



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: HUD, INFEKTION & REUMA

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGION STOCKHOLM SAMT KVALITETSREGISTER

Tillgänglighet – Andel patienter som får tid till nybesök inom 30 dagar:

Hudkliniken:

Indikator	Resultat 2018	Måltal 2019	Åtgärdslista	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3
Andel patienter som får tid för nybesök inom 30 dagar	93%	> 93 %		95%	98%	98 % (2019: 97 %)

Hudkliniken har haft god tillgänglighet under hela 2019. Under hösten påbörjat arbete med förändringar i schemat gällande teambesök för mera resurskrävande besök (test från januari 2020). Trots utskifte av vård är risk för fördröjningar kring återbesök identifierats och arbete med väntelista intensifierats med tanke på att förebygga en "bulk" som reumatologen har.

Reumatologkliniken:

Indikator	Resultat 2018	Måltal 2019	Utfall T1	Utfall T2	Utfall 3
Andel patienter som får tid för nybesök inom 30 dagar	84%	84%	92%	97%	86,5% (2019: 92%)

Reumatologkliniken har haft god tillgänglighet under 2019, dock observeras en reduktion under tertial 3. Denna har en sammanhäng med kapacitetsbrist, dock förväntas viss positiv effekt av insatta resurser under början av 2020.

En större utmaning för kliniken är "återbesöksbulken" (patienter som inte får planerade återbesök i tid). "Bulken" monitoreras, dock hade den ökat med 20 % tertial 2 2019 (jämfört med baseline 2018). Det observeras ett jämnt inflöde av remisser, där ett fåtal avslutas ina första



besöket). Avflödet är svårt att mäta, men misstänkes vara mycket lägre per år jämfört med inflöde med tanke på att patienterna står på system/biologisk behandling över många år.

ANDEL PAT MED PCV/PCG VID BEHANDLING AV SAMHÄLLSFÖRVÄRVAD PNEUMONI

Infektionskliniken

- **Mål:** 64%
- **Resultat:** 68 %.
- **Analys:** Genomförda förbättringsåtgärder har fått upp användningen av smalspektrumantibiotika från ca. 50 % till 2019 årsresultat på 68 %. Nationellt sett är detta en mycket bra siffra, och ligger nära det inofficiella mål som infektionsläkarföreningen satt upp på 75 %. Kliniken väljer därför att **inte** driva målet ytterligare, utan bedömer att dagens nivå är lämplig utifrån ett avvägande mellan vikten av att använda smalspektrumantibiotika och risken för att vissa patienter underbehandlas. Framtida målsättning blir således att försöka bibehålla denna goda nivå, men inte att försöka nå en ännu högre andel. Kliniken kommer fortsätta registrera dessa patienter och nogsamtt följa behandlingstrenden på sjukhuset, men inte inom ramen för kvalitetsmålen. För 2020 är det sjukhusövergripande att rapportera andel PcV/G för första ordinationsorsak pneumoni, men denna beskriver inte samma sak som infektionskliniken har rapporterat. För 2020 är det sjukhusövergripande att återkoppla data från Infektionsverktyget avseende andel PcV/G som första ordination vid ordinationsorsak samhällsförvärd pneumoni. Denna indikator beskriver inte samma sak som infektionskliniken kvalitetsregister bland annat då Infektionsverktyget inte tar hänsyn till allvarlighetsgrad av pneumoni.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Infektionskliniken läkare har fortsatt att föra ut kunskap till övriga läkare på sjukhuset om vikten av rätt antibiotikaval vid behandling av samhällsförvärd pneumoni genom föreläsningar och fastställda ronder på vissa enheter/kliniker på sjukhuset. Ökad närvaro på akuten.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** I samarbete med Strama lokalt öka antalet antibiotikaronder på sjukhuset (sjukhusspecifik kvalitetsindikator).

HUDMELANOM-LETTID FRÅN VÄLGRUNDAD MISSTANKE TILL KIRURGI

Hudkliniken (Datakälla Genererad rapport SVF Standardiserade vårdförlopp i cancervården – Hudmelanom – Regionala Cancercentrum i samverkan 200113.

- **Mål:** < 33 dgr
- **Resultat:** Väntetid från SVF startas till start av förste behandling; utvidgad excision är 87 %.
- **Analys:** Under 2019 är det registrerat 146 registrerade SVF förlopp, där 112 patienter har påbörjat och avslutat förloppet på Hudkliniken. 31 patienter är avslutad efter utvidgad excision. 26 av dessa 30 (1 ej avslutat pt) har ledtid SVF start till första behandling och utvidgad excision följt SVF hudmelanom rekommendationer med en ledtid > 33 dagar (87 %).



