



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT KVALITETSREGISTER

OPLANERAD ÅTERINSKRIVNING TILL IVA INOM 72 TIM

- **Mål:** < 3%
- **Resultat:** 2,72
- **Analys:** Flytt till nya akutvårdsbyggnaden sept. 2019

Genomfört förbättringsarbete 2019:

Planerat förbättringsarbete 2020: Se över bemanningsbehov (och därmed möjlig beläggning) i relation till de nya lokalerna? Omorganisera iva-mott med möjlighet till uppföljning på avd de första 72 timmarna efter utskrivning från iva.

RISKJUSTERAD MORTALITET

- **Mål:** < 1,05
- **Resultat:** 0,88
- **Analys:** För att få den korrekta siffran för hela 2019, då det handlar om 30-dagars överlevnad, borde beräknas först den sista januari 2020.

Genomfört förbättringsarbete 2019:

Planerat förbättringsarbete 2020:

RAPPORTERING TILL SPOR

- **Resultat:** 100%
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Utökad registrering av temperaturmätning vid op.start samt op.slut för operationer 30min eller mer.
Planerat förbättringsarbete 2020: fortsätta registrera temperaturmätning samt påbörja registrera smärta vid ankomst till postop samt illamående postoperativt.



SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

Redovisa täckningsgrad i registret samt Andel patienter med utförd validerad smärtskattning

- **Målnivå:** Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%
- **Resultat:** Täckningsgrad **95%** och andel patienter med validerad smärtskattning är **80%**.
- **Analys:** I de fall (2 st) där validerad smärtskattning inte var utförd enligt enkäten, var det "vet ej" som svar vilket tolkas som nej men är svårvärderat. Kan ju vara att man som ansvarig sköterska just den dagen inte känner patienten så väl och/eller inte har tid att grota bakåt i journalen.
- Kan ej efterregistrera efter > 6 månader.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Fortsatt jobbat med vad som är ett väntat dödsfall (ur ett palliativt perspektiv och inte medicinskt) respektive oväntat.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

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

Flytten av verksamhet på Sterilteknik, IVA, Centraloperation och Postoperativ avdelning

- **Mål:** Upprätthålla god kvalitet och kapacitet av vård under flytt av kritiska verksamheter
- **Syfte:** Säkerställa säker driftsättning av ny akutvårdbyggnad
- **Resultat:** Anpassningarna av verksamhet har gjorts patinetsäkert och kvalitetsparametrar har kunnat bibehållas.
- **Plan 2020:** Fortsätta arbeta med anpassningar av verksamheten till våra nya lokaler.

Mätning av cardiac output på IVA patineter

- **Mål:** På IVA har vi under 2019 fokuserat på att mäta hjärtfunktionen hos patienter med septisk chock.
- **Syfte:** öka andelen patienter som har dokumenterad mätning av hjärtfunktionen vid septisk chock för att kunna optimera behandlingen av sviktande cirkulation.
- **Resultat:** 2019 mättes hjärtfunktionen i 52 % av alla vårdtillfällen med septisk chock med ekokardiografi. En ökning med 80 % jämfört med tidigare år.
- **Plan 2020:** öka andelen med uppmätt hjärtfunktion till 55 % hos patienter med septisk chock – antingen med ekokardiografi eller kontinuerlig cardiacoutput-utmätning. Samt att förbättra dokumentationen av dessa åtgärder.

Införande av provisorisk hybridsal

- **Mål:** Möjlighet att embolisera vid stora obstetriska blödningar



- **Syfte:** Att på det sjukhus i Sverige som har flest förlossningar ha möjlighet att ge bra vård vid blödningskomplikationer.
- **Resultat:** Hybridsal för akuta obstetriska blödningar startat 1 november 2019. Utarbetande av rutiner och simuleringar genomförts inför detta, ett arbete som kommer redovisas på Patientsäkerhetsdagen 2020. Polikliniseringen, sjukhuset lyft sig från en bottennivå i riket.
- **Plan 2020:** Arbeta för en hållbar och långsiktig lösning för patienter i behov av hybridgrepp pga obstetriska blödningar på DS.

