hög utsträckning följa nationella och regionala rekommendationer.

Kloka listans rekommendationer medför en effektiv och säker läkemedelsbehandling som dessutom är kostnadseffektiv. Vi strävar mot hög andel användning av biosimilarer och hög följsamhet till rekommendationer för särskilt dyra läkemedel. 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. Läkemedelsval vid receptförskrivning och rekvisition kan följas av verksamhetsområdena genom en framtagen applikation i QlikView.

### Mål, resultat och analys 2024

Danderyds sjukhus (DSAB) uppnådde 94 procent följsamhet till Kloka listan med tillägg under 2024, oförändrat sedan 2023. Detta mått speglar läkarnas val av välbeprövade, säkra och kostnadseffektiva läkemedel vid förskrivning på recept. Andelen biosimilarer av adalimumab ökade från 92 % till 97 % under året vilket medförde stora kostnadsminskningar. För läkemedel som rekvideras till sjukhuset var följsamheten till upphandlade preparat 95 % på förpackningsnivå och 97 % på kostnadsnivå under 2024, vilket är samma nivå som 2023. Sjukhusgemensamma ordinationsmallar som prioriterar upphandlade läkemedel skapas via

nätverket läkemedelsansvariga läkare. Farmaceuterna vid Läkemedelsenheten som utför läkemedelsservice förbättrar följsamheten till upphandlade läkemedel genom bassortimentsgenomgångar och gemensam hantering av sällanläkemedel för optimala läkemedelsinköp, minskade kassationer och möjlighet till lägre läkemedelskostnader.

### Utveckling

Målet för 2025 är att användningen ska fortsätta att öka av biosimilarer för terapiområden där det finns kostnadseffektiva och medicinskt likvärdiga alternativ. Målet är också att stimulera följsamheten till rekommenderade och upphandlade läkemedel vid rekvisition till vårdenheterna samt att bibehålla den goda följsamheten till Kloka listan. Detta sker bland annat genom samarbete mellan verksamheterna, Läkemedelsrådet och Ekonomiavdelningen kring rationella val av mycket dyra läkemedel.

### 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 arbetssätten är obligatoriska enligt nationella krav och används med målet att minska risken för biverkningar och skador på grund av felaktig läkemedelsbehandling.

### Mål, resultat och analys 2024

Läkemedelsberättelsen (LMB) ger patienten viktig kunskap om läkemedelsbehandlingen och underlättar för nästa vårdgivare. Under 2024 fick 72,7 % av patienterna en LMB vid utskrivning (målvärde 70 %). Under 2024 studerades om bristfällig information i LMB kan orsaka en patientsäkerhetsrisk. Resultaten visade att bristfällig information kunde ge allvarlig medicinsk konsekvens i cirka 40–70 % av läkemedelsförändringarna. Detta gällde i synnerhet nyinsatta och dosändrade läkemedel.

### Utveckling

Målsättningen för 2025 är att utfärdandet av läkemedelsberättelse bibehålls över 70 %. Resultaten från kvalitetsanalysen ska användas för att optimera innehållet i LMB vid sjukhusets verksamhetsområden.

### Effektiva och säkra arbetssätt kring läkemedel

Sjukhusets läkare, sjuksköterskor och farmaceuter ska tillsammans bidra till att patienter vid Danderyds sjukhus erbjuds en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsansvariga läkare (LANS) har en central funktion i det övergripande arbetet med att skapa goda läkemedelsprocesser för ordination och läkemedelssäkerhet. LANS-läkarna är kliniskt verksamma representanter från varje verksamhetsområde. LANS samverkar med exempelvis läkemedelsserviceteamet, strama, kvalitetsutvecklare, patientvägledare, patientsäkerhetscontroller och Informationsteknik. Läkemedelsrådet är styrgrupp för LANS-nätverket.

## Mål, resultat och analys 2024

### Urval av uppgifter för LANS under 2024

- Skapa och förvalta ordinationsmallar och generella direktiv.
- Analysera principiellt viktiga läkemedelsavvikelser som speglar fel/informationsbrister av intresse för hela DSAB, och vidta åtgärder.
- Skriva licensmotiveringar för kliniklicenser.
- Arbeta för minskad användning av särskilt miljöstörande läkemedel vid sjukhuset.

## Utveckling

Utveckling av nätverkets arbetssätt sker i samklang med verksamheternas behov.

Målsättningen för LANS är att vara en uppdaterad och insatt resurs i alla frågor som rör läkemedelsbehandling. Nätverket strävar efter att kontinuerligt identifiera problem som kan generera brister i patienternas läkemedelsbehandling, och att medverka till förbättrade processer.

# Strama (Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens)

Förekomsten av resistenta bakterier ökar både i samhället och inom sjukvården. Sambandet mellan högt antibiotiketryck och hög förekomst av resistenta bakterier är välbelagt. DS Strama-grupp har representanter inom nästan alla sjukhusets VO:n för bred förankring av gällande behandlingsriktlinjer och återkoppling av verksamheternas antibiotikaanvändning i syfte att använda antibiotika ansvarsfullt och individanpassat.

## Mål, resultat och analys 2024

Antibiotikaanvändning vid olika ordinationsorsaker följs via infektionsverktyget. Andel smalspektrumantibiotika (PcV/PcG) som startbehandling vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni, rapporteras årligen till HSF. Under 2024 fick 47% PcV eller PcG som startbehandling, höstens höga förekomst av mykoplasma har delvis föranlett annan behandling men andelen smalspektrum antibiotika ligger fortsatt stabilt och i nivå med före covidpandemin.

Infektionskliniken bedriver sedan flera år antibiotikaronder där antibiotikabehandling utvärderas på samtliga patienter på en avdelning, ett effektivt sätt att hjälpa andra antibiotikatunga enheter på sjukhuset med ansvarsfull och korrekt infektionsbehandling. Under 2024 har regelbundna antibiotikaronder bedrivits på 5 avdelningar. Utöver detta daglig infektionsrond på högre vårdavdelningar samt knepfallsronder inom flera vo:n. Infektionskonsult finns närvarande på akutmottagningen dagtid.

Validering av inmatning i infektionsverktyget 2 ggr/år av Strama-representanterna, för 2024 ligger följsamheten på för VRI på 90% de data som inkommit, på 80% för SFI. Några VO:n har stor förbättringspotential, stramaombuden återkopplar antibiotikaanvändning och

valideringsresultat till det egna VO:t och arbetar vidare med följsamheten till inmatning. Andelen vårdrelaterade infektioner/vårdtillfällen var 2024 3,6%, dvs under regionens målnivå.

Under 2024 har förutom VO:ts Stramarepresentant, även infektionsklinikens Stramaläkare hållit fortbildning för nästan samtliga VO:n. Vid några tillfällen har det skett tillsammans med vårdhygien för att knyta ihop arbetet mot VRI.

Inom ramen för miljöarbete på DS pågår arbete för att använda kinoloner ansvarsfullt. Stramaläkarna fungerar som informationskanal till klinikerna. För 2024 har andelen kinoloner minskat något vid febril UVi i slutenvården, fortsatt finns utrymme för minskning av användningen.

## Planerat arbete 2025

Fortsatt följa av andel smalspektrumantibiotika vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni samt indikatorer i Stramas nationella mål via infektionsverket. För DS:s del nu så pass god följsamhet vid för pneumoni att målet blir att ligga kvar på samma nivå. Arbetet med antibiotikaronder planeras fortsätta. Utveckling av Strama-gruppens arbetssätt sker utefter verksamheternas behov med fortsatt regelbundna föreläsningar för bl.a. AT-läkare. Materialet ”Stramas 10-punktsprogram i praktiken” planerar spridas till all vårdnära personal för kompetenshöjning kring praktiska arbetssätt som motverkar antibiotikaresistens och förhindrar uppkomst av VRI. Arbetet med att minska kinolonanvändning vid afebril UVI och i samband med övergång till peroral behandling mot febril UVI fortsätter.

## Katastrofberedskap

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska Danderyds sjukhus AB, som akutsjukhus, ha en katastrofmedicinsk beredskap och förmåga att hantera allvarliga händelser. Vid en omfattande kris ska sjukhuset kunna aktivera en Lokal Särskild Sjukvårdsledning (LSSL) för att organisera och leda verksamheten på ett anpassat sätt.

## Verksamhet 2024

Under året har sjukhuset deltagit i och arrangerat övningar för att stärka den katastrofmedicinska beredskapen. LSSL har genomfört fyra uppstartsövningar, varav två var en del av den nationella övningen KBÖ24. Sjukhuset genomförde också en egen omfattande saneringsövning under våren för att öka beredskapen i att ta hand om patienter som utsatts för giftiga kemiska, biologiska eller radioaktiva ämnen (CBRNE). Flera medarbetare har deltagit i utbildningar inom trauma och katastrofmedicin. Bland annat så har medarbetare från DS deltagit på Trauma Katastrof Stockholm-övningarna (TKS). Majoriteten av alla nya medlemmar i LSSL har under året gått grundutbildningar för stabsarbete. Utöver detta har sjukhusets verksamhetsområden genomfört egna övningar för att förbättra beredskapen.

Under året har verksamhetsområdena uppdaterat sina katastrofmedicinska riktlinjer och åtgärdsplaner i enlighet med beslut från sjukhusledningen. De flesta av de verksamhetsområden som tidigare saknat planer har under året slutfört och publicerat dessa. De sjukhusgemensamma katastrofplanerna har förtydligats gällande ledningspunkter och informationsmöten vid större händelser.

Sjukhuset har fått direktiv från regionen att kunna lagerhålla förbrukningsvaror, läkemedel och andra produkter för minst 2 veckors normal drift. Arbetet med detta har påbörjats och vissa varor finns redan i lager. Under hösten genomförde sjukhuset, på uppdrag av regionen, en inventering av kapacitetsökningsförmågan. Detta gjordes enligt PLUS-verktyget som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har utvecklat.

Ett pilotprojekt för kontinuitetsplanering har genomförts, vilket resulterade i en tidsplan för hur arbetet ska fortsätta inom fler verksamhetsområden under kommande verksamhetsår. En utbildning som förklarar vikten av kontinuitetsplanering har tagits fram.

I september aktiverades LSSL på grund av ett strömavbrott som drabbade hela sjukhuset i drygt en timme. Efter utredning av händelsen identifierades förbättringsområden för att stärka beredskapen och minska risken för liknande framtida situationer. Händelsen har också resulterat i en anmälan till IVO på grund av de patientriskerna som uppstod.

