



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: HJÄRT & FYSIOLOGKLINIKEN

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT KVALITETSREGISTER

HJÄRTINFARKT. ANDEL STEMIPAT MED TID < 60 MIN TILL PCI

Resultat: Andelen patienter med tid ≤ 90 min till PCI (reperusionsgrundande EKG till punktion i kärl) under 2019 var 100%. För helt uppfyllt mål krävs att >90 % av patienterna ska ha fått behandling inom 90 minuter. Andelen patienter med tid ≤ 60 min till PCI (reperusionsgrundande EKG till punktion i kärl) under 2019 var 96 %.

Analys: STEMI processen har genomgått ständiga förbättringar årligen sedan 2013 i syfte att förkorta tiden från EKG till öppning av det stängda kranskärllet. Resultaten har varit mycket uppmuntrande med successivt sjunkande mediantider för tiden från reperusionsgrundande EKG till punktion av kärlet i handleden eller i ljumsken. År 2013 var mediantiden 46 minuter, vilket redan då var bäst i Sverige. För 2019 var mediantiden 41 min. Mortalitetstvinst ses ffa vid intervention under 60 min och där har vi redan idag nästan alla våra patienter (96%). Under året har vi erhållit patienter från "nya upptagningsområden" så som Solna och Sundbyberg.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Den största förändringen under 2019 har varit den stora flytten till nya lokaler, vilket inneburit förändringar både i arbetsmiljö men också innefattat nya smartare arbetssätt. Vi har också lyckats integrera teknisk utrustning på ett mycket användarvänligt sätt. Vi kan stolt säga att vi bedriver Hjärtintervention-koronar på ett av världens mest moderna lab. Vår unika STEMI knapp är också något vi är stolta över. Trots nya lokaler och tillfällig STEMI linje så har vi bibehållit en mycket hög kvalitet och med fantastiskt bra tider för reperusionsgrundande EKG till punktion. Vi har fortsatt med regelbunden utbildning i inläggandet och handhavandet av en s.k. hjärtpump (vänsterkamarassist, Impella). Regelbunden STEMI inskolning av HIA sjuksköterskor. Heltäckande (100%) utbildning i avancerad hjärt- och lungräddning för samtliga medarbetare på Hjärtintervention-koronar.



Planerat förbättringsarbete 2020: Under 2020 kommer vi att fokusera mer på att ytterligare finslipa rutinen och flödet för STEMI patienterna. Vi är övertygade och kommer att jobba med optimering av lokal, apparatur samt synkronisering av samarbetet mellan akuten-Hjärtkliniken för att uppnå synergieffekter. Vidare utbilda kollegor i handläggande av både STEMI- och akut kritiskt sjuka patienter på Hjärtinterventionslab.

Jobba vidare med användande av STEMI knappen på bästa sätt för att ytterligare förkorta våra handläggningstider. Kartlägga eventuella ytterligare tidstjuvar i detta flöde och arbeta mot att minimera dessa, både den mänskliga faktorn men också den miljömässiga/tekniska.

HJÄRTSVIKT. ANDEL SVIKTPAT NYHA 2-4 MED MRA

Mål: 65%

Resultat: Vi har efter 4D projektets slut 2017 inte kunnat få fram siffror för kvalitetsindikatorn för MRA från HSF på begärt sätt. En ytterligare brist 2012-2017 har varit att MRA indikatorn inte gått att få fram tillförlitligt kvartalsvis för respektive sjukhus. Verksamheten på vår sviktmottagning fortsätter på DS med full kapacitet under 2019 och enligt 4D Hjärtsvikts framtagna modell. I omstruktureringen 2019 och framåt mot nationell och regional kunskapsstyrning begär regionala arbetsgruppen för hjärtsvikt att få fram motsvarande information om kvalitetsindikatorer som vi fått under åren 2012-2017 via HSF. Vetenskapligt har vi under 2019 utvärderat och presenterat förbättrade resultat för DS och hela regionen vad gäller hjärtsviktsvården 2012 till 2017. Denna analys ges i sammanfattning nedan och presenterades i augusti 2019 på Hjärtkongressen i Paris med föredrag och poster och uppmärksammades av Dagens Medicin.

Analys: Bland alla återinlagda hjärtsviktpatienter har receptuttag av MRA ökat starkt från 48% till 65%, liksom för basbehandling från 85% till 93%. Förbättringar ses också för patienter som inte varit inlagda tidigare. Danderyds siffror har hela tiden uppvisat de högsta siffrorna. Antalet inlagda eller återinlagda hjärtsviktpatienter har under perioden minskat med 16% respektive 20% per miljon invånare. Prognosen för patienterna har förbättrats med 2% per år över de 6 projektåren.



Genomfört förbättringsarbete 2019: Återflyttning av avd 96 till Hus 20 för bättre samordning av hjärtsviktsvården på samma plan som avdelning 97. Etablering av större dagvårdsverksamhet. Ökad användning av Entrestobehandling.