Öka Dagkirurgiska flöde på KK-operation i samarbete med KK

- **Mål:** Öka andelen av patienter på KKs operationsavdelning som opereras i dagvård
- **Syfte:** Effektivare omhändertagande av patienter på rätt vårdnivå
- **Resultat 2019:** Påbörjat arbete
- **Planering 2020:** Fortsätta arbetet med ett polikliniskt flöde till KK-operation.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Anestesi: Översyn av arbetssätt i samband med flytten till nya lokaler. Samordna resurser på operation jourtid och koppla in läkare tidigt i handläggningen till patienter som behöver akuta operationer.

IVA: Översyn av arbetssätt i samband med flytt till nya lokaler. Förtätning av personal på IVA efter flytt till nya lokaler, för att säkerställa övervakning av IVA patienter.

NRC: Diskmaskinsprocessen av flergångsbroncoscop underkänd vid hygienrond, vilket innebär risk för vårdrelaterade infektioner, VRI. Man har istället använd engångs-broncoscop, vilket å sin sida in te är bra ur hållbarhetssynpunkt. Planerar att under 2020, pga hållbarhets perspektivet, att återinföra flergångsbroncoscop med desinfektion på sterilteknik.

Sterilteknik: Även denna enhet har flyttat. Verksamheten är ISO-certifierade och ser kontinuerligt över sina processer.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

- **Resultat 2018 jämfört med 2019:** Index har försämrats från 84 till 79.



Analys: *Över lag har vi fina resultat kring patientsäkerhetsarbetet. Vi kan förbättra kommunikationen kring vidtagna åtgärder efter negativa händelser. Vi vill också öka deltagandet för patient/anhörig vid analys av avvikelser.*

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Uppföljning av beslutade åtgärder enligt behandlingsplan

Erbjuda patienter/anhöriga deltagande i patientsäkerhetsarbete i större utsträckning.

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

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

Mål: *Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år*

2019 registrerades 459 st medarbetar rapporterade avvikelser, vilket innebär en ökning med 80 st sedan 2018 och *1,2 avvikelser per anställd.*

VO har under 2019 handlagt 320 st avvikelser, en ökning med 30 st sedan 2018. 26 st av dessa har gått till uppföljning, vilket innebär att andelen avvikelser som går för uppföljning har minskat från 8,3 till 8,1%. (Sterilcentralens avvikelserrapporter har lyfts ur ovanstående uppgifter.)

Mål: *Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser*

- **Resultat:** Det går idag inte att analyser om fler medarbetare är aktiva rapportörer i rapporteringssystemet HändelseVis på grund av att "Överblick" ligger nere.
- **Analys:** I medarbetarenkäten framkommer även 2019 som 2018 efterfrågan om ökad återkoppling av resultat och vidtagna åtgärder utifrån analyser av avvikelser.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Under 2019 arbetade vi för ökad transparens genom direkt återkoppling till verksamheterna och berörd personal av analysresultat.
Planerat förbättringsarbete 2020: Fortgående under 2020 men med då även information av aktivt vidtagna åtgärder utifrån bakomliggande orsaker

Mål: *Utveckla analyserna på systematisk nivå.*

Mål: *Utveckla analyserna på systematisk nivå.*

Beskriv eventuella förändringar inom klassificeringsgrupperna nivå 1, handlagda inom VO:t samt vilka åtgärder ni har vidtagit för att minska den mest frekventa vårdavvikelsen