Arbetet med risk- och sårbarhetsanalysen (RSA) påbörjades under året efter att ha blivit uppskjutet från tidigare verksamhetsår. Taktiskt Forum Beredskap har hållit regelbundna möten, fattat beslut om krisberedskap och berett ärenden för sjukhusledningen. Forumets arbetsformer och beslutsprocesser har fortsatt vidareutvecklats från tidigare år. Under året har tätare kontakter med kommunen etablerats för att se över vilka beredskapsfrågor som kan hanteras gemensamt.

## Planerat förbättringsarbete 2025

Under 2025 kommer kontinuitetsarbetet att omfatta fler verksamhetsområden. Dessutom ska flera katastrofplaner och utrymningsplaner revideras. Detta sker med anledning av att sjukhuset får en ny vårdbyggnad med bland annat förändrad kapacitet avseende högrevårdspplatser och en helikopterflygplats på taket. Arbetet med **att** etablera 14-dagarsförråd vid normalförbrukning fortsätter. En utredning ska genomföras för att bedöma möjligheterna att lagra större förråd av material och utrustning för krissituationer och vid kapacitetsökning. LSSL kommer att genomföra fler övningar, både som helhet och för specifika funktioner. Åtgärdsplanen efter strömavbrottet ska följas upp, och ytterligare insatser för att stärka sjukhusets robusthet kommer att genomföras.



## IT-säkerhet

IT-säkerhet syftar till att skydda sjukhusets tillgångar som IT-infrastruktur, hårdvara och IT-system. IT-säkerhet ingår som en viktig del i sjukhusets verksamhetsskydd och bidrar till att upptäcka och skydda mot hot mot verksamheten. En viktig del av arbetet med IT-säkerhet utgörs av riskhantering. Denna handlar om att förstå olika hotbilder, hantera sannolikheter för att utsättas för skada samt att balansera kostnader för skydd mot värdet av det man skyddar. IT-driften på Danderyds sjukhus är outsourcad till Serviceförvaltningen. Det ger oss en stabil och i grunden säker IT-miljö. Det strategiska och operativa arbetet med IT-säkerhet sker hos Serviceförvaltningen. Vi bedriver även IT-säkerhetsarbete lokalt på sjukhuset. Det sker genom att vi har lokal förvaltning av IT-arbetsplats och logiskt nät, utöver lokal förmåga att ta emot incidenter. Danderyds sjukhus strävar efter hög kompetens och förmåga att styra och värdera leveranser från Serviceförvaltningen avseende IT-säkerhet.

### Mål och resultat 2024

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

Vi har under året som gått fortsatt arbetet med att stärka vår förvaltningsstyrningsförmåga med identifiering av de mest skyddsvärda systemen på sjukhuset. Vi har därefter dels etablerat stabil och effektiv förvaltning av dessa system, dels skapat en tydlig formell governance-modell med hjälp av kommittén för förvaltnings- och projektstyrning. Vi har även arbetat vidare med vår beredskapsfunktion för IT-störningar för att i samarbete med regionens incidentfunktioner säkerställa ett snabbt och effektivt agerande dygnet runt. IT-säkerhet fortsätter att vara en viktig komponent på resan mot ökad formell struktur och transparens.

### Planerat förbättringsarbete 2025

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

## Medicinsk Teknik

### Mål 2024

Målen var bland annat att starta i gång arbetet med kvalitetsledningssystem, behålla och utveckla kompetensen inom enheten för medicinsk teknik, upprätthålla arbetet med det planerade och avhjälpande underhållet av sjukhusets medicintekniska utrustning samt

genomföra förbättrade arbetssätt i syfte att säkra kapacitet, kompetens och säkerställa tillräcklig redundans och robusthet samt framtagande av kompetensstege för medicintekniska ingenjörer.

## Resultat

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

Vi har arbetat med att definiera upp kvalitetsledningssystem och dess huvudprocesser samt genomfört en gapanalys kring vilka processer som behöver uppdateras respektive skapas. Vi har också genomfört ändrade arbetssätt, rutiner och instruktioner för att på så sätt säkerställa kvalitet, kapacitet, kompetens och effektivitet så att vi kan erbjuda säkra och robusta tekniktjänster. Samarbetet mellan sjukhusens MT-avdelningar i regionen har ökat vilket borgar för ökad robusthet och kostnadseffektiv användning av MT-utrustning. Vi har i samarbete med regionen tagit fram kompetensstege för Medicintekniska ingenjörer

## Analys

Ett ökat behov och efterfrågan av fler avancerade medicintekniska produkter och digitala lösningar inom vården ställer bland annat allt högre krav på den tekniska kompetensen inom vårdverksamheten samt på servicenivån och samordningen från stödfunktionerna inom teknikområdet.

## Planerat förbättringsarbete 2025

- Generell kompetenshöjning gällande kraven på vårdgivaren för användning av medicintekniska produkter (förbrukningsartiklar, utrustning och system).
- Fortsatt arbete med kvalitetshöjande aktiviteter med målsättning att ha ett komplett ledningssystem för användning och tillverkning av medicintekniska produkter under 2026.
- Förtydliga sjukhusövergripande rutiner och instruktioner för effektiv hantering av säkerhetsmeddelanden kopplade till medicintekniska produkter.
- Se över och effektivisera analys och hanteringen av negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter.
- Fortsatt regionalt samarbete i kategoristyrningen.

## Systematiskt miljöarbete

Danderyds sjukhus arbetar systematiskt med miljöpåverkan sedan 2003 och är miljöcertifierat. Arbetet innebär en helhetssyn på sambandet mellan människa, miljö och hälsa. Sjukhuset tar ansvar för att begränsa sin klimatpåverkan, främja den biologiska

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

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

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

- Konsumtionsbaserade klimatpåverkan från inköpen av kanylburkar, skyddsförkläden minskade med 11,9 procent jämfört med 2023 års inköp.
- Andelen plagg som är uteliggande i verksamheten mer än 30 dagar är fortsatt under 20 procent, vilket är sjukhusets målsättning. Svinnvolymen är dock till stor del oförändrad jämfört med 2023.

## Analys

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

## Planerat förbättringsarbete för 2025

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

## Strålsäkerhet

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

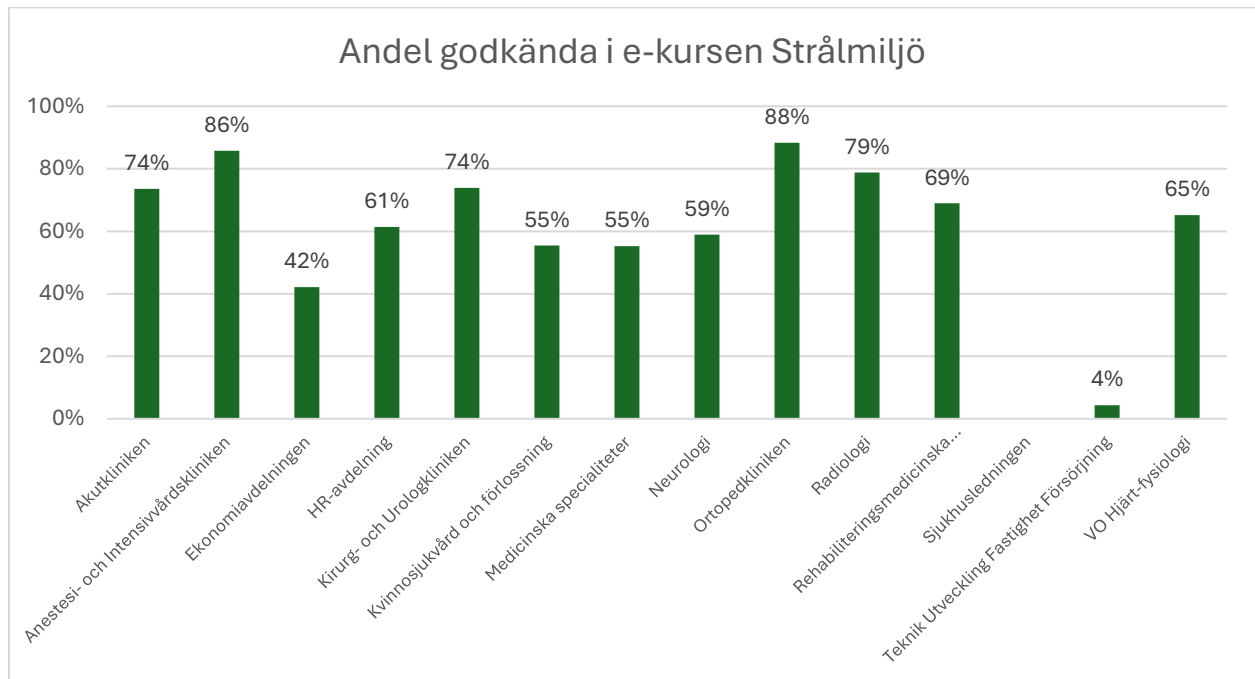
## Mål 2024

- Patientstråldoser under diagnostiska referensnivåer
- Personalstråldoser under lagstadgade dosgränser

- Förbättrad dokumentation av utbildning
- Revision av strålsäkerhetsrutiner

## Resultat

Diagrammet nedan visar andelen godkända på den obligatoriska e-kursen Strålmiljö uppdelat per VO.



Resterande mål är uppfyllda. Stickprovsmätningar av stråldoser utfördes på personal från VO Kirurgi och urologi, Ortopedi, Anestesi och intensivvård. De flesta uppmätta stråldoser var mycket låga, dock visade en mätning av stråldosen till handen på en ortoped som utför handkirurgi att hen riskerar höga stråldoser och placerades därefter i kategori A med kontinuerlig övervakning av handstråldoser.

## Analys

Systemet med stickprovskontroller av personalstråldoser fortsätter då det visat sig vara ett värdefullt arbetssätt, dock kommer det i normalfallet ske med fem års frekvens i stället för tre år som tidigare.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

- Intern revision av strålsäkerheten
- Verifiering av strålskärning i hus 61
- Stickprovsmätningar av personalstråldoser
- Reviderat alla riktlinjer för radionukleära händelser
- Teoretisk utbildning kring radionukleära händelser för akuten
- Tecknat avtal med Ragn-Sells gällande omhändertagande av radioaktiva strålkällor

## Planerat förbättringsarbete 2025

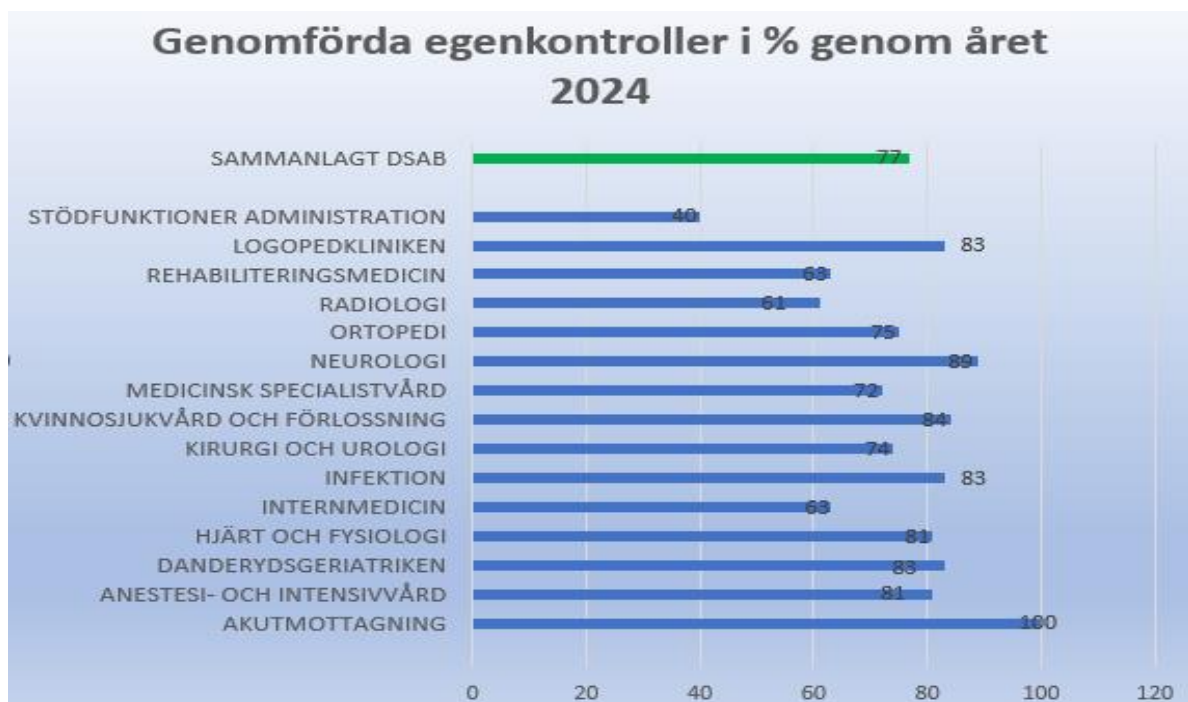
- Inköp av nuklididentifierande instrument för beredskapen
- Praktisk utbildning för akuten i hantering av dosimetrar och intensimetrar
- Idrifttagning av röntgenutrustning till hus 61 inklusive utbildning av personal
- Mätning av bröststråldos till kvinnliga ortopedier
- Följa upp interna revisioner via Strålsäkerhetsråd

## Systematiskt säkerhetsarbete

### Mål 2024

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

### Brandsäkerhet



Fokus för det systematiska brandskyddsarbetet är det förebyggande arbetet för att inga bränder skall uppstå. I de fall det förebyggande arbetet inte hindra att brand uppstår finns mål för att minska påverkan på vårdens 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 (egenkontroller) som sker månatligen inom respektive verksamhet.

## Resultat

Under året har verksamheterna genomfört i snitt 77 procent av sina egenkontroller, vilket är en ökning från med 3 procent från föregående år, målet för 2024 var satt på 74 procent.

Under året har det jobbats aktivt med utbildningar för att höja lägstanivån ute i verksamheterna. Detta genom utbildning av brandombud, föreläsningar samt utrymningsövningar.

## Analys

Utifrån att vi varit ute i verksamheterna och pratat i dessa frågor ser vi att det finns ett stort engagemang och efterfrågan av ytterligare utbildning och kompetenshöjande åtgärder. Arbete för att kunna utveckla detta, samt på ett mer effektivt sätt kunna möta denna önskan behöver arbetas fram under kommande år.

## Fysisk säkerhet

Fysisk säkerhet ska trygga person, information och materiella tillgångar bland annat genom bevakning med personella resurser och tekniska lösningar. Målet för fysisk säkerhet är att:

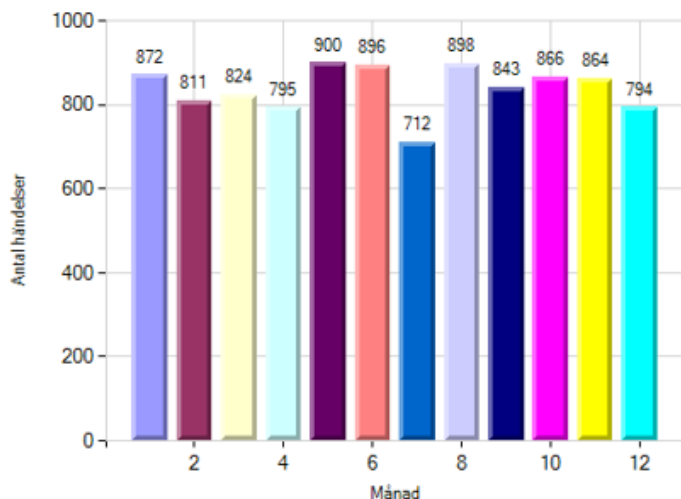
- Patienter och besökare upplever en trygghet inom sjukhusets lokaler och område
- Medarbetare upplever sig trygga på sina arbetsplatser och kan agera säkert när hotfulla situationer uppstår, Genom ett fungerande tillträdesskydd samt kontroll av skyddsvärd egendom drabbas sjukhuset av ytterst få stölder,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

## Resultat

Under året har utbyte färdigställts av alla läsare av gammalt slag med magnetremsa. Innebärande att man inte behöver använda kort med magnetremsa. Vilket betyder att om det blir aktuellt med uppgradering av kort typ med en annan kryptering är Danderyds sjukhus redo. I Inpasseringssystemet har uppgradering utförts i samband med implementering av kortläsarinstallationen i By61 projektet. Utbyte av gamla små larmanläggningar har pågått under hela året där de kopplas samman i en modernare larmanläggning. I alla dessa åtgärder moderniserar samt framtids säkrar vi Danderyd Sjukhus tekniska bevakningslösningar. CCTV ansökan har lämnats in under året för tillstånd till utökat kamerabestånd i hus 6, 52, 61 samt södra kulverten. Ej färdigbehandlad hos IMY.

## Personell bevakning (Ordningsvakter)

Antal skrivna rapporter under 2024 redovisade månad för månad.



Totalt antal skrivna rapporter: 10 075

Rapporter är baserade på den personella bevakningens rapportsystem. Typ av ärende består i allt från att assistera med vägvisning till att agera i hot och våldssituationer.

## Analys

Likt brandskyddsarbetet är det tydligt att det finns ett engagemang för dessa frågor från 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 finns begränsade möjligheter att öva tillsammans, samtidigt med hela arbetsgrupper.

## Planerat förbättringsarbete

- Arbeta vidare med verksamheterna för att höja lägstanivån i kunskap om brandskydd
- Fortsätta arbetet med att framtidssäkra teknisk bevakningsutrustning
- Utveckla tillvägagångssätt för att kunna nå ytterligare medarbetare i frågan om fysisk säkerhet och medvetandegöra personal i dessa frågor
- Fortsatt arbete med riktlinjer gällande fysisk säkerhet samt assistera verksamheter i att upprätta lokala rutiner utifrån dessa.

## Informationssäkerhet

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

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

## Mål 2024

Region Stockholm har under 2024 fokuserat på fyra områden (IT, inköp, säkerhetskultur och riskhantering) av skyddsåtgärder med fem indikatorer för uppföljning. För att uppnå Region Stockholms förväntade mål avseende implementerade skyddsåtgärder har sjukhuset fortsatt att arbeta med en handlingsplan som omfattar ett flertal huvudaktiviteter vars syfte är att höja informationssäkerhetskulturen.

## Resultat

Under året genomfördes omorganisationer på sjukhuset i syfte att effektivisera och konsolidera verksamheterna. Bland annat medför den nya organisationen ökad tydlighet i ansvar och uppgift av informationssäkerhetsfunktionen och dess samverkan med andra säkerhetsfunktioner inom verksamheten såsom patientsäkerhet, kontinuitetsverksamhet samt IT- och Medicin Teknisk (MT) säkerhet.

Inför avbolagiseringen och etableringen av akutsjukhusnämnden så intensifierades den externa samverkan mellan akutsjukhusens informationssäkerhetssamordnare under andra halvan av 2024 men även mot övriga hälso- och sjukvårdsorganisationer inom Region Stockholm, Serviceförvaltningen samt Regionledningskontoret.

Under året har antalet informationssäkerhetskoordinatorer dubblerats och utbildningsaktiviteter har påbörjats för att höja den generella medvetenheten inom informationssäkerhet. Koordinatorerna har aktivt deltagit i arbetet med riskhantering och genomförandet av egenkontroller, både på verksamhetsnivå och även av nya och utpekade kritiska IT- och MT-system. Egenkontrollerna har både breddats och fördjupats i det kontinuerliga informationssäkerhetsarbetet, ett arbete som kommer expanderas ytterligare framöver.

## Analys

Informationssäkerhetsarbetet inom Danderyds sjukhus möts med intresse och vilja till efterlevnad från både sjukhusets ledning och verksamhetsområdena. Detta kontinuerliga arbete måste integreras över hela verksamheten, vertikalt som horisontellt. Detta måste göras i takt med den pågående digitaliseringen och samtidigt anpassas till de säkerhetsutmaningar som vi står inför.

I de egenkontroller som de olika verksamhetsområdena har genomfört under 2024 har behov lyfts såsom:

- Stöttning inom informationssäkerhetsområdet i samband med kravställning vid olika former av pilotverksamheter, inköp och upphandling, samt avtalsefterlevnad.
- Förmåga att bättre och snabbare kunna identifiera sårbarheter inom sjukhusets IT/MT nätverk samt anslutna komponenter och system.
- Fortsatt utveckling av sjukhusets riskhanteringsprocess i kontexten informationssäkerhet.



- Utökad kompetens inom informations- och cybersäkerhet. Kraven på utbildning måste ta hänsyn till både kärnverksamhetens behov och den förändring som digitaliseringen för med sig och även de omvärldsförändringar som vi står inför.
- En systematisk och automatisk loguppföljning och behörighetsstyrning för fler etablerade system för att skapa en mer effektiv processhantering.

## Planerat förbättringsarbete 2025

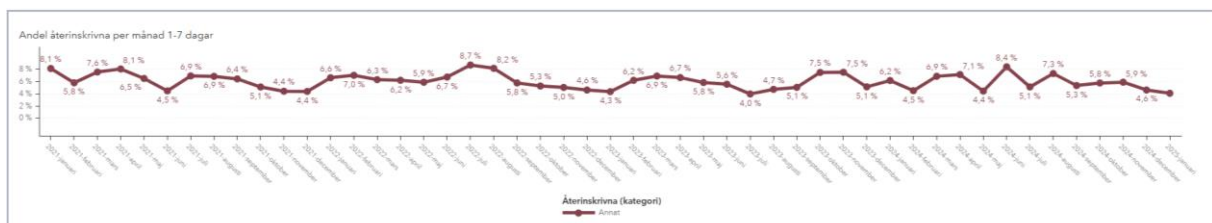
- Den nya Cybersäkerhetslagen (NIS2) förväntas införas i svensk lag under året. Som en naturlig del av det kontinuerliga förbättringsarbetet runt informationssäkerhet så kommer flera aktiviteter vara relaterade till denna lagstiftning.
- Arbetet med egenkontroller utifrån organisation, medarbetare och teknik kommer fortskrida som planerat.
- Kompletterande utbildnings- och lärandemetoder kommer att undersökas för att adressera de kontinuerliga förändringar digitaliseringen och kraven på informationssäkerhet medför.
- Verksamheter måste identifiera och allokera koordinatörer för informationssäkerhet där sådana saknas.
- Fördjupad samverkan mellan organisationerna inom akutsjukhusnämnden och andra sjukvårdsområden inom regionen.
- Uppdateringar av styrdokument som en konsekvens av avbolagiseringen och övergång till akutsjukhusnämnden.

## Återinläggningar

Återinläggning inom 7 dagar, för patienter >80 år

Datakälla: SASVisualAnalytics

Resultat: Tabellen visar återinläggningar inom 7 dagar för patienter över 80 år. Resultatet för 2024 är 6,0%.



Analys: Andelen äldre med kroniska sjukdomar ökar men resultat är stabilt.

Återinläggning inom 30 dagar, alla patienter

Datakälla: SASVisualAnalytics

Resultat: Tabellen visar återinläggningar inom 30 d, alla patienter. Resultatet för 2024 är 9,8%.



Analys: resultatet 9,8% är något högre än föregående år (9,3%). Återinläggningarna granskas av sjukhusets verksamhetsområden som konstaterar att orsakerna till återinläggningar varierar.

Genomfört utvecklingsarbete 2024: Danderyds sjukhus använder en strukturerad mall för journalgranskning för att möjliggöra systematisk analys och kategorisering av orsaker till återinläggning. Efter analys vidtas lämpliga åtgärder. Patienter över 80 år kan efter bedömning erbjudas geriatrisk eftervård efter utskrivning från somatisk slutenvård. Kontinuerligt arbete med optimering av utskrivningsprocessen för att säkerställa vårdens övergångar.

Planerat förbättringsarbete 2025: Kompetensutveckling för läkare planeras under våren med föreläsning och ”panel”-diskussion om geriatrisk vård. Dialog om arbetssätt för att förbättra/effektivisera bedömningen av patienters behov av geriatrik. Utvärdering av geriatrisk dagvårdsavdelning (GADVA). Verksamheter följer och analysera data kring återinläggningar, både inom 7 och 30 dagar, månatligen i stället för tertialvis för att följa trender och avvikelser.

## Agera för personcentrerad vård

### Patientnöjdhet och medskapande

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. Goda resultat gällande patientnöjdhet är viktigt då den påverkar både kvaliteten på vården och patientens övergripande hälsa. Nöjda patienter är mer benägna att följa sina behandlingsplaner, kommunicera öppet med sina vårdgivare samt att söka vård i tid. Att arbeta utifrån en samskapad vård möjliggör en tillit mellan patient och vårdgivare, vilket är grundläggande för att uppnå bästa möjliga resultat.

Den nationella patientenkäten genomförs vartannat år inom specialiserad slutenvård och öppenvård. Det innebär att sjukhuset utfört egna mätningar under året. Det har skett via olika upplägg som exempelvis enkätlinkar via 1177, QR kod för mobiltelefon, pappersenkäter.

Ett arbete gällande PREM automation har påbörjats under 2024 mellan Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och Södersjukhuset där man eftersträvar att få patientens svar i realtid. Med kontinuerliga realtidsdata kan nya möjligheter skapas för att utveckla arbetssätt

tillsammans med patienter och närstående som aktiva medskapare. Vårdteamets samråd med patient och närstående gällande till exempel behandlingsplaner och beslut, kan bidra till en förbättrad patientnöjdhet och bättre resultat av vård och behandling.

Minst en obligatorisk mätning per år genomförs på alla sjukhusets verksamheter. Många verksamheter arbetar dock med kontinuerlig mätning i varierande omfattning under årets gång. Vid den obligatoriska mätningen ställs följande frågor:

Information; Fick du tillräcklig information om din vård/behandling?

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

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

Respekt och bemötande: Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?

## Mål

Andel positiva svar gällande delaktighet; *Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling/utredning i den utsträckning du önskar?*

## Resultat

Resultat slutenvård 79 procent (exkl. kvinnokliniken)

### Analys av resultat

Sjukhuset ser ett något förbättrat värde gällande upplevelsen av delaktighet inom slutenvård, 79 procent, jämfört med 78 procent föregående år.

## Genomfört förbättringsarbete 2024

Goda exempel på hur Danderyds sjukhus arbetar med patientinvolvering är bl. a verksamhetsområde kirurgi och urologi där man implementerat ett nytt arbetssätt genom GEMBA rond där vårdenheternas linjechefer intervjuar patienter utifrån en strukturerad mall enligt följande områden: patientens grundläggande behov, etablerad relation patient-personal samt vårdkontext.

Sjukhusets palliativa konsultteam har utvecklat ett strukturerat arbetssätt för samtal vid allvarlig sjukdom. Ett samtal som kan ske tidigare i sjukdomsförloppet och som kan genomföras av flera yrkesprofessioner och inte behöver omfatta beslut om livsuppehållande behandling.

## Planerat förbättringsarbete 2025

Inom verksamhetsområde medicinska specialiteter kommer man att påbörja implementering av spelet Empatigymmet. Spelet ger möjlighet för medarbetare att träna sin empatiska

förmåga i en klinisk bemötandesituation utifrån de synpunkter och klagomål gällande bemötande och kommunikation som inkommer till vårdgivaren.

## Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Trenden med ett ökat inflöde av akutpatienter och en fortsatt hög belastning på vårdplatserna vid Danderyds sjukhus håller i sig. Inför 2025 har sjukhuset en beställningsökning på 1% i vårdavtalet med HSF, trots ett uppskattat behov på 2–3%. För att hantera detta krävs fortsatt flexibilitet i sjukhusavtalen för att bättre fördela produktionen mellan sjukhusen.

Vid årsskiftet underlättas detta genom avbolagiseringen, vilket innebär att vi nu är en förvaltning inom Akutsjukhusnämnden, men också en och samma vårdgivare inom Region Stockholm. Detta tillsammans stärker vår förmåga att arbeta gemensamt inom hela regionen.

Den kommande tioårsperioden väntas antalet personer över 80 år öka, vilket leder till större resursbehov för akutsjukhusen. Äldre multisjuka patienter med omfattande vårdbehov blir fler, vilket kräver ökade resurser. Samtidigt ökar inte befolkningen i arbetsför ålder i samma takt, vilket påverkar skatteunderlaget och därmed vårdens finansiering.

Kompetensförsörjningen, särskilt av sjuksköterskor för dygnet-runt-verksamhet, blir alltmer utmanande och försvårar möjligheten att upprätthålla tillräcklig vårdplatskapacitet. Prognoser pekar på att denna brist kommer att förvärras ytterligare.

Det försämrade säkerhetsläget i omvärlden påverkar sjukhuset genom ökad beredskap, längre leveranstider och stigande priser. Därför kommer arbetet med verksamhetsskydd och beredskap att stärkas ytterligare.

De ekonomiska förutsättningarna för 2025 är utmanande, med ett effektiviseringskrav på cirka 2 % jämfört med 2024. För att möta dessa utmaningar måste hela sjukhuset enas kring ett antal huvudstrategier:

- Upprätthålla vårdplatskapaciteten
- Effektivisera vårdprocesserna
- Minska och förenkla administrationen

Det teambaserade arbetssättet behöver utvecklas vidare för att minska arbetsbelastningen, särskilt för sjuksköterskor, då bristen på denna yrkesgrupp förväntas kvarstå. Inhyrning av vårdpersonal ska fortsatt hållas låg och ersättas med fast anställd personal under goda arbetsvillkor. Detta främjar kontinuitet, kompetensutveckling, bättre arbetsmiljö och vårdkvalitet, samt bidrar till en ekonomi i balans.

Digitaliseringen måste accelereras genom strategiskt arbete med AI samt implementering och uppskalning av ny teknik. Syftet är att frigöra mer tid för patientvård och samtidigt öka egenvården.

Framtidens utmaningar kan inget sjukhus lösa ensamt. Vi måste samarbeta mer inom hela hälso-, sjukvårds- och omsorgssystemet. Resurser måste utnyttjas optimalt genom ökad flexibilitet samt gemensam kapacitets- och produktionsplanering.

## Om den här rapporten

Frågor kan ställas till

Åsa Hammar, chefläkare patientsäkerhet, Danderyds sjukhus, [asa.lindstrom-hammar@regionstockholm.se](mailto:asa.lindstrom-hammar@regionstockholm.se)

Anna Bonnivier, chefsjuksköterska, Danderyds sjukhus, [anna.bonnivier@regionstockholm.se](mailto:anna.bonnivier@regionstockholm.se)

Erik Sköldenberg, operativ direktör, Danderyds sjukhus, [erik.skoldenberg@regionstockholm.se](mailto:erik.skoldenberg@regionstockholm.se)