Planerat förbättringsarbete 2020: Ytterligare samordning av avd 97 och avd 96 verksamheter, planering av större andel dagvård och etablering av akut hjärtsviktsdagvård. Fortsatt fokus på direktintag och kontaktsjuksköterska för de svårast sjuka. Samarbeta med den nya akuta geriatriska vården vid Danderyds sjukhus för bättre optimala vårdflöden.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE, HJÄRTINFARKT

Dokumentation av rökstatus, Täckningsgrad i kvalitetsregister (Sephia el motsv), Andel rökare som slutat röka, LDL- kolesterol < 1,8 mmol/L, Blodtryck < 140 mmHg, Fysiskt träningsprogram

2019 är första året där vi kan sammanfatta uppföljningen efter hjärtinfarkt med den höjda åldersgränsen <80 år i SEPHIA. Bokslutet beskriver samtliga patienter som följts upp 12-14 mån efter hjärtinfarkten och haft sina återbesök under 2019. Rutin enligt SEPHIA är återbesök till kranskärslssköterska efter 2v, sköterska och/eller hjärtläkare efter 6–10 v, sköterska efter 6 mån och till sköterska och/eller hjärtläkare efter 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Under 2019 har 385 patienter <80 år insjuknat i hjärtinfarkt.

Hjärtskola erbjuds med två utbildningstillfällen varje vecka. Här undervisar hjärtläkare, kranskärslssköterska, sjukgymnast, dietist, kurator och apotekare. Därutöver erbjuds en frågestund varje fredag i samband med hjärträningen – då deltar hjärtläkare, sjukgymnast och dietist. Hjärträning ledd av sjukgymnast är högt prioriterad i socialstyrelsens riktlinjer (prio 2), och består av 2 gruppträningar per vecka under 3 månader där patienterna erbjuds en individuell träningsplan. Ett arbetsprov utförs i början och slutet av träningsperioden. För godkänt deltagande krävs av SEPHIA >75% närvaro (dvs minst 18 av 24 träningstillfällen). Det här kravet är mer strikt än tidigare och baseras på vad som är evidensbaserad vård och beslut på SWEDEHEARTS årsmöte 2018. Den striktare tolkningen medför att färre patienter kan räknas som deltagit i fysiskt träningsprogram. Arbetsföra patienter erbjuds vid behov stresshanteringsprogram under 1 års tid. Rökavvänjning ingår nu i kranskärslssköterskebesöket.

Antal registrerade besök från 2016-2019:

	2016	2017	2018	2019
Hjärtrehab kranskärslssköterska	1221	739	1749	2037



Hjärtskola	459	486	562	545	•
Kurator - stresshantering	816	532	324	464	•
Sjukgymnast - hjärtråning	4680	3952	4679	3789	•

•
•
Under 2019 har 2 av våra kranskärslssköterskor gått i pension: Vi har under året fått förstärkning och vi har idag 2,4 kranskärslssköterske tjänster. Under året ser vi en förväntad ökning av besök hos hjärtrehab vilket förklaras av att SEPHIA from 1 jan 2018 höjde åldern från <75 år till <80 år. Antalet besök hos sjukgymnast skulle behöva öka för att svara mot ökningen i antalet patienter som den ändrade maxåldern för uppföljning medförde.

Våra behandlingsmål är: **rökstopp, blodtryck <140 mmHg systoliskt, LDL-kolesterol < 1,8 mmol/L samt deltagande i fysiskt träningsprogram lett av sjukgymnast.**

2019 års preliminära resultat från andra uppföljningen i SEPHIA/SWEDEHEART, 12-14 mån efter visar att **62%** (2018 53%) av de som rökte vid infarkten hade slutat röka. **23%** (2018 22%) deltagit i fysiskt träningsprogram, **77%** (2018 61%) hade uppnått målen för LDL-kolesterol och **91%** (2018 86%) hade uppnått målbloodtryck. Slutligt resultat inklusive täckningsgrad kommer att presenteras i SWEDEHEARTs årsrapport i februari 2020.

Under året har vi haft regelbunden rond med kranskärslssköterska och läkare 2 gånger per vecka vilket gett betydande förbättringar i måluppfyllelse för LDL-kolesterol och blodtryck. Under 2020 flyttas provtagning oral glukostoleranstest (OGTT) till hjärtmottagningen vilket kommer att minska antalet falskt positiva resultat. Vi planerar även en satsning på våra diabetiker och bygga en organisation i samarbete med endokrinolog som optimerar läkemedelsbehandling med tillägg av nya diabetesläkemedel som har prognostisk vinst vid diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Dessa läkemedel kommer from 1 jan 2020 att registreras i SEPHIA vilket möjliggör att vi kan följa utvecklingen.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

Redovisa täckningsgrad i registret samt Andel patienter med utförd validerad smärtskattning

Målnivå: *Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%*



Resultat: Vi har registrerat 115 av 156 dödsfall i SPR. Det ger en täckningsgrad på 74%. De dödsfall som sker på IVA och där Hjärtkliniken är ansvarig klinik, registreras på IVA men dödsfallet räknas in på hjärt vilket gör att vi aldrig kan få en fullständig täckning. Ca 25 patienter per år avlider på IVA och har hjärt som bakklirik.