- **Avvikelser "Tillgänglighet".** Avvikelserna beskriver hög arbetsbelastning, operationskrockar och väntan för patienterna på uppvakningsenheterna. Avvikelserrapporteringen ökade mellan 2017 och 2018.
Resultat: Efter omarbetning av arbetsfördelningen under jourtid ser vi 2019 en minskning av avvikelser från 36 st till 22 st.
- **Avvikelser "IT/teknik/MT"** har minskat från 97 st registreringar 2018 till 58 st 2019. Den största undergruppen till IT/teknik/MT avvikelserna var det nya kommunikation och larmsystemet. Vid analys av avvikelserna tillsammans med kommunikations enheten identifierades förutom tekniskt bakomliggande även till bristande kunskap och handhavandefel. Ett flertal utbildningstillfällen genomfördes.
Resultat: Under 2019 fortsatt övervakning av inrapporterade avvikelser med koppling till kommunikation och larmsystem. Vi ser nu en minskning till kopplat till kommunikation och larmsystemet 16 st avvikelser är kopplade till kommunikation och larm relaterat till 95 st 2018.
- **Avvikelser Läkemedel** har ökat från 22 registreringar 2018 till 54 st 2019. 46 av dess har handlagts på egen VO. Största undergruppen är avvikelser kopplade till händelser vid administrering av läkemedel.
Analys: *Läkemedelsförväxling är en ofta förekommande avvikelse inom vården. VO har barriärer för miniminering av risker som användande av etikettskrivare, förprogrammerade infusionspumpar och rutin att kontroll av alla pågående läkemedel ska vid varje passbyte.*
- **Avvikelser Behandling och omvårdnad** den största gruppen av handlagda avvikelser under 2019 122 st, en ökning med 18 st sedan 2018.
Analys: I kategorin finns flertal undergrupper varför djupare analys är nödvändig under 2020.
Resultat: *Det mest valda orsaksområdet är "Procedurer, rutiner och riktlinjer". Den största undergruppen är "riktlinjer och rutiner har inte följts".*
Analys: *Ett problem kan vara svårigheter med att hitta aktuella riktlinjer i EDIT.*
Genomfört förbättringsarbete 2019: Under 2017 startade en aktiv översyn av dokument i EDIT. Arbetet har fortsatt under 2018 och 2019.
Planerat förbättringsarbete 2020: Fortgående säkerställande av åtkomst av aktuella riktlinjer
- **Avvikelser Medicinsk teknik/specialanpassade medicintekniska produkter** (trakealkanylsystem)
Resultat: Fyra avvikelser gällande haveri av specialanpassade trakealkanylsystem resulterade till 3 analyser inför anmälan till läkemedelsverket. I alla tre händelserna har tillverkarna av grundkanylena informerats om det inträffade och anmälan har gjorts till



läkemedelsverket med information till IVO. Händelserna har inte föranlett till anmälan enligt lex Maria.

Analys. Behov har identifierats för att säkerställa avvikelshanteringen gällande haveri av specialanpassade trakelkanylssystem.

Planerat förbättringsarbete 2020: Arbetet med säkerställande av riktlinjer kommer att fortgå tillsammans med Medicintekniska enheten under 2020.

RISKANALYSER

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

- **Resultat:** Antalet utförda Risk och konsekvensanalyser har varit många under 2020. Fokus har legat dels på patientsäkerheten, men också i stor utsträckning på arbetsmiljön.
- **Analys:** Ex genomförande av omfattande reservkraftprov, Införande av Hybridsal, driftsättning av akutvårdbyggnaden (hus 52), Centralisering av accessinläggningar till C-op, neddragning av en "rad" i läkarschemat,
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Driftsättningen av ny akutvårdsbyggnad har varit ett stort förbättringsarbete kopplat till riskanalyser. Flytten har inneburit nya arbetssätt för att anpassa oss till nya huset. Det gäller transporter av patienter, logistik, kommunikation mm.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Flera riskanalyser är gjorda kommer att leda till behov av ytterligare förbättringar.

ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE

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

Synpunkter på vården som inkommit direkt till VO via 1177, brev, samt enskilda ärenden från IVO och Patientnämnden.