Under året har Kssk närvarat vid diagnosöverlämning 35 gånger (egna registreringar – lista TC), och MvP Kvåkod finns registrerat 59 gånger under 2019 (QW).

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Framtagit och fastställt roll och arbetsbeskrivning för kontaktsjuksköterska. En (1) sjuksköterska genomfört kontaktsjuksköterskeutbildning (7,5 Hp). Påbörjat struktur för effektivt arbetssätt i mottagning, samt utforskning av tid- (SVF tid) och bokningstyper (teambesök) i bokningssystemet.
Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsätta utveckla struktur för arbetssätt kring patienten med fokus på personcentrerad (affektivt stöd) vid diagnosöverlämning och vidare uppföljning i vårdkedjan.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

Infektionskliniken

- **Målnivå:** Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%.
- **Resultat:** Täckningsgrad 88 %. Andel patienter med validerat smärtskattning 65 %
- **Analys:** Genomförda åtgärder under 2019 har haft positiv effekt på båda täckningsgrad och andel pat med utförd validerad smärtskattning. 2018 års goda resultat gällande smärtskattning och bedömning av munhälsa är bibehållits.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
 - Erbjudit alla medarbetare/genomfört studiebesök på bårhuset.
 - Börjat använda subkutana infarter för att minimera antal stick när patienten vårdas palliativt.
 - Utbildningseftermiddag under tertial 1.
 - Skapat en aktivitetsplan och riktlinjer för subkutana infarter.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - Se till att de subkutana infarterna börjar användas och att sjuksköterskorna är trygga i handhavandet.
 - Uppmuntra personalgruppen att söka rådgivning från sjukhusets palliativa konsultteam, samt genomföra 2 utbildningstillfällen där personalen får träffa och ställa frågor till teamet.
 - Bli bättre på att använda journalmall för brytpunktssamtal för att göra det tydligare i journalen när patienten börjar vårdas palliativt.
 - Fortsätta att bli bättre på att smärtskatta med ett validerat instrument och utföra munvårdsbedömning med ROAG.
 - Informera personalgruppen om de nya riktlinjerna kring hur värdesaker ska hanteras vid dödsfall.

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



Reumatologkliniken har påbörjat införandet av "fast track"-process för patienter med misstänkt jättecellsarterit (GCA flöde) under våren 2019.

- **Mål:** Reducera antal patienter som utvecklar GCA associerad blindhet (minska behov av kirurgisk biopsi, öka antal patienter som får nya behandlingsalternativ, minska biverkningar av långtidskortisonbehandling).
- **Syfte:** Effektivisera utredning/diagnostiseringsprocess vid misstänkt GCA.
- **Resultat:** Inte tillgängligt pt.
- **Plan 2020:** Definiera aktuella kvalitetsindikatorer (ledtid, utfall/medicinska resultat) och möjliga metoder för effektiv datafångst.

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

Mål: 74 %

Resultat:

Infektionskliniken utelämnas i kvalitetsbokslutet, dock är uppgifter inskickat till HLR koordinators.

På **Hudkliniken** har 4 undersköterskor, 3 sjuksköterskor, och 8 läkare genomfört utbildning (15/15 - 100 %). Uppgifter inskickat till HLR koordinators.

På **Reumatologkliniken** har 2 undersköterskor, 6 sjuksköterskor, och 7 läkare genomfört utbildning (15/16 – 94 %). Uppgifter inskickat till HLR koordinators.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.

- **Infektionskliniken**
Frekventa utbildningstillfällen för vårdpersonal i korrekt syrgashantering för att minimera risken för koldioxidretention.
Tydliggöra ordination/dokumentation kring syrgasbehandling.
Införandet av SER UPP (strukturerade timsrundor för förebyggande av fall, trycksår etc).
Vårdsamordnare kontrollerar och följer upp patienter som ska MRSA odlas.
- **Reumatologkliniken**
Monitorering av väntelista för återbesök och genomgång av patienter som inte får läkarbesök inom planerad tid (medicinsk bedömning, andra kontaktformer) för att minimera risk för oplanerade avbrott i läkemedelsbehandling av reumatisk sjukdom.
- **Hudkliniken**
Läkargruppen har frekventa patientkonferenser för verifiering av diagnoser och säkerställning av adekvat medicinsk behandling (eftergranskning av diagnoser/dermatoskopisk dokumentation /systemiska och biologiska behandlingar).



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:** HSE index för vo't 2019 är 71, en nedgång jämfört med 2018 års resultat som var 81.
- **Analys:** HSE-index för varje klinik/yrkesgrupp vill under december 2019 – januari 2020 presenteras, och under planeringsdagar första tertial vill egna tid åt fördjupande i resultatet och identifiering av områden/aktiviteter för utveckling/förbättring.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Ej klart pt.

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Verksamhetsområde Hud-Infektion-Reumatologi

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:** Andel inrapporterade vårdavvikelser inom Vo 39 i 2019 jämfört med 2018 har sjunkit med 20 % (dvs 94 färre avvikelser). Antal avvikelser (tot 368) per anställd (210 enligt HR antal anställda dec 2019/Vo) ger en indikation på fortsatt låg rapporteringsbenägenhet (genomsnittligt 1,8 rapporteringar per anställd).
- **Analys:** Reduktion i antalet vårdavvikelser har primärt skett inom infektionskliniken. Hud- och Reumatologiklinikerna har samma låga nivå jämfört med 2018. En orsak till reduktionen kan vara en högre beläggningsgrad med svårt multisjuka patienter som medför mindre tid till att rapportera avvikelserrapporter. Dock är tillbud och negativa händelser rapporterade och resulterats i 2 internutredningar med identifiering av viktiga åtgärder för ökad patientsäkerhet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vårdavvikelser är presenterat och grundigt diskuterat på APT och personalmöten frekvent under hela 2019.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Planering kommer att ske utifrån inkomna avvikelser under 2020.

Mål: Utveckla analyserna på systematisk nivå.



- **Resultat:** *Behandling/omvårdnad* och *patientolycksfall* är fortfarande de två dominerande klassificeringsgrupperna nivå 1 inom VO: t.
- **Analys:** *Behandling/omvårdnad* är fortfarande den mest frekvente använda kategoriseringen, dock observeras en reduktion på 40 % inom klassificeringen *patientolycksfall*. En förklaring är självagt den generella reduktionen i antal inrapporterade avvik, men också införandet av SER UPP (timsrundor) i inkl. frekventa snubbelronder (slutenvården) vågas tolkas att ha en positiv effekt på resultatet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Införandet av nytt strukturerat arbetssätt; SER UPP.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta följa upp arbetssättet SER UPP.

RISKANALYSER

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

- **Resultat:** Under 2019 är det genomfört 7 riskanalyser inom VO:t.
- **Analys:** Alla klinikerna genomförde riskanalyser inför sommarperioden inkl. inflytt i hus 52. Infektionskliniken har genomfört riskanalys inför uppstart av exitlounge för utskrivna patienter (lokaliserat tills mottagningen), inför avstängning av hissar (elektricitet) i infektionshuset, samt gällande möjlighet att utföra faeceslavemang i patientens hem/institution istället för på mottagningen. Hudkliniken har genomfört riskanalys med tanke på besparingskrav och ändring i patientinflöde.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Uppstart av exitlounge på infektionsmottagningen.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Inget planerat pt.

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:**

Vo	Antal ärenden från pat/närstående via 1177/brev	Antal nya enskilda ärenden från PaN	Antal nya enskilda ärenden från IVO	De två vanligaste kategorierna:
Hud – Reumatologi- Infektion	25	3	4	Vård och behandling (17) Kommunikation (17)



- **Analys:** Antalet synpunkter på vården från patient/närstående inkl. myndighetsärenden är något lägre i 2019 jämfört med 2018. Dock observeras en viss ökning i antalet synpunkter rapporterade av patient/närstående samt att myndighetsärenden är på samma nivå som 2018. Majoriteten av patient/närstående ärenden handlar om brister i kommunikation och bemötande.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Ärenden på individnivå handläggs av personens närmaste chef. Aktuella åtgärder/verktyg för bättre kommunikation har (tex "Teach back") presenterats på APT och personalmöten för implementering i arbetssätt/förbättringsprojekt. Inom slutenvården har palliativ vård och anhörigstöd varit tema på kliniskens utbildningsdagar.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Synpunkter och myndighetsärenden presenteras och diskuteras på APT och personalmöten för att främja användningen av patient/närståendes synpunkter i verksamhetens förbättringsarbete.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019:** Ej aktuellt under 2019.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Uppföljning av genomförda åtgärder relaterat till två vårdavvikelser gällande koldioxidretention vid syrgasbehandling som skett under våren 2019 på infektionskliniken (och som lett till Lex Maria anmälan – sker i början av 2020).
- På Hudkliniken pågår 2 internutredningar gällande vårdavvikelser där patienter med hudtumörer inte behandlats enligt gällande medicinska vårdprogram/riktlinjer. Utredningarna bedöms vara klara under februari 2020, och eventuella åtgärder för förbättring, och ställningstagande till Lex Maria anmälan vill da presenteras.

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

Infektionskliniken

- **Resultat:** Av patienterna vårdade på infektionskliniken har 3,7% fallit varav 1% skadat sig, dock utan allvarig skada. Patienter med fallrisk på infektionskliniken hade i 94% fått fallpreventiva åtgärder insatta under år 2019.
- **Analys:** Infektionskliniken arbetar ständigt med försök till förbättringar vad gäller fallprevention och dokumenterade åtgärder insatta har ökat från 80% 2019 till nu 94%.



- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** En bidragande orsak till förbättringen är troligtvis timsrunda-SER UPP som införts på infektionskliniken. Extra utförliga snubbelronder utförs också på alla rum en ggr/v.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** En av sjuksköterskorna med infektionsspecialistutbildning kommer att få utökat ansvar för fallprevention på kliniken.

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: 52 %

Infektionskliniken

- **Resultat: 97%**
- **Analys:** Målnivån uppnådd.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Fortsatt utbildning av nyanställda och randande läkare på kliniken.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt utbildning av nyanställda och randande läkare på kliniken.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

Infektionskliniken

- **Resultat:** MRSA odlingar hade utförts korrekt i 96% på patienterna med risk för MRSA på infektionskliniken.
- **Analys:** Stor förbättring i odlingsfrekvens från 70% år 2018 till 96% 2019 har gjorts.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Infektionsklinikens vårdsamordnare har fått som uppgift att varje dag kontrollera att alla ineliggande patienter har odlats enligt riktlinjerna, vilket har givit resultat.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Kontinuera arbetssättet.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

Datakälla för självskattnig & observationsstudie: Rapportor

Infektionskliniken

- **Resultat:** Observationer har genomförts genom observationsstudie. 36 personer har observerats hur basala hygienrutiner följt från det att personen gick in i slussen till



patientrummen tills personen steg ut i korridoren igen. Resultatet visade 86% korrekt utförd hygien och kläd följsamhet i alla 8 observerade moment.

- **Analys:** Resultatet visar att alla 36 personerna hade korrekt klädsel och ingen bar ringar eller klockor, alla med långt hår hade det uppsatt och ingen hade långa eller konstgjorda naglar. 94% spritade händerna innan patientkontakt och 100% efter patientkontakt. 92% använde plastförkläde vid närkontakt med patienterna vilket gav en sammanlagd korrekt följsamhet till 86%.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Klinikens hygiengrupp arbetar ständigt med att få alla att noggrant följa hygienreglerna genom att föreläsa för nyanställda och ständigt ta upp rutiner och PM på APT och utb dagar.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Ytterligare lyfta detta viktiga område. Fler observationer kommer att göras och resultatet från dessa kommuniceras ut till personalen.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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

Infektionskliniken

- **Resultat:** Visade att 6,6% av patienterna hade en vårdrelaterad infektion men endast **2,6%** av patienterna som vårdades på infektionskliniken vid de två mätningarna under 2019 hade en vårdrelaterad infektion som uppstått till följd av vården på sjukhuset.
- **Analys:** Infektionerna bestod av sepsis, gastroenterit, pneumoni. Jämfört med år 2018 är det en stor förbättring från 6,4 % av patienterna hade en VRI var av **5,1% sjh förvärvade**.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Inga patienter har fått en VRI pga av vården på infektionskliniken, förutom patienter med clostridium diff som komplikation till antibiotikabehandling.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt som tidigare.

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

Infektionskliniken

- **Resultat:** Visar att infektionskliniken hade 4 patienter av 54 där trycksårs kategori 2 uppstått under vårdtiden vilket ger en procentsats på 7,4%. Enligt statistiken hade endast åtgärder till riskpatienter sats in i 50 %, men detta är missvisande för infektionskliniken har investerat i trycksårförebyggande madrasser i alla sängar, så alla har en förebyggande åtgärd.
- **Analys:** Utifrån 2018 ser resultatet ut att ha försämrats drastiskt utifