



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: REHABMEDICINSKA KLINIKEN

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

RELEVANTA KVALITETSREGISTERUTFALL

Nationella kvalitetsregister används kontinuerligt för utvärdering av rehabiliteringsverksamheten, men för utvärdering av något specifikt förbättringsarbete har de inte använts under 2020.

EV.NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER SOM INFÖRTS 2019

Hjärnskaderehabilitering Slutenvård – Munvård efter förvärvad hjärnskada

- **Mål:** Initiera munvårdsprogram på avd 80/84
- **Syfte:** Syftet är att förebygga allvarliga konsekvenser och komplikationer av nedsatt munhälsa såsom exempelvis aspirationspneumoni för patienter med dysfagi.
- **Resultat:** All vårdpersonal som jobbar dagtid - 54 undersköterskor och 16 sjuksköterskor - har utbildats i munhälsa och munvård under 2019. Diskussionsforum har anordnats tillsammans med övriga teammedlemmar och en Munvårdsgrupp har införts med ett munvårdsombud per team. Utöver utbildning och verksamhetsstöd inbegrep förbättringsarbetet att införa
 - Riskbedömning enl. ROAG vid in- och utskrivning
 - Individuell omvårdnadsplan (Aktivitetsplan) vid nedsatt munhälsa eller risk för nedsatt munhälsa
 - Individuellt anpassade munvårdsprodukter i särskild munvårdslåda att ha inne hos patienten
 - Informationsmaterial om munhälsa för patient och närstående
 - Bildstöd om munhälsa för patienter i behov av kommunikationsstöd.
- **Plan 2020:**
 - Utvärdera riskbedömningsförfarandet – andel som riskbedöms + andel med risk där åtgärdsplan sätts in
 - Temavecka Munhälsa



Hjärnskaderehabilitering Slutenvård – Effektiv och evidensbaserad rehabiliteringsprocess

- **Mål:** Effektivisera Rehabprocessen och säkerställa evidensbaserat arbetssätt för fysioterapeuter/sjukgymnaster inom slutenvård.
- **Syfte:** Att utifrån evidens implementera en ny, strukturerad arbetsprocess för fysioterapeuter/sjukgymnaster i samband med inskrivning av nya strokepatienter. Detta för att 1) möjliggöra bedömning av prediktion gällande motorisk återhämtning 2) Säkerställa att alla patienter får lika bedömning genom att tydliggöra vilka bedömningsinstrument som görs vilken dag under bedömningsperioden 3) Säkerställa likvärdig journaldokumentation på professionsnivå i TC-mallen "Sjukgymnastisk utredning" inkl. bedömning.
- **Resultat:** Checklista för fysioterapeutisk arbetsprocess med evidensbaserade bedömningsinstrument framtagen och implementerad under bedömningsperioden - görs på alla strokepatienter. Mall för Sjukgymnastisk utredningsanteckning med exempel på vad som dokumenteras under respektive sökord samt vad som skrivs i den sammanfattande bedömningen har implementerats. Introduktionspärm för nyanställd fysioterapeut framtagen. En schematisk bild över Rehabprocessen (kortfattad) har upprättats. Internutbildningar har genomförts för samtliga FT/SG gällande ovanstående punkter.
- **Plan 2020:** Uppföljning och utvärdering av checklista för fysioterapeutisk arbetsprocess med evidensbaserade bedömningsinstrument.

Smärtrehabilitering Öppenvård – rehabiliteringsteam för smärtpatienter med återkommande inläggningar i akutvården

Tidigare klinisk erfarenhet och en systematisk behovsinventering på DS visar att patienter med komplex långvarig smärta som söker akutvården ofta enbart får smärtbehandling med läkemedel vilket belastar akutvården utan att patienterna får den hjälp som de behöver.

- **Mål:** Starta ett team och erbjuda multimodal smärtrehabilitering för målgruppen patienter med återkommande inläggningar i akutvården p g a långvarig komplex smärta.
- **Syfte:**
 - Att patienter med komplex långvarig eller återkommande smärta i ett tidigt skede får tillgång till multiprofessionell bedömning och åtgärdsplan eller multimodal smärtrehabilitering.
 - Att avlasta akutklinikerna genom att minska besöken av patienter med långvarig eller återkommande smärta relaterad till exempel endometriosis, IBS och överviktskirurgi.
 - Att göra högspecialiserad smärtrehabilitering och dess verksamhet mer känd på DS och Region Stockholm.
 - Att öka samverkan mellan Smärtrehabiliteringen och akut- och specialistkliniker: rådgivning, kunskapsöverföring, remiss- och patientflöde samt utveckling av riktlinjer.
- **Resultat:** Team Övriga sjukhus (Team ÖS) började sin verksamhet januari -19, men psykolog har endast funnits under delar av året. Informationskampanjer har bedrivits till DS och utvalda kliniker i Region Stockholm och projektet har presenterats på nationell nivå.



Inflödet av remisser med målgruppen var lägre än förväntat. De förväntade svårigheter med patienternas deltagande i bedömning/rehabiliteringen har infriats. Goda resultat har uppnåtts för enstaka individer.

- **Plan 2020:**
 - Fortsatt arbete med patientgruppen och utveckla och anpassa rehab programmet
 - Fortsatt arbete för samverkan med akut- och specialistkliniker
 - Uppföljning av patienterna enligt kliniska rutiner och vetenskaplig utvärdering.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019

Ingen enskild utmärkande åtgärd kan nämnas. Sammantaget har kliniken en god patientsäkerhetskultur som genomsyrar arbetet som utförs, vilket även återspeglas i HSE-frågorna i medarbetarenkäten.

- Slutenvården har avslutat en omfattande flytt till nya lokaler. Med noggranna förberedelser/förarbete samt utbildning av personal har inget allvarligt tillbud inträffat i samband med flytten. De nya lokalerna är utformade utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, exempelvis med nya typer av larm, anpassad nattbelysning, snubbelfri miljö och öppna och rymliga korridorer.
- En mall för övervakningsnivåer har tagits fram och införts som tar hänsyn till t.ex. fallrisk, medicinska behov och oro hos patienten med syfte att rätt övervakningsnivå och tillsynsgrad ska tillämpas från början och därefter utvärderas kontinuerligt.
- Kliniken anordnar återkommande temaveckor som belyser patientsäkerhet, exempelvis säker kommunikation (teach-back), akut omhändertagande samt hygien.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: *Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur*

Resultat 2018 jämfört med 2019: Klinikövergripande HSE-index minskat från 84 till 80. De flesta enheter ligger i nivå med 2019 års resultat, dock en sektion (Smärtrehabilitering) som påvisat ett sjunkande HSE-index från 82 till 63 samt från 88 till 71 på respektive enhet inom sektionen.

Analys: Sjunkande HSE-index på sektionen tros bero på nya chefer på olika nivåer, chef utan tidigare erfarenhet av rehabilitering samt ett komplicerat och utdraget personalärende under perioden då enkäten besvarades som haft stor inverkan på personalgruppen samt minskat medarbetarnas förtroende för verksamheten.

Planerat förbättringsarbete 2020: Handlingsplan ej upprättad ännu eftersom resultatet av medarbetarundersökningen redovisades och gjordes tillgängligt sent i december månad. Handlingsplan utifrån resultatet av HSE-frågorna i medarbetarundersökningen kommer upprättas under kvartal 1 2020.



VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Syfte: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser inrapporterade från medarbetare och patienter/närstående

Mål: Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år

Mål: Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser

Resultat: 247 vårdavvikelser har rapporterats inom kliniken 2019 och antalet anställda var 383 vilket innebär 0,6 rapporterad avvikelse/anställd. Detta utgör ingen förändring från 2018 då resultatet tillika visade 0,6 avvikelse/anställd.

Analys: Inom slutenvårdssektionen rapporteras majoriteten av klinikkens vårdavvikelser (ca 75 % år 2019) och avvikelserna är mestadels av mindre allvarlig karaktär.

Genomfört förbättringsarbete 2019:

- Vid ett tillfälle under hösten har nyanställda inom slutenvården introducerats i avvikelseprocessen för att öka rapporteringsfrekvens och med fokus på att rätt saker rapporteras.
- Personal inom smärtrehabiliteringen har deltagit i en föreläsning/diskussion som modererats av patientsäkerhetscontroller, patientsäkerhetsläkare samt chefläkare inom patientsäkerhet, kring rapportering av vårdavvikelser för att öka rapporteringsfrekvensen.

Planerat förbättringsarbete 2020:

- Utveckla konceptet att introducera nyanställda i vårdavvikelseprocessen.
- Införa månadsbrev med patientsäkerhetsfokus inom slutenvården för att synliggöra och återkoppla vidtagna åtgärder till medarbetare utifrån rapporterade vårdavvikelser.

Mål: Utveckla analyserna på systematisk nivå.

Resultat: Av 247 rapporterade vårdavvikelser 2019 är 218 handlagda och klassificerade enligt tabellen nedan.

Klassificering Nivå 1	2019	2018
Behandling/omvårdnad	63	51
Utredning/bedömning/diagnos	7	7
IT/teknik/MT	6	1
Regelverk/juridik	1	0
Tillgänglighet	10	8



Dokumentation/informationsöverföring	34	24
Läkemedel	23	36
Vårdhygien	1	3
Destruktiva/självd destruktiva handlingar	1	1
Oväntat dödsfall	1	0
Bemötande	3	10
Hot och våld	0	1
Strålning/strålsäkerhet	0	0
Patientolycksfall	63	49
Externa avvikelser, har ej HändelseVis	5	9
Antal registreringar	218	200

- **Analys:** Patientolycksfall och behandling/omvårdnad utgör de mest frekvent rapporterade avvikelserna, inom båda klassificeringarna har antalet rapporterade avvikelser ökat från föregående år. Andelen patienter som faller under vårdtiden har minskat men med tanke på ökad rapporteringsfrekvens och efter analys kan vi se att det finns ett antal patienter som fallit *flera gånger under samma vårdtillfälle*. Inom klassificeringen behandling/omvårdnad rapporteras mest frekvent nutritionsrelaterade avvikelser samt angående följsamhet till instruktioner (t.ex. användning av hjälpmedel, positionering, inkoppling av kallelsealarm). Rutinen kring uppdatering av instruktioner och följsamhet till dessa är ett pågående arbete på respektive enhet. Inom klassificeringen dokumentation/informationsöverföring rapporteras om kommunikation med externa vårdgivare/samarbetspartners, dokumentation inom enheten och intern kommunikation.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Se avsnitt "Fallriskprevention och fallskador". Månadsvisa genomgångar inom slutenvården av inrapporterade avvikelser. Systematiska sammanställningar av vårdavvikelser till slutenvårdens arbetsgrupper (inom läkemedel och fall) som sedan återkopplas till medarbetare via professionsmöten. Sammanställningar och analys av vårdavvikelser inom öppenvård görs till sektionsledning tertialvis i verksamhetens tertialrapporter. Prioritavlor har införts inom slutenvården och utvärderats under hösten, för säkrare informationsöverföring. Dokumentationscaféer för sjuksköterskor har hållits.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Se avsnitt "Fallriskprevention och fallskador". Inkludera slutenvårdens nutritionsgrupp samt dokumentationsansvariga sjuksköterskor för de



systematiska sammanställningarna av vårdavvikelser. Framtagande av intropärm/introplan för nyanställda sjuksköterskor som bland annat tar upp den avdelningsspecifika doseträningrutinen för att minska antalet avvikelser kopplat till det.

RISKANALYSER

Mål: öka antalet riskanalyser för att förebygga antalet inträffade vårdskador.

- **Resultat:** 1 riskanalys, med titeln: "Risk att falla vid toalettbesök hos patient med nedsatt förmåga att signalera sitt hjälpbehov", har påbörjats i klinikens analysgrupp.
- **Analys:** Aktuell riskanalys planeras att slutföras kvartal 1 2020.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Ingen riskanalys utfördes 2018, varför inte heller något förbättringsarbete kopplat till det genomförts.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Åtgärder och förbättringsarbete utifrån handlingsplan när pågående riskanalys är avslutad.

ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE

Mål: Säkerställa att synpunkter som rapporteras används i verksamhetens förbättringsarbeten.

Resultat: Synpunkter från patienter och närstående har inkommit enligt tabell nedan. Utöver detta inkommer synpunkter via nöjdhetenkäter som delas ut till alla patienter och närstående som vårdas vid kliniken. Dessa synpunkter återkopplas direkt till berörd personal eller ansvarig chef.

Verksamhets- områden	Antal ärenden från patient/ närstående via 1177, brev/VO Edit	Antal nya enskilda ärenden från PaN/VO Edit	Antal nya enskilda ärenden från IVO/VO Edit	De två vanligaste kategorierna från PaN, IVO, 1177, brev /VO Edit
Rehabiliterings- medicin	18	4	5	Vård och behandling (11) Kommunikation (11)

Smärtrehabilitering: Utöver ovanstående enkäter, genomför enhetschefer gruppintervjuer med patienter som har deltagit i program årligen i alla team. Återkoppling till teamen.



- **Analys:** Ärenden som inkommit via PaN har rört missnöje över innehåll i journalanteckning vilket åtgärdades med rättning och notering i journal, anmärkning på utskrivningsplanering vilket följdes upp vid senare besök på mottagningen, begäran om ersättning för resa till vård utanför regionen som beviljades samt upplevelsen om för lite tid med teamet på dagvården. Ärenden från IVO har gällt bemötande, utlåtanden vid försäkringsmedicinska utredningsenheten samt önskemål om utlåtande från en medarbetare som inte längre arbetar kvar på kliniken.

Genomfört förbättringsarbete 2019: På smärtrehabiliteringen, utöver nöjdhetsenkäter, genomför enhetschefer gruppintervjuer med patienter som deltagit i rehabiliteringsprogrammen – detta återkopplas till teamen. På Hjärnskaderehab dagvård har vi en "Utvecklingsgrupp" för patienter som en del i arbetsförberedande rehab. Där diskuterar patienterna och tar fram förslag på förbättringar i verksamheten. Dessa förslag lämnas till oss enhetschefer. Vi ansvarar för att bedöma genomförbarheten i samråd med övriga teammedlemmar och för de åtgärder som följer samt återkoppling till "Utvecklingsgruppen".

Några förslag som lett till åtgärd under 2019 är t.ex:

- Minska ljudvolym i patientmatsalen. Åtgärd: i samråd med patientrepresentanter har matsalen möblerats om och kaffeapparaten flyttats.
- Förtydligande av informationsflöde. Åtgärd: ansvariga för anslagstavla och rehabpärm har utsett i professionsgrupperna. Planering av förtydligande av kontaktpersonens ansvar för informationsflöde.
- Halt i duschen. Åtgärd: Halktejp har satts i patientduscharna.

Patientnöjdhetsenkät fylls i av patienterna under och efter rehabiliteringsperioden. Synpunkter som framkommit är bland annat:

- Åldrad digital arbetsmiljö- patienterna önskar digitalt schema och utbildningsmaterial. Åtgärd: Samverkan med KÖA och e-hälsa pågår.
- Avsaknad av fungerande wifi. Åtgärd: Wifi har installerats i våra lokaler vilket även ökat tillgänglighet till terapeuterna som kan arbeta med laptop.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Patientråd för slutenvårdens patienter 1 gång/månad.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019.

Ingen lex Maria under 2019.

En **händelseanalys** påbörjades 2018 som slutfördes kvartal 1 2019: *Patient avlider i lungemboli*. Åtgärderna det beslutades om och som genomförts var följande:

- Ansökan om ny term i journalsystemet avseende trombosrisk/trombosprofylax har gjorts till systemförvaltningen för Take Care. Slutsvar på ansökan har inte mottagits än.
- Uppdatering av riktlinje och flödesschema gällande trombosprofylax samt förankring av rutin i läkar- och sjuksköterskegrupp



- Tillägg av term som adresserar ödem/bensvullnad i sjuksköterskans slutanteckning för att uppmärksamma mottagande vårdgivare på eventuella observandum.
- Uppdaterad rondrutin för att underlätta kroppsundersökning avseende uppkomst av djup ventrombos

En **Internutredning** gjordes: *Suicid 1 månad efter utskrivning* vilket fastslog att händelseförloppet inte kunnat påverkas från klinikens håll men händelsen utgör ett lärande exempel och tydliggjorde behovet av att mer frikostigt bjuda in psykiatrin till inledande SIP på sjukhus inför utskrivning.

- Internutbildning om suicidrisk och suicidprevention har hållits för omvårdnadspersonal på slutenvården

Planerat förbättringsarbete 2020: Ingen analys/utredning gjord under hösten/vintern som föranlett planerade åtgärder för 2020.

Kvarstående åtgärder från tidigare händelseanalys:

- Uppföljning av ansökan för ny term i journalsystemet och vid godkännande uppföljning med journalgranskning.
- Tydliggörande av introduktionen av nyanställda för riktlinjer
- Tydliggöra processen för spridning av uppdaterade riktlinjer

STRUKTURERAD JOURNALGRANSKNING

Mål: Verksamhetsområdet identifierar processer som behöver förbättras och genomför journalgranskning

En årlig analys av följsamhet till dokumentationskrav görs på varje sektion (Hjärnskaderehabilitering Slutenvård, Neuro Öppenvården och Smärtcentrum). Dokumentationskraven består av sådant som vi fastställt själva, men grundar sig även på riktlinjer från DSAB, Socialstyrelsen och CARF (The Commission of Accreditation for Rehabilitation Facilities).

Hjärnskaderehabilitering Slutenvård

Granskning av följsamhet till dokumentationskrav (21 st) enligt CARF, Socialstyrelsen, DSAB och enligt oss själva på Rehabiliteringsmedicinska kliniken.

- **Resultat:** Journaler från ett representativt antal inläggande patienter fördelat över året och mellan teamen (20 st) har granskats enl. strukturerad granskningsmall. 65% av patienterna hade minst 80% följsamhet till fastställda dokumentationskrav och 2 av de 3 för 2019 uppsatta målen uppfylldes: Minst 1 dokumenterat målavstämningssamtal per patient samt >70% med ifyllt samtycke till WebCare. Uppgift om tidigare kostvanor och fysisk aktivitet vid inskrivning, om sår under vårdtillfället samt om att erhållen info/instr inför utskrivning



förstått av patienten resp. närstående/pers.ass (om aktuellt) var däremot bristfälligt dokumenterat.

- **Analys:** Temavecka om Teach-backmetod emottogs positivt, men interventionen var inte tillräcklig för att förändring skulle äga rum. Bättre struktur för introduktion av nya läkare märks även. Ser även utbildningsbehov av sjuksköterskor så att information om sår inte missas vid utskrivning.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - a. Temavecka Teach-back
 - b. Införande av obligatorisk term om lärande "Kunskap/utveckling" med frastextförslag i bl.a. läkarens slutanteckning
 - c. Följa upp ändrad rutin för patientsamtycke till Webcare
 - d. Införa aktiva-val med ny rutin för inhämtande av samtycke till sammanhållen journal
 - e. Se över och tydliggöra kontaktpersonens rutin för målavstämningssamtal
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - a. Teach-back-metod vid utskrivningssamtal
 - i. Lägga till i Utskrivnings-PM för underläkare
 - ii. Introducering av nyanställda underläkare i Teach-back-metod
 - iii. Följa upp användandet av term om lärande "Kunskap/utveckling" i läkares slutanteckning – förstår man orsaken...används frastexter...varför väljer man att inte skriva ngt?
 - b. Hälsöfrämjande levnadsvanor
 - i. Tydliggöra vem/vilka i teamet som är huvudansvariga att identifiera och planera för respektive problemområde (kostvanor, fysisk aktivitet) och flytta termerna
 - c. Utbilda/påminna sjuksköterskorna om vikten av följsamhet till dokumentationskrav om sår enl. Carf-standard 2A.26

Neuro Öppenvård

- **Resultat:** Journalgranskning är helt klar för 2 av 6 enheter, övriga är påbörjade.
- **Analys:** Störst brist noteras avseende patientens förståelse av given information. Svårighet att genomföra journalgranskning enligt plan. Trolig delorsak är omorganisation och sjukdom.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Sektionsledningen har tagit beslut att implementera Teachback för att säkerställa att patienten har förstått information, se jnl-granskningsarbete; Revidering av granskningsmallar för respektive verksamhetsområde. Framtagande av rutiner för granskning av representativt antal journaler samt urval.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Arbeta med frågan om patienten har förstått information (som i dagsläget ligger mycket lågt). Implementera rutiner för granskning för att säkerställa att den blir genomförd under avsatt tid. Diskussion i sektionsledning gällande följsamhet till planerad journalgranskning. Rutiner finns.



Smärtrehabilitering

Fokus utifrån tidigare identifierade områden att följa upp efter vår första journalgranskning 2018: Samtycke, IRP, Utskrivningsdokumentation.

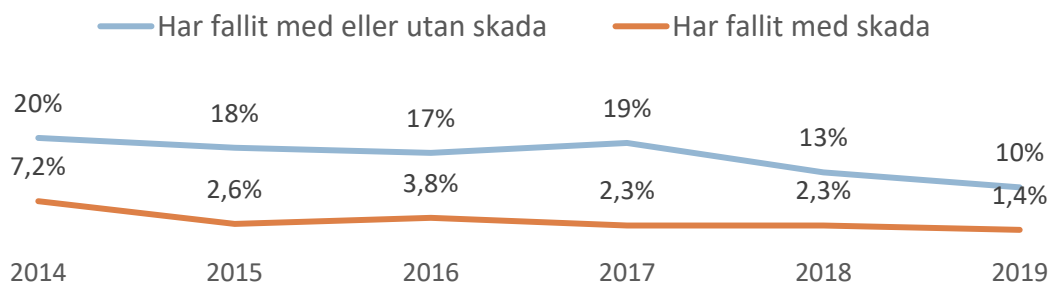
- **Mål:** andel ja 80%.
- **Resultat:** Journalgranskning 6/team, dvs 30 journaler av patienter som deltog i fortsättningsprogram 2018. Samtycke: *Kontaktuppgifter* oförändrad 67% ja; *Sammanhållen journal:* förbättrad 100%; *Kvalitetsregister:* oförändrad 73% IRP: mycket bra även i år i de flesta frågor. Utskrivningsdokumentation: försämring i flera frågor. Nya områden från läkar- och sjuksköterskejournaler: Hudkostym, Sexualitet/reproduktion, Omvårdnadsdiagnoser, EQ-5D, Smärtanalys visar att endast smärtanalysen uppgår till önskad nivå.
- **Förbättringsarbete:** diskussion på enhetsmöte där vikten av kommunikation med närstående och barnens situation poängteras. Granskning av patientjournaler (12 stycken) som avbrutit rehabilitering visar, att hälften visade låg motivation, för svåra sociala situationer för att delta i rehabiliteringen eller dödsfall i familjen.
- **Planering 2020:** Fortsatt diskussion på enhetsmöte/teamen. Granskning även av patienter som enbart bedöms.

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

Målnivå > 77 % dok åtgärder Datakälla: PPM Rapportor

Målnivå < 4% som fallit med skada Datakälla: Qlikview

- **Resultat:** Mål uppnådda – andel patienter med fallpreventiva åtgärder inom 24h = 93% och andel som fallit med skada = 1,4%.
- **Analys:** Andel fallriskpatienter är fortsatt hög, 79% jämfört med 51% på DSAB. Trots det har andelen patienter som fallit på avd 80/84 minskat betydligt och lika så andel patienter med fallrelaterade skador – se linjediagram nedan. Förbättringspotential finns gällande täckningsgraden för beräkning av fallförekomst, vilken var 81% under 2019.



- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - a. Fallmarkörer – testat och infört
 - b. Fallpreventionsutbildning för nyanställda – ½-dagsutb



- c. Trådlöst golvlarm – testat i våra nya vårdavdelningslokaler
- d. Larmlathund med kriterier för när respektive larmtyp lämpar sig - framtaget
- e. Resultatåterkoppling av fallstatistik - tertialvis
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - a. Dokumentation av fall – standardisera användandet av fallpreventionsterm i samband med fallhändelse och i slutanteckning
 - b. Överrapporteringsmetod avseende fallpreventionsåtgärder – utarbeta strukturerad metod
 - c. Golvlarm – utvärdera test, utbilda och implementera övervakningshjälpmedel
 - d. Reflektion "Huddle" efter fallhändelse – testa reflektionsmetod
 - e. Fallmarkörer – följa upp hur det används
 - f. Riskanalys "Toalettbesök hos fallriskpatient med nedsatt förmåga att signalera sitt hjälpbehov" – ta fram åtgärdsplan

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

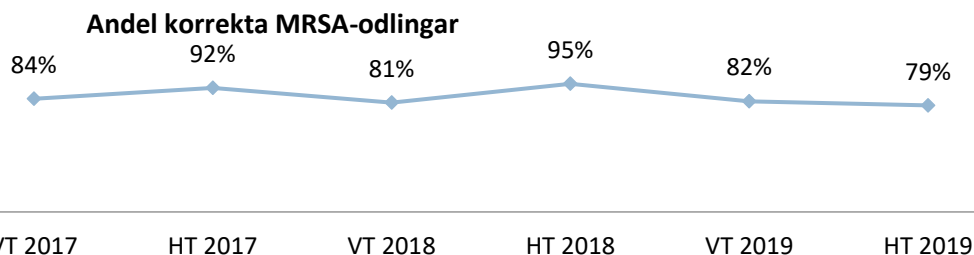
Målnivå: 52 % Datakälla: Qlikview

- **Resultat:** Mål uppnått - andel patienter med ett utskrivningsmeddelande där något av LM sökorden fyllts i var 88,6% under 2019.
- **Analys:** Följsamheten till fastställt dokumentationssätt är god, men har minskat jämfört med 2018 då det låg på 93,6%. Mätt per månad ses en variation mellan 76,5 - 100% under 2019.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Påmint läkare om hur den sjukhusövergripande journalmallen "Utskrivningsmeddelande" ska användas
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Rutinen att gå igenom och lämna ut utskrivningsmeddelande till patienten och/eller dess närstående (när patienten inte klarar inhämta skriftlig information) är väl inarbetad. Inget nytt förbättringsarbete under 2020 är inplanerat.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Målnivå 90 % för MRSA Datakälla: Rapportor

- **Resultat:** Mål ej uppnått – andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering var 81% (82% vid vårmätningen och 79% vid höstmätningen). Patienter med riskfaktor för;
 - a. a) ESBL/ESBL carba där odl utförts = 83% (5 av 6)
 - b. b) ESBL carba där odl utförts från riskfaktorer = 80% (4 av 5)
 - c. c) VRE där odl utförts = 83% (5 av 6)
- **Analys:** Cirka hälften av patienterna - 54% - har risk för MRSA. Majoriteten odlas korrekt, men följsamheten har minskat något jämfört med tidigare år – se linjediagram nedanför. Hos utlandsvårdade har enstaka faesesodling och stoma (PEG/Trach) missats odlas från, men nytt är att även näsa/svalg/perineum missats.



- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - a. Identifiera felkällor via kliniska omvårdnadsledares granskningsarbete
 - b. Lathund för ARB-provtagningar för USK uppsatt i PNA-rummet
 - c. Provtagningsförfarandet - undervisning på USK-möten
 - d. ARB-screeningmetod – undervisning på SSK-planeringsdagar och hygienveckan
 - e. Nya lokaler med eget rum/toa/dusch till alla patienter
 - f. Hudinspektion vid inskrivning – implementerat blankett
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - a. ARB-screening – lägga till detaljbeskrivning av metod i sjuksköterskans inskrivningschecklista
 - b. Introduktion av ARB-screeningmetod för nyanställda USK/SSK – utöka SSK-resurs i Hygiengruppen till 1 per vårdavdelning för att bl.a. lära ut/checka av kunskap hos nyanställda
 - c. Hudinspektionsblankett – uppföljning av användandet

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

Datakälla för självskattning & observationsstudie: Rapportor

- **Resultat:**
 - **Hjärnskaderehab Slutenvården:** Har utfört BHK-observationer. Eget mål gällande följsamhet till basala hygien- och klädregler (>80%) uppnåddes ej - andelen observationer som var korrekt utförda i samtliga delmoment var **65%** (45 av 72), varav 55% på våren och 78% på hösten.
 - **Neurorehab ÖV:** Använder självskattning som utvärderingsmetod, men i år var svarsfrekvensen låg (40%, 40 personer på NÖV Danderyd och ingen på NÖV Huddinge). 82,5% rapporterade följsamhet gällande handsprit före patientkontakt,



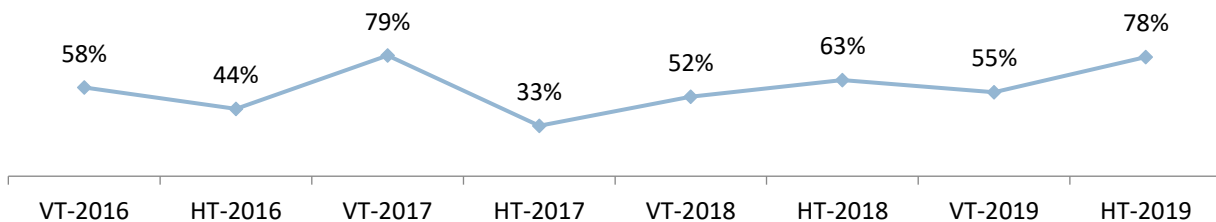
jämfört med 87,5% som använder handsprit efter, vilket är en minskning från förra året (92%). 92% uppger att de använder korrekta arbetskläder.

- **Smärt ÖV:** Självskattning utförd under vår och höst. Svarsfrekvens 93% på våren och 91% på hösten. Följsamhet till korrekt användning av handsprit 75% på våren och 83% på hösten. Följsamhet till korrekt arbetskläder 72,5% på våren och på 73% på hösten.

- **Analys:**

- **Hjärnskaderehab Slutenvården:** Desinfektion före patientkontakt är den enskilt vanligaste orsaken till att följsamhet missas. Näst vanligast är skyddskläder.
- **Neurorehab ÖV:** Försämring gällande användande av handsprit och korrekta arbetskläder jämfört med 2018.
- **Smärt ÖV:** Svarsfrekvensen har blivit bättre. Följsamheten till korrekt användande av handsprit har blivit något lägre (gäller framförallt handsprit före/efter användning av handskar). Kyliga lokaler bidrar till brister i korrekt arbetskläder.

Korrekta basala hygien- och klädregler avd 80/84



- **Genomfört förbättringsarbete 2019 på Slutenvården och Öppenvården:**

- Korrekt arbetsdräkt - affischering i nya lokaler + omklädningsrum
- Problematiseringsdialog tillsammans med Hygiensjuksköterskan för paramed och läk
- Enhetschefer strävar efter "nolltolerans" kring oföljsamhet till klädregler – åtgärdstrappa framtagen
- Resultatgenomgång av chef inom respektive arbetsgrupp
- Folder "Hur ska jag klä mig?" – implementerad för nyanställda
- Hygienvecka med ny film "Sagan om den goda spriten" där desinfektionsrutiner kopplade till våra nya lokaler lyfts fram
- Handspritplacering såväl innanför som utanför varje patientrum efter flytten till nya lokaler
- Handsprit i rullstolshöjd vid ingång till Gymmet på avd 80 resp 84 och på Aktivitetscenter
- Konsultteamet har beslutat att köpa in hembesökskläder som får tvättas på sjukhuset.
- Information- utbildningstillfälle med efterföljande diskussioner.
- Fortsatt styrmått i aktivitetsplan 2019 och uppföljning av utförande av årlig repetition av Lärtorgsmodul om basala hygienregler.



- Fortsatt individuell genomgång av gällande basala hygienregler av hygiensjuksköterska till nya medarbetare.

- **Planerat förbättringsarbete 2020 på Slutenvården och Öppenvården:**

- Lättläst patientinformation för olika sorters smitta
- Implementera rutin för muntlig information till patienter med olika sorters smitta
- Se över rutin för arbetsdräkt utanför sjukhuset (konsultbesök på annat sjukhus, hembesök, träning med olika färdmedel, handla, promenad...)
- Hygienvecka till hösten
- Fortsatt arbete för "nolltolerans" kring oföljksamhet till klädregler.
- Fortsatta information- utbildningstillfälle med efterföljande diskussioner.
- Fortsatt styrmått i aktivitetsplan 2020 och uppföljning av utförande av årlig repetition av Lärtorgsmodul om basala hygienregler.
- Fortsatt individuell genomgång av gällande basala hygienregler av hygiensjuksköterska till nya medarbetare.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 6% förekomst, särredovisa egenförvärvade VRI

- **Resultat:** Mål uppnått - 4,8% (3 av 63) hade vårdrelaterade infektioner som uppstått till följd av vården på sjukhuset varav 1,6% (1 av 63) förvärvade på avd 80/84.
- **Analys:** Riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner är få och det går inte att dra några slutsatser utifrån årets två punktprevalensmätningar, men vid summering av samtliga mätningar mellan 2012 - 2019 så fortsätter urinvägsinfektion utmärka sig som den vanligaste - 40% (17 av 43). Näst vanligast, 19% (8 av 43) är infektion i hud/mjukdelar. Antibiotika:behandling och profylax är den riskfaktorn som korrelerat starkast med VRI 76% (37 av 49) och därefter KAD med 27% (11 av 41).
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - UVI-prevention – översyn av rutiner för att minimera KAD-tid enl. nedan var inplanerat, men har fått skjutas fram till nästa år p.g.a. att valideringsarbetet av infektionsverktyget ej blivit av.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - UVI-prevention – översyn av rutiner för att minimera KAD-tid
 - Journalgranska KAD-dokumentation (indikation, planering, in/ut/byte, sort)
 - Testa verktyg för uthämtning av data för KAD-tid (Infektionsverktyget? QlikView?)
 - Mäta andel pat med KAD, KAD-tid och UVI

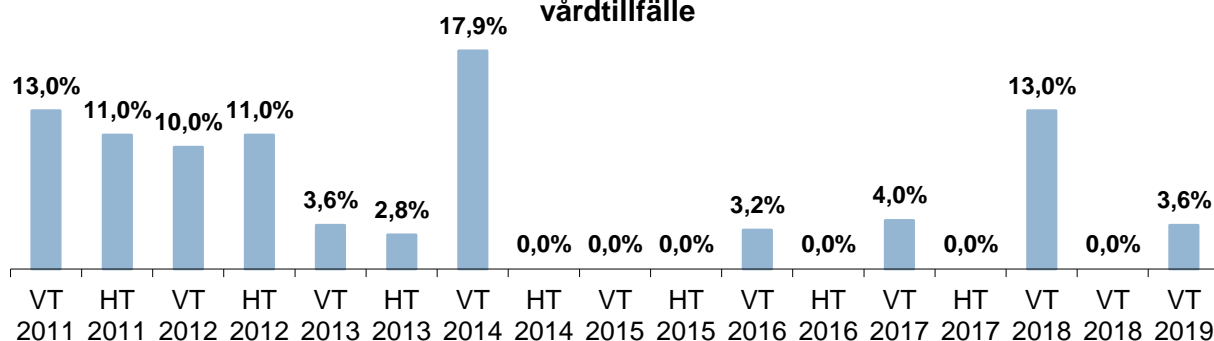


PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 3% egenförvärvade kat 2-4 inkl A/B, dok åtgärder > 75 %

- **Resultat:**
 - a. 3,6% (1 av 28) hade egenförvärvat trycksår av kategori 2 vid PPM-mätningen.
 - b. 100% var trycksårsriskbedömda inom 24h
- **Analys:** Trycksåret som registrerades vid PPM-mätningen var av kategori 2 och hade uppstått genom tryck/skav från skokant. Jämfört med tidigare års PPM-mätningar anas en hoppig men successivt minskande förekomst – se diagram nedan – men PPM-mätningarna ger oss inte total överblickbarhet, såsom vi skulle önska. Nytt för i år är därför att antal sår (oavsett genes och svårighetsgrad) mäts kontinuerligt på alla ineliggande. Uppgiften inhämtas via QlikView från sjuksköterskans slutanteckning, men täckningsgraden är hittills för låg. Med reservation för att det kan vara för tidigt att dra några slutsatser av resultatet så ses här att sår förekomsten generellt är relativt låg – mätt per vårdtillfälle uppvisade 7% sår. Av det totala antalet sår hos patienterna som varit inskrivna 2019, så var 40% trycksår (23 av 59) och 20% var egenförvärvade (12 av 59). Siffran är hög eftersom även kategori 1 är inkluderade – d.v.s. rodnad som inte bleknar vid tryck. Inga trycksår hade förvärrats under vårdtiden.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - Registrera trycksårsförekomst under aktuell vårdtid på samtliga patienter
 - Förbättra Hudinspektionsrutin – införa hudstatusblankett
 - Fördjupa kunskap kring omlägningsmaterial bland sårombud
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - Sårproduktsortiment – optimera förråd och ta fram pedagogisk sårproduktslathund
 - Förbättra täckningsgrad av dokumentation av sår under aktuellt vårdtillfälle i sjuksköterskans slutanteckning

Andel patienter där trycksår (kategori 2-4) förvärvats under aktuellt vårdtillfälle



PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

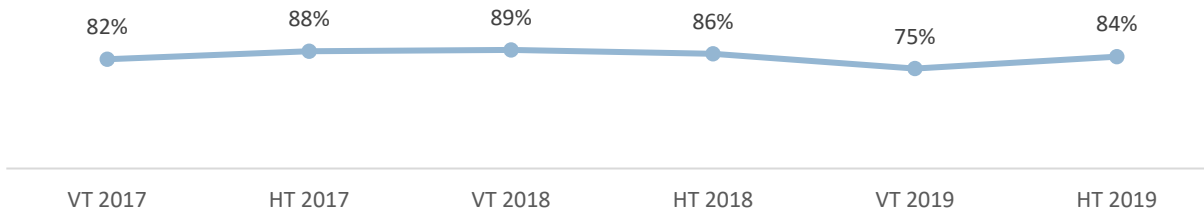
FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN



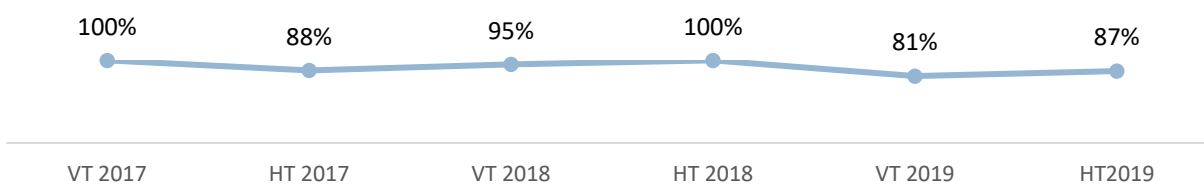
Datakälla: Rapportor Målnivå > 80% nutritionsbedömning, ordinerade åtgärder > 72%

- **Resultat:**
 - a. 80% nutritionsbedömda inom 24h (75% på våren och 84% vid höstens PPM-mätning)
 - b. 85% med ordinerade åtgärder avseende undernärsprevention (81% på våren och 85% vid höstens PPM-mätning)
- **Analys:** Andelen riskbedömda och andelen riskindivider som fått åtgärder ordinerade ligger inom accepterad målnivå men minskade något i år – se diagram. Det är fortfarande uppgift om viktförändring som är den största anledningen till inkomplett bedömning – viktuppgift saknas ibland från tidigare vårdgivare. Rutin för upprättande av åtgärdsplan för Veckorehabs patienter har också saknats sedan den "sjuksköterskelösa" avdelningen startade 2017. Från i år ingår en sjuksköterska i detta team, varför rutin över dokumenterad nutritionsplan setts över. Undernärsrisken är fortsatt hög - 61% av (39 av 64) enligt uppsatta kriterier.

Andel patienter som riskbedömts avseende undernäring



Riskpatienter med planerade åtgärder



- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - a. Återkoppling till samtliga SSK om PPM-resultat med anvisning om vikten av korrekt bedömningsförfarande
 - b. Patientinformationsblad om undernärsrisk efter förvärvad hjärnskada framtaget
 - c. Antalet patientutbildningstillfällen om matens betydelse samt ät- och sväljproblem har ökat
 - d. Rutin införd för upprättande av nutritionsplan för riskpatienter på Veckorehab
 - e. Följt upp samarbetsrutiner mellan yrkeskategorier inblandade i måltidssituationen
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - a. Nutrition efter förvärvad hjärnskada – dietistföreläsning för Neuroläkargrupp och Nutritionsrådets medlemmar och sjuksköterskor
 - b. E-kurs om "Måltid på sjukhus" för all kökspersonal



Danderyds Sjukhus

I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

**PATIENTUPPLEVD KVALITET**

Redovisa resultat från egna mätningar, öppen- och slutenvård Datakälla: Rapportor

Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019	Resultat öppenvården andel positiva svar 2019 (2018)	Respondent-volym Öppenvård	Resultat slutenvården andel positiva svar 2019 (2018)	Respondent-volym Slutenvård
Delaktighet och involvering	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"	91% (80% 2018)	303 st	74% (70% 2018)	166 st
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	94% (87% 2018)	302 st	86% (80% 2018)	167 st
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	98% (95% 2018)	301 st	89% (88% 2018)	164 st

- **Mål:** Andel positiva svar på respektive fråga > än förra årets resultat
- **Analys:** Målen har uppnåtts, men förbättrad upplevelse avseende involvering och information finns att önska på slutenvården. Fler män än kvinnor var positiva på slutenvården gällande informationsfrågan (86% jfr med 79%) och rekommendationsfrågan (90% jfr med 79%). På öppenvården sågs inga könsskillnader. På Neuro Öppenvård (Team AB och ABC) sågs ingen nedåtgående trend avseende frågan "Patientens nöjdhet med information och var hen ska vända sig efter rehab" vilket befarades vid analys 2018 (90% 2017, 87% 2018, 97% 2019).
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - **Hjärnskaderehab Slutenvård:**
 - Temavecka Teach-back-metod.
 - Fler undervisningstillfällen med "Hjärnkunskap" för inläggande patienter och deras närstående jfr med 2018.
 - Patientråd testas
 - **Neuro Öppenvård:** RVU har tagit fram rutiner som ökat svarsfrekvensen på patientenkät; rutiner finns för alternativa svarsformer för patienter som inte kan fylla i pappersenkät.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**



- **Hjärnskaderehab Slutenvård:** Följa upp användandet av Teach-back-metod och Patientråd
- **Neuro Öppenvård:** implementering av Teach back-metoden

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE

Kort beskrivning av ev. förbättringsarbeten som genomförts under året för att gynna patientens övergång i vården

Smärtsektionen

Samverkan mellan smärtrehabiliteringen och akutvården samt psykiatrin har ökat kring patienter med komplex långvarig smärta. Team ÖS, se ovan.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Kort redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder samt resultat utifrån ovan, i förekommande fall

- I april 2019 genomfördes en kvalitet- och miljörevision enligt ISO9001:2015, ISO14001:2015 av Bureau Veritas. Kliniken blev godkänd och flera styrkor lyftes fram:
 - Patientnöjdhet – bra exempel på anpassning av mätverktyg efter patientgrupp - t.ex. bildstöd
 - Bra "röd tråd" i förbättringsarbetet
 - Bra uppföljning av årshjulsaktiviteter med chefer
 - Verksamhetsutvecklare har åtgärdslistor som stöttar arbetet
- I maj 2019 genomgick kliniken en förnyad ackreditering enligt Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) International, från ledningssystem och strategisk planering till vårdprogram. Ett internationellt team som granskade kliniken i 3 dagar. Samtliga program fick förnyad ackreditering på 3 år.
- Under hösten har teknik- och kemikalieronder genomförts av lokala miljöombud.