- **Resultat:** Antal ärende till VO har totalt minskat med 10 inkomna synpunkter sedan 2018. Skriftligt via brev direkt till VO eller 1177, epost har 2019 varit 5 stycken 2018 var siffran 15. VO har mottagit 3 ärende via IVO, en ökning med 2 st. Ärenden via Patientnämnden är 6 st jämfört med 10 st 2018.
- **Analys:** De synpunkter som patienterna/anhöriga framför rör frågor om vård och behandling i det tidiga postoperativa skedet, intensivvård samt bemötande. Som bakomliggande orsak kan identifieras bristande information och kommunikation mellan vården och patienten/anhöriga. Några av patienterna har därför följts upp med telefonsamtal av anestesilog. Uppföljande besök på mottagning har även erbjudits.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Förbättringsarbete utifrån patientupplevd kvalitet (se "Patientfokuserad hälso- och sjukvård/ Patientupplevd kvalitet).



Översyn har gjorts av information på vissa av sektionernas hemsidor och patientinformation.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt under 2020.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

Tio djupare analyser av inträffade händelser har genomförts, 4 händelseanalyser enligt SKL´s handbok för "Risk och händelseanalys" samt 3 internutredningar. Två av dessa analyser har gjort tillsammans med andra verksamhetsområden. En av dessa har resulterat till beslut om anmälan enligt lex Maria.

Händelseanalys "Felplacerad Clinifeedingsond"

Som bakomliggande orsak identifierades bristande kommunikation och information gällande ordination och utfall av medicinsk åtgärd på intensivvårdspatient. Detta resulterade till översyn av Riktlinjen för nutritionsbehandling på IVA är kompletterad med information kring nedsättning av clinifeedingsond och röntgen kontroll.

Händelseanalys "Noradrenalin satt i pump programmerad för Remifentani"

Vid försök till extubering av intensivvårdspatient drabbas patienten av höga blodtryck som man önskar åtgärda genom att ge bolusdoser av sederande läkemedel (Remifentani och Propofol). Då patientens blodtryck inte sjönk trots detta kontrolleras pågående infusioner. Det visar sig då att läkemedelförväxling skett på grund av att infusionspump programmerad för Remifentani var laddad med blodtryckhöjande läkemedel (Noradrenalin). Sjuksköterskorna och läkargruppen på intensivvårdsavdelningen har gjorts uppmärksammade på det inträffade och uppmaning har skett att följa gällande riktlinjer för läkemedelshantering. Vidare ska pågående läkemedelsinfusioner kontrolleras gemensamt av sjuksköterskorna vid passbyte. Övriga åtgärder som översyn av etikettering och minska behovet av att färdigställa läkemedel långt i förväg pågår.

Händelseanalys "Administrering av fel läkemedel i EDA vid förlossning"

Fel läkemedel administreras vid epiduralanestesi då den sprutas som anesthesiologen mottar från barnmorska är märkt med förväntad substans. Då händelsen inträffade hos en annan vårdgivare har analys av händelsen gjorts i nära samarbete med denna. Förutom bristande rutiner för läkemedelshantering os vårdgivaren identifierades även svagheter i etikettering av läkemedelsflaskorna. Detta har påtalats till leverantören.

Händelseanalys "Patient avlider kort tid efter ortopedisk operation"

I händelseanalysen involverades flera verksamhetsområden. Då platsbrist förelåg på behandlande klinik blev patienten kvar på akutmottagningens ortopedsektion i drygt ett



dygn. Detta föranledde att patienten inte erhöll optimal preoperativ vård och omvårdnad. Händelsen har anmälts enligt lex Maria.

Internutredning "Läkemedelsförväxling vid narkos"

Vid sövning av patient förväxlar anestesisyjuksköterskan injektionssprutorna och patienten erhåller muskelrelaxantia före sövning. Händelsen inträffade vid skiftbyte och övertagande av iordningställda läkemedel från kollega.

Internutredning "Kontakt med MIG vid svårt sjuk patient"

Bristande kommunikation och otydlig riktlinje om MIG-teamets uppdrag resulterade i att den mobila intensivvårdsgruppen inte kom till vårdavdelning när kontakt togs från vårdavdelningen. Utredningen försvåras av att dokumentation saknas om givna rekommendationer vid telefonsamtalet. Utredningen resulterar i översyn av riktlinjen så att risk för missuppfattning minimeras och att den går att nå från intranätet.

Internutredning: "Vaginal tamponad kvar efter hemgång"

Internutredning visar på bristande kommunikation inne på operationssalen. Förutom bristande kommunikation identifieras även brister i IT-system "Orbit" som leder till att förväntad information inte per automatik förs över mellan de olika dokumentationssidorna.

Därför får mottagande sjuksköterska på uppvakningsenheten inte vetskap om att patienten har en tamponad som ska tas bort.

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019:**

Identifierade bakomliggande orsaker

Bristande kommunikations och informationsöverföring i vården övergångar leder läkemedelsförväxling i samband med skiftbyten och överlämning samt bristande följsamhet till gällande riktlinjer vid överrapportering och läkemedelshantering.

Åtgärd

- 1) Sjuksköterskorna och läkargruppen på intensivvårdsavdelningen har gjorts uppmärksammade på det inträffade och uppmaning har skett att följa gällande riktlinjer för läkemedelshantering och följsamhet till riktlinje vid överrapportering och vid passbyte.
- 2) Säkerställa åtkomst av aktuella riktlinjer har skett fortgående.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Teknik, utrustning och apparatur

- 1) **Säkerställa informationsöverföring.**



Uppgradering av It-system ORBIT så att förväntad information överförs mellan rapportbladen och att det logas vem och vid vilken tidpunkt som registreringar har gjorts.

2) Säkerställ läkemedelshantering.

- a. Minska behovet av att i förväg iordningställa läkemedel.
Översyn av möjlighet till uppgradering av infusionspumparnas larmgränser till sprutbyte.
- b. Minska risken för läkemedelsföväxling.
Tydliggöra etikettering genom att identifiera möjlighet att använda färgade läkemedelsetiketter.
- c. Långa läkemedelsnamn och doser ger liten otydlig text på infusionspumparna.
Översyn om möjlighet finns att göra texten mer tydlig.

3) Säkerställa följsamhet till riktlinjer och rutiner

Tillse att aktuella riktlinjer finns för åtkomst enligt sjukhusets rutiner

Avvikelse Medicinsk teknik/specialanpassade medicintekniska produkter (trakealkanylssystem)

Fyra avvikelser gällande haveri av specialanpassade trakealkanylssystem resulterade till 3 analyser inför anmälan till läkemedelsverket. I alla tre händelserna har tillverkarna av grundkanylerna informerats om det inträffade och anmälan har gjorts till läkemedelsverket med information till IVO. Händelserna har inte föranlett till anmälan enligt lex Maria.

- **Genomförda förbättringsarbeten 2019:** Behov har identifierats för att säkerställa avvikelshanteringen gällande haveri av specialanpassade trakealkanylssystem.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Arbetet med säkerställande av riktlinjer kommer att fortgå tillsammans med Medicintekniska enheten under 2020.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

- **Resultat:** 2/2, två stycken patienter med riskfaktorer som båda var korrekt intagningsodlade dvs 100% vid båda tillfällena.
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Arbetat mycket för att uppmärksamma dessa patienter. Koordinators ansvar att uppmärksamma vid inskrivning.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Ny hygiengrupp som börjar jobba aktivt 2020

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

Redovisa resultat samt uppföljningsmetod

Datakälla för självskattnings- & observationsstudie: Rapportor



- **Resultat:** Rapportor 40%, självskattning 128 personer goda resultat på arbetsdräkt, användning av handsprit före pat. kontakt 80% och efter pat. kontakt 95%
- **Analys:** Spritning av händer innan handskpåtagning 55%
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** NRC: öka användning av olika typer av stänkskydd, fler uppsatta sprithållare,
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Chefer på enheterna skall ta större ansvar när det gäller efterlevnad av riktlinjer. Ett fokusområde kommer bli handsprit i samband med patientkontakt. Ny hygiengrupp på IVA som börjat sitt uppdrag 2020.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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

- **Resultat:** 0 i mars och 1/6 dvs 16,7% i oktober
- **Analys:** Få patienter som underlag => dålig siffra procentuellt. Patienten hade en UVI och var kronisk kateterbärare. Hade ej uppstått till följd av vård på DSAB.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Granskat alla som fått diagnosen VAP i vårt uppföljningsverktyg Pasiva. Få patienter som uppfyller kraven på den diagnosen enligt SIR.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Göra punktprevalensmätningar. Identifiera nya förbättringsområden.

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

- **Resultat:** ¼ (25%) i mars men 100% dokumenterade åtgärder.
- **Analys:** Få patienter som underlag => dålig siffra procentuellt. Alla patienter på IVA löper stor risk för trycksår enligt Nortonskalan. Alla ligger på tryckavlastande antidecubitusmadrasser från början och har individuellt anpassade vändscheman.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Inga nya förbättringsarbeten, men följsamhet till gällande rutiner.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Ev. en nationell "spin-off" från den internationella DecubICUs studien

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

PATIENTUPPLEVD KVALITET

Redovisa resultat från egna mätningar, öppen- och slutenvård Datakälla: Rapportor, Touchpoint ev andra datakällor



Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019	Resultat öppenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Öppenvård
Delaktighet och involvering	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"	97%	81 st
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	98%	79 st
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	98%	80 st

- **Mål:** Helhetsintryck 2019 >90%
- **Analys:** Bibehålla god patient nöjdhets kvalitet
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE

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

NRC

- **Mål/Syfte:** Behov av gemensam mötesstruktur kring ALS-patienter
- **Resultat:** ALS-rond tillsammans med neurolog, personal från avdelning 72 och NRC träffas på regelbunden basis
- **Analys:** Att samarbeta/nätverka kring samma patient förbättrar vårdförloppet och patientsäkerheten.



- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Infört gemensamma ALS-ronder
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatta möten samt optimering av dessa
- **Mål/Syfte:** Återkommande nätverksmöten med HSF, neorologen, ASIH, ALS-team och Remeo för att trygga, förbättra och återkoppla samarbetet med patienter och tex assistentbolag och assister med utbildning och delegringar, hemsituation och behov.
- **Resultat:** Mycket bra och givande möten som tryggt patienters säkerhet
- **Analys:** Att samarbeta/nätverka kring samma patient förbättrar vårdförloppet och patientsäkerheten.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Återkommande möten/termin
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatta möten

Smärtmottagning

- **Mål/Syfte:** Hålla vårdgarantins 30 dagar till besök och 100% måluppfyllelse och därmed minska viten och hålla vårt produktionsmått.
- **Resultat:** Vårdgarantin ej uppfylld. Produktionsmått uppfyllt.
- **Analys:** Antalet inkomna remisser i förhållande till tjänstgörande läkare är fortsatt hög och uppdrag av antal vårdkontakter är uppfyllt. Detta är lyft uppåt i organisationen och HSF har informerat att även andra smärtmottagningar ska återigen ta emot fler smärtpatienter.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Har fått hjälp av HSF med att andra smärtmottagningar återigen ska ta fler smärtpatienter. Hänvisat patienter till närmaste sjukhus med smärtmottagning enligt "närhetsprincipen" i överenskommelse med HSF
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Besvara fler remisser med råd och hänvisa mer till andra instanser samt införa smärtdiagnostik och smärtanalys av sjuksköterska.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERN REVISIONER OCH INSPEKTIONER

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

Miljö och kvalitet extern revision, som inte föreslog några specifika förbättringsområden, utan ansåg att vi har ett bra system.

PNA intern revision på centraloperation hus 52. Revisorernas invändningar var dels placeringen av blodgasapparaten och dels att vi ska medvetandegöra priser för respektive analys. Det senare kommer vi arbeta vidare med.



Miljö intern revision på IVA. Fokus vid denna revision var resurshushållning och energisparande. Det påpekades att vi har många datorer på IVA som inte används och det diskuterades möjlighet att stänga av apparatur som inte används. Båda dessa åtgärder kommer vi arbeta med under 2020.