Av de 115 registrerade dödsfallen var 82 förväntade. Smärtskattning enligt Abbey Pain-scale var utförd på 44% av dessa. Dokumenterad munhälsobedömning fanns på drygt 68%.

Analys: Det missas att registrera dödsfall av olika skäl som tidsbrist, okunskap, andra prioriteringar osv. På varje avdelning finns ansvariga för registret och på palliativa möten tas det upp att varje avdelning behöver ha en rutin för att säkerställa registrering. Det finns fortsatt förbättringsarbete inom samtliga områden. Eftersom registret fylls i efter dokumentation i journal så behöver även dokumentationen förbättras så att det mätbara resultatet blir mer tillförlitligt. Även mallen för brytpunktsamtal behöver vara känd av samtliga läkare och sjuksköterskor. På vissa avdelningar förs registrering först i pappersform av ansvarig sjuksköterska vid dödstillfället vilket ökar förutsättningen för mer pålitlig rapportering. Fortsatt problem är att insatser sätts in sent för att beslut om palliativ vård kommer sent i vården. Tiden för beslutet om palliativ vård blir så nära döden att övergången till palliativ vård blir väldigt kort vilket medför att det inte finns åtgärder och då ingen dokumentation gällande kvalitetsindikatorer.

Genomfört förbättringsarbete 2019: På klinikens etikråd har stort fokus lagts på diskussion om brytpunktsamtal och behovet av att kunna erbjuda palliation även på en akutklinik. Planerade månadsuppföljningar har tyvärr ej genomförts pga omorganisation av kliniken.

Planerat förbättringsarbete 2020: Vi ska arbeta med att säkerställa att checklistan avliden patient, efterföljs, det ska lyftas på APT. Vi ska dessutom göra en satsning där 2 av de palliativansvariga sjuksköterskorna på kliniken varje månad gör en granskning på personnummernivå i registret för att säkerställa att alla dödsfall registreras.

(ANDEL LÄK, SSK OCH USK SOM GENOMGÅTT HLR UTB ENL PLAN)

Mål: 74 %

Jasna Giesecke (HLR koordinator) kommer att maila ut en separat instruktion till samtliga vårdenhetschefer för insamling av uppgifter. **Utelämnas således i denna redovisning.**



SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.

Införande av skriftlig rapportering enligt SBAR från läkaren på akuten till sjuksköterskan på avdelning har ersatt den tidigare muntliga. Risken för informationsbortfall har därmed minskat väsentligt. Sjuksköterskan har nödvändig information direkt och skriftligt tillgänglig.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

Kort beskrivning av er analys utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) - frågorna i medarbetarundersökningen och vilken /vilka åtgärder ni planerar att genomföra 2020 för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom verksamhetsområdet

Resultat 2018 jämfört med 2019:

Vi hade en mycket hög svarsfrekvens på medarbetarenkäten, 283 av 327 medarbetare svarade. Det motsvarar en svarsfrekvens på 87%. HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) index har stigit från förra årets 76 till 78, vilket är 2 punkter högre än DS som helhet. Vi har förbättrat oss eller har kvar samma nivå på alla frågor jämfört med 2018. Styrkor vi har är att medarbetarna upplever att de kan prata om sina misstag och att de kan påtala om något är på väg att bli fel. De upplever i mycket hög utsträckning att de alltid blir bra bemötta när de behöver hjälp.

Vad gäller resultaten för HME (Hållbart medarbetarengagemang) har vi även här goda resultat som ligger ett par punkter över DS snitt. Styrkan här är framför allt att medarbetarna upplever att de har ett meningsfullt arbete.

Analys: Hjärtkliniken har under året haft fokus på att hålla vårdplatser öppna, vi har också driftsatt hus 52 där HIA, Hjärtintervention och Hjärtakuten under september flyttat in efter mycket förberedande arbete. Resultaten av enkäten påvisar att vi fortsatt har ett gott klimat där man upplever att man blir bra bemött och vågar prata om misstag. En kultur där vi fokuserar på strukturen och inte letar syndabockar

Planerat förbättringsarbete 2020:



Vi kommer fortsatt ha fokus på arbetet med patientsäkerhetskulturen.

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: Antalet vårdavvikelser på Hjärtkliniken, ligger något över förra årets nivå 522 st (1,3 per anställd) 2019 jmf med 497 st (1,2 per anställd) 2018. På hela VO Hjärt och Fysiologi har 590 avvikelser rapporterats vilket är 26 fler än 2018.

Under året har vi fått in 13 anmälningar av synpunkter gällande vård från patienter och 8 ärenden från IVO samt 15 st från Patientnämnden. 3 Lex Maria anmälan har gjorts av kliniken. De vanligaste klagomålen gäller vård och behandling samt kommunikation.

Fortsatt utveckling: Inrapporterade vårdavvikelser i HändelseVis hanteras enligt sjukhusövergripande riktlinje, även lokala riktlinjer finns.

Allvarliga eller ofta förekommande vårdavvikelser diskuteras i analysgruppen, ledningsgrupp samt på kvalitetsutvecklingsmöten varje månad. Analysgruppen arbetar enligt sjukhusövergripande riktlinje. Avvikelser tas dessutom upp till diskussion på APT på enheterna.

Vid behov inleds en internutredning eller händelseanalys. Avvikelser kan också leda till ändrade riktlinjer eller arbetssätt.

På fysiologen har totalt 68 (0,8/anst) avvikelser rapporterats, vilket är något fler än 2018 då 60 avvikelser rapporterades.

Analys: 28 av de rapporterade avvikelserna är bedömda som vårdskada, det motsvarar drygt 5% av avvikelserna. Av dessa är 19 tromboflebiter relaterade till pvk:er. Vi har sett en ökning av antalet tromboflebiter under 2019 och kan se ett samband med en ny typ av pvk som har börjat användas. Av de 19 tromboflebiterna är 5 av allvarlig karaktär med pus och bakteremi. Ett projekt där vi testat olika förband och granskat pvk:erna pågår. Vi har kommit till konsensus på kliniken att återgå till den tidigare pvk:n och sluta använda de nya (skorstenslösa).



Av de bedömda vårdskadorna är 6 fall med skada. Tyvärr har 2 patienter ådragit sig frakturer i samband med sina fall. En patient fick en höftfraktur och en annan fick en collum radii fraktur. 5 av 6 patienter hade aktivitetsplan och fallriskreducerande åtgärder vidtagna.

Utöver nämnda vårdskador har 2 fall av läkemedelsrelaterade avvikelser rapporterats. En där en patient svält ett blister som fastnat i matstrupen och behövde tas ut med gastroskop och en där patienten fick ca 50 ml blod infunderat subcutant.

Av det totala antalet inrapporterade avvikelser fördelas de;

1. Behandling/ omvårdnad	174 (152)
2. Patientolycksfall	79 (104)
3. Dokumentation/ info.överföring	104 (98)
4. Utredning/bedömning/diagnos	32 (52)
5. Läkemedel	34 (45)
6. IT/teknik/MT	45 (38)
7. Tillgänglighet	11 (18)
8. Vårdhygien	14 (9)
9. Extern avvikelse	5 (6)
10. Bemötande	4 (4)
11. Strålning	2 (2)
12. Regelverk/ juridik	4 (2)
13. Destruktiva/självd destruktiva handl.	0 (1)
14. Hot och våld	0 (1)

Vi kan se att antalet avvikelser r/t behandling och omvårdnad har ökat. Orsaker till detta kan behöva analyseras. En positiv trend är att antalet patientolycksfall minskat. Vi har under året arbetat med fallförebyggande åtgärder vilket kan vara en bidragande faktor. Det kan även vara en registreringsfråga att man istället valt att registrera patientolycksfall som bristande omvårdnad

Positivt är att vi 2019 inte haft några avvikelser r/t hot och våld.

Förbättringsarbete: Ett projekt där vi testat olika förband och granskat pvk:erna pågår. Vi har kommit till konsensus på kliniken att återgå till den tidigare pvk:n och sluta använda de nya (skorstenslösa). Vi har startat ett samarbete med akuten och lyft problemet i kvalitetsråd.

Vi har ständigt fokus på att se till att minimera risker för vårdskada på kliniken. Detta görs genom att ta upp avvikelser och risker dagligen på enheterna och månatligen på



kliniknivå. Vi använder "Gröna Korset" men även "riskappen" i QlickView för att säkerställa att vi inte missar patienter med risk.

Under året har vi arbetat med terminsvis åiterrapportering till läkargruppen avseende relevanta patientfall och andra slutsatser från patientsäkerhetsarbetet. Vi har också arbetat med den nya rondmallen där vi lyfter risker och aktivitetsplaner.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med pvk-projekt, rondmallar, kvalitetsuppföljningar, mm.

RISKANALYSER

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

ResultatAnalys 2019:

Under året har vi gjort 4 riskanalyser:

- Riskanalys - Embolisering vid transfusionskrävande blödning, med hotande eller manifest cirkulatorisk svikt.
- Riskanalys – Sommar och värmebölja.
- Riskanalys - Driftsättning av hus 52
- Riskanalys- Reservkraftprov hus 52

Genomfört förbättringsarbete 2019:

Analyserna har lett till att ett antal åtgärder har vidtagits och strategier har tagits fram. Avseende embolisering har ett PM och rutin tagits fram i samverkan med inblandade kliniker och simulering har gjorts för att testa rutinen. De åtgärder som vidtagits för sommaren och sommarvärme var tillräckliga.

Driftsättningen av HIA. Hjärtintervention och Hjärtakuten har gått smidigt tack vare god planering.

Även det stora reservkraftprovet under våren gick bra.

Planerat förbättringsarbete 2020:



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: Under året har 13 synpunkter på vården inkommit via 1177, brev eller telefonsamtal. 15 ärenden har inkommit via PaN och 8 ärenden via IVO.

Analys: Av de ärenden som kommer via 1177, brev och telefon gäller flertalet bemötande eller bristande omvårdnad samt frågor gällande diagnos och behandling, men även en hel del ros. Ca hälften av PaN-ärendena gäller lite allvarigare händelser såsom missad eller försenad diagnos.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Patientsäkerhetscontroller och patientsäkerhetsläkare har schemalagd tid varje vecka för gemensamt arbete. Ansvariga chefsjuksköterskor och MLA handlägger i samverkan med PSC och PSL, de inkomna synpunkter som relaterar till deras enheter. Återkoppling och utvecklingsarbete görs både på enhetsnivå och övergripande. Utöver det har vi månatliga analysgruppsmöten. Relevanta synpunkter från patienter och anhöriga tas upp vid dessa möten.

Planerat förbättringsarbete 2020: Vi har planerat åtgärder som syftar till att öka delaktigheten kring patientens vård och behandling. Bland annat skall en uppstramning av utskrivningssamtalet göras och vi skall tydliggöra att vi välkomnar anhöriga att vara med vid alla patientsamtal. Vi har även tagit fram en förbättrad informationsfolder. Frågan ska även lyftas på läkarmöten under året. Diskussion om ev patient/anhörigrepresentation i processarbetet förs.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

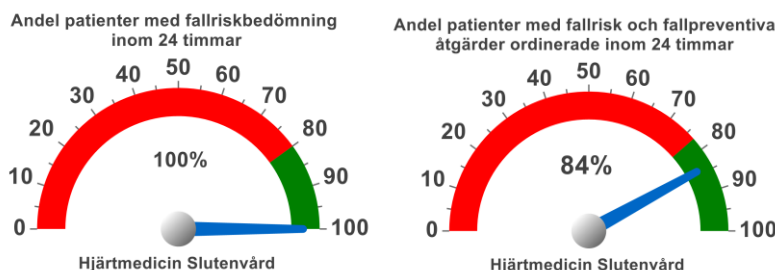
Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019: Under året har 6 händelseanalyser genomförts och 4 anmälningar enligt Lex Maria har gjorts. Analyserna har lett fram till ett antal åtgärder som vidtagits eller kommer att vidtas.

- ✓ Utbildningsinsats för läkargruppen avseende antikoagulantibehandling
- ✓ Regelbunden återkoppling av aktuella händelser, falldragning på läkarmöten
- ✓ Regelbunden återkoppling av aktuella händelser på kvalitets och utvecklingsmöten
- ✓ Utbildningsinsats r/t PVK för ssk
- ✓ Översyn av remissrutiner
- ✓ Översyn av rutiner vid överföring av patient till annan enhet



- ✓ Översyn av rutiner avseende in- respektive utloggning i akutliggaren
- ✓ Utökad platsantal, avd 91 öppnad

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR



Målnivå > 77 % dok åtgärder Datakälla: PPM Rapportor

Målnivå < 2,4 % Andel pat som fallit, med skada eller utan skada under aktuellt vårdtillfälle Datakälla: Qlikview

Resultat: Vid mättillfället PPM hade alla patienter blivit bedömda avseende fallrisk. 84% av patienterna som identifierats ha fallrisk hade en aktivitetsplan eller åtgärder dokumenterade på annat sätt. Två patienter av 77 hade fallit vid ett tillfälle utan att skada sig. Båda patienterna hade fallpreventiva åtgärder insatta. Vid journalgranskning (QV) kan vi se att under 2019 hade 1,8% (93 st) av patienterna fallit utan att skada sig och 0,5% (39 st) hade fallit med skada.

Analys: Fallen inträffar företrädesvis på natten då patienten skall gå på toaletten. Patienterna är informerade om att de ska ringa för att få hjälp men många tror att de kan och vill klara sig själva. På kliniken står många patienter på blodtryckssänkande och urindrivande mediciner. Dessa tillsammans kan leda till att patienten snabbt får fylld blåsa och då blodtrycket sänkts risk för ostadighet.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Fortsatt fokus på fallrisk och information till patienter. Snabbt insättande av åtgärder.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt focus och uppföljning av fall.



ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: 52 %

Resultat: Av alla som skrivs ut från Hjärtkliniken får 65,3% en fullständig läkemedelsberättelse. Om man tittar på de som blir utskrivna från slutenvårdsavdelning och exkluderar de som skrivs ut från HADVA blir resultatet att 84,7% får en fullständig läkemedelsberättelse.

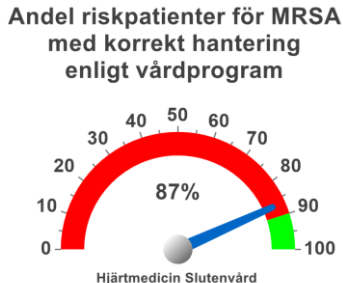
Analys: Vi ser en avsevärd förbättring jämfört med föregående år.

Genomfört förbättringsarbete 2019: LANS och MLA har arbetat aktivt med att öka antalet läkemedelsberättelser till patienter som skrivs ut från vårdavdelning.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatta kvalitetsuppföljningar och LANS och MLA kommer fortsätta arbetet.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA



Resultat: Vi når fortsatt inte riktigt upp till målnivån, men vi har ytterligare förbättrat vårt resultat jämfört med tidigare år.

Analys: Det vi ser är att vi är mycket bra på att korrekt odla patienter som vistats och vårdats i utlandet. Vi har även väsentligt förbättrat resultaten avseende odling av urinvägskatetrar. Det vi inte når målen med är odling av infarter.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi genomför resultatuppföljningar på enhetsnivå kvartalsvis utöver PPM-mätningarna. Dessutom tas resultat upp för diskussion på våra månatliga kvalitetsmöten. Vi följer kvalitetsnivån genom appen "Kvalitets Riskbedömning". Utöver det gör avdelningarna månatliga stickprover. Vi arbetar med riskappen för att hitta icke bedömda patienter eller de patienter där odling ej tagits.



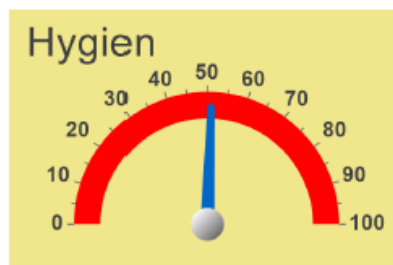
Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med ovanstående vi kommer dessutom att införa en ny rondmall i vilken frågan om risk och aktiviteter ingår.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

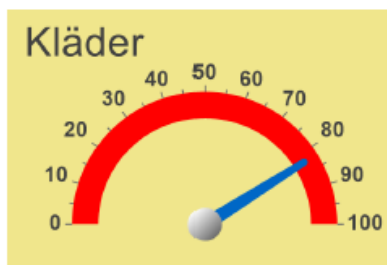
Redovisa resultat samt uppföljningsmetod

Datakälla för självskattning & observationsstudie: Rapportor

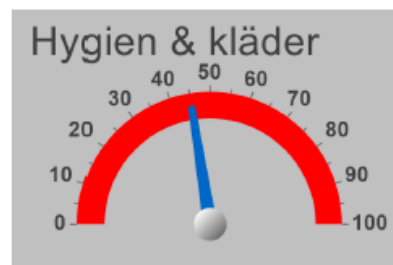
202 observationer



Desinfektion före och efter, handskar och skyddskläder användes korrekt.



Dräkt, ring, nagel och hår användes korrekt



Samtliga 8 delmoment korrekt utförda.

Resultat: Tyvärr fick vi vid årets mätning sämre resultat än föregående år.

Analys: Framförallt är vi dåliga på att sprita händerna före men även efter patientkontakt. Vi har även försämrat resultat avseende användandet av skyddskläder. Möjligen kan det knytas till den ökade stress personalen upplever relaterat till den höga belägningsgraden och det stora in och utflödet av patienter på enheterna. Avseende kläder, hår och naglar ser vi relativt goda resultat

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi genomförde en hygienvecka med filmer, tipsrunda, utbildningssatsning och tävling.

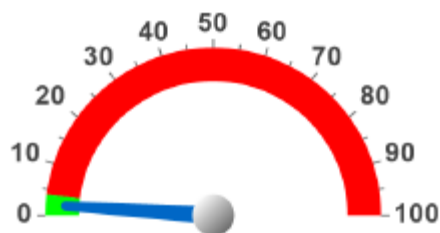
Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete men vi kommer även göra en egenskattning samt kompisgranskning.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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



Andel patienter med vårdrelaterad infektion som uppstått till följd av vården på sjukhuset



Resultat: Av 151 inlaggande patienter hade 2,6% en vårdrelaterad infektion. 2,0% hade en infektion som hade uppstått till följd av vården på sjukhuset.

Analys: Vid mättillfället hade tre av fyra patienterna hade sårinfektioner och en patient hade en tromboflebit orsakad av en PVK. Vi har under flera år haft fokus på att minimera risk för VRI. Dock har vi fortsatt ett antal patienter som får tromboflebit. Vissa av dessa uppkommer pga av en PVK som inte skötts optimalt men vissa uppkommer även av vissa kärlretande preparat som används. Här har tidigare framgångsrikt arbetat med att minska på dessa preparat genom att gå över till peroral behandling eller ändrad spädningsgrad. Nu har vi istället sett att antalet tromboflebit ökat och den gemensamma nämnaren är en ny typ av PVK. Vi har satt in åtgärder med prov av annat förband mm men vi ser fortsatt att denna PVK innebär en förhöjd risk för att drabbas av tromboflebit. Vi har därför inlett ett samarbete med akuten för att se om vi kan hitta en annan PVK som har samma positiva egenskaper men inga av dess negativa.

Vi är även restriktiva med kvarliggande kateter i urinblåsa och försöker i möjligaste mån mobilisera patienter för att minska risk för pneumoni och trycksår.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi har under flera år haft fokus på att minimera risk för VRI. 2019 infördes en nu rondmall där in- och utfarter skall utvärderas dagligen.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med rondmall där in- och utfarter skall utvärderas dagligen

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

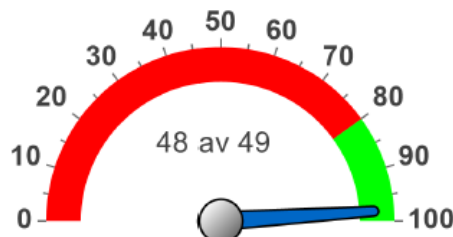
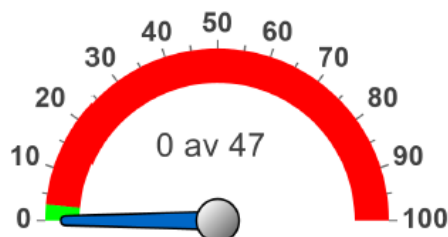


Andel patienter med förvärvade trycksår kat 2-4

0.0%

Andel patienter som riskbedömts avseende trycksår inom 24 timmar

98.0%



Resultat: Vi hade mycket goda resultat vid mätningen. Ingen patient hade utvecklat trycksår och 98% av patienterna var riskbedömda.

Analys: Vi arbetar aktivt med att riskbedömningar och åtgärdsplaner för patienter.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Ny rondmall där risker och aktiviteter utvärderas dagligen.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med rondmall och uppföljningar.

ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING

Datakälla: Qlikview

Resultat: Vi hade 2018 en genomsnittlig beläggingsgrad kl 06 på 101%. 2019 har denna sjunkit något till 100% på kliniken. Under 2019 har vi haft 1.969 överbeläggningar att jämföra med 2.226 st 2018. Vi har utlokalisert 6 patienter och haft 115 satellitpatienter från kirurgen och ortopedn.

Analys: Under året har vi konverterat överbeläggingsplatser till vanliga platser, efter det ser vi en sjunkande beläggingsgrad kl 06. Detta trots att vi fortsatt har ett stort inflöde av patienter nattetid. 30 % av våra patienter skrivs in mellan 21-07. Vi har dock något färre vårdtillfällen inom slutenvården 2019.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Under året har vi konverterat överbeläggingsplatser till vanliga platser.

Planerat förbättringsarbete 2020: Omstrukturering av HADVA. En andel av patienterna som tidigare gick till HADVA kommer istället gå till akut dagvård knuten till de tre processerna svikt, ischemi och arytm. Vi kommer även arbeta med poliklinisering av slutenvård.



ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

Datakälla: Qlikview

Mål: < 7,5 %

Resultat: Av 2.300 utskrivna patienter över 80 år återinlades 85 st akut inom en vecka. Det motsvarar **3,7%** av patientgruppen och är ett förbättrat resultat jämfört med 2018 (5,0%).

Analys: Vi ser att vi trots korta vårdtider inte skriver ut patienter för tidigt.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Fortsatt arbete med hjärtsviktsdagvård och kontaktsjuksköterska. Vi ökade under året från 4 till 6 dagvårdsplatser.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med poliklinisering.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

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



Resultat: Vi uppnådde med marginal målnivån avseende såväl nutritionsbedömning som aktivitetsplaner och har avsevärt förbättrat resultat jmf 2018.

Analys: Vi har avsevärt förbättrat våra resultat under 2019 jämfört föregående år för såväl riskbedömning som aktivitetsplaner.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Fortsatt arbete med rondmall där man ska ta ställning till bedömda risker dagligen. Projekt med "medelhavskost" till gruppen kärlsjuka på kliniken.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med rondmall där man ska ta ställning till bedömda risker dagligen. Fokus på nutritionsaktiviteter.

**PATIENTUPPLEVD KVALITET**

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

Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019	Resultat öppenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Öppenvård	Resultat slutenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Slutenvård
Delaktighet och involvering	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"	86,8%	76 st	87,6%	386 st
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	93,4%	76 st	91,8%	384 st
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	100%	76 st	96,3%	382 st

Mål: >80%

Analys: Vi ser att patienterna generellt är mycket nöjda med vården utifrån såväl delaktighet, information som helhet.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vikten av delaktighet för patient och anhörig har lyfts under året. Exempel på det är att förbättrad informationen under vårdtid och vid utskrivning. Vi skall också se till att bjuda in anhörig till ffa utskrivningssamtalen och mottagningsbesöket.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med att förbättra utskrivningssamtal och att bjuda in anhöriga att delta vid samtal och mottagningsbesök.

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE

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

Hösten 2018 startades, på initiativ av Mattias Ekström, en ny arbetsgrupp i Stockholm; PRECIS - PREvention Coronarsjukdom I Stockholm. Gruppen består av ansvarig hjärtläkare, kranskärlssjuksköterska och fysioterapeut på respektive sjukhus i Stockholm/SLL. Syftet med samarbetet är att komplettera SHIP-gruppens arbete och att samordna och fortsatt förbättra den sekundärpreventiva vården i Stockholmsregionen. Gruppen sammanträder 4 ggr per år.

Vidare har vi sedan hösten 2018 etablerat ett forskningssamarbete mellan Hjärtkliniken Danderyds sjukhus och primärvården i Stockholm (SLSO). Projektet syftar till att över tid studera patienter med okomplicerad hypertoni och utvecklingen mot hypertensiv hjärtsjukdom och hjärtsvikt. Vi planerar att inkludera 250 patienter och 60 friska kontroller och hittills har ca 90 patienter inkluderats från 4 olika vårdcentraler (Storvretens VC i Tumba, Stuvsta VC, Djursholms VC och Danderyds VC).

Under de senaste fem åren har antalet patienter med FF ökat med 21% inom Region Stockholm. Den största risken för patienter med FF är en ökad risk för stroke med stort personligt lidande och höga kostnader till följd. Patienter med FF har även en försämrad livskvalitet och löper ökad risk för sjukhusinläggningar och förtida död. För att förbättra behandlingen av FF kan man genomföra hjärtablationer där behoven vida överstiger resurserna inom Sverige. Vi har därför i ett samarbetsprojekt med NKS planerat för att starta invasiv elfys och ablationsbehandling på Danderyd under 2020 i nära samarbete med personal från Karolinska Sjukhuset

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

Resultat: 51% (om vi tittar på patienter som lagts in på hjärtkliniken är resultatet 67%)

Analys: 1. April införde vi beslutstöden på hjärtakuten och 4 timmars målet låg mellan 54–58% fram till oktober när vi flyttade till nya hjärtakuten. Därefter har det sjunkit något och en del av förklaring kan möjligen vara nya lokaler och nya rutiner som behöver arbetas med.



Genomfört förbättringsarbete 2019: Infört beslutstöd för de 4

huvudsökorsakerna på hjärtakuten för att försöka standardisera och effektivisera arbetet på akuten, även jourtid. Arbete i vårdlag återinfört. Läsrapport införd. Inflytt till Hus 52 i oktober

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med beslutstöden. HADVA med tydligare uppdrag efter februari i och med att ADVOR öppnar på plan 12,13 och 14 samt snabbare flöde av patienterna till våra planerade ADVOR samt HADVA. 3

Ledningsläkarrader istället för ledningsläkare och kvällspecialist för att dela på arbetet på ledningsnivå. Införa rollen flödessköterska/usk på hjärtakuten. Försök att förbättra arbetstakten även jourtid samt på helger.

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING:

Resultat: 00:54

Analys: Senare halvan av 2019 har vi blivit något snabbare i vår bedömning och möjligen är det pga påminnelse om arbetsrutiner

Genomfört förbättringsarbete 2019: Förtydligande av rollen som preliminärbedömare och kontinuerlig påminnelse om att klicka in sig på patienterna, vilket ofta glöms. Flytt till hus 52 vilket möjliggör en bättre fördelning av preliminärbedömningen mellan PB och LL när det behövs.

Planerat förbättringsarbete 2020: 3 Ledningsläkarrader istället för ledningsläkare och kvällspecialist för att dela på arbetet på ledningsläkarnivå och dela på preliminärbedömningen. Snabbare flöde av patienterna till våra planerade ADVOR samt HADVA. Försök att förbättra arbetstakten även jourtid samt på helger.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID > 8 TIM

Mål

Resultat: 10,5% (5,9% för de som läggs in på hjärtkliniken, 32% om patienten läggs in på geriatriken, 27,5% om patienten läggs in på en annan vårdavdelning på DSAB och 10,5% om patienten åker hem)

Analys: Om patienterna på hjärtakuten läggs in på en annan avdelning inom DSAB än en hjärtavdelning tar det längre tid än det gör att lägga in på hjärtkliniken. Särskilt lång tid tar det att få patienterna in på de geriatriska klinikerna. Ofta är det bättre att



patienterna hamnar på rätt avdelning från början vilket gör att de ibland får vänta längre på akuten för att få rätt plats.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Alla insatser som genomförts för att förbättra 4-timmars målet är också för att förbättra detta mål.

Planerat förbättringsarbete 2020: Samma som ovan vid 4-timmars målet

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM FÖR PAT >80 ÅR. MÅL <97 %

Resultat: 85,6% (93% om patienten läggs in på hjärkliniken, 70,6% om patienten läggs in på geriatriken, 82,4% om patienten läggs in på en annan vårdavdelning på DSAB, 85% om patienten åker hem)

Analys: Äldre patienter som väntar inläggning till geriatriken får vänta länge på akuten.

Genomfört förbättringsarbete 2019: SILVERSPÅR märkta patienter ska tas före inom samma prioritet för att minska tiden på akuten för dessa patienter

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete kring SILVERSSPÅR patienterna. Danderyds geriatriken har nu blivit en del av DSAB vilket har potential att underlätta på akuten om vi kan arbeta med dom precis som våra avdelningar genom en gemensam koordinator.

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 75% mån-fre 8.00-21.00

Resultat: 52% av patienterna lämnade akuten inom 60 minuter under 2019. Vi uppnår inte målet men det är en avsevärd förbättring jmf med 2018 då endast 34% lämnade akuten inom 60 minuter. Om man tittar på antal inom 60 minuter på heldygn och måndag-söndag uppnår vi ett bättre resultat på 56% (43% 2018) på helår. Tittar man på q3-4 uppnår vi 62%.

Analys: Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi har under året arbetat med att hitta rutiner för att snabbare ta upp patienter från akuten och dessa ser ut att ge resultat.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med att slipa till rutinerna och vi kommer att ändra vissa flöden med utökad akut dagvård.



ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Under året har en Säkerhetsrådgivning genomförts på Hjärtintervention. Denna utföll väl med endast någon kommentar om skyltning som nu har åtgärdats.

En strålskyddsinspektion har även genomförts under december 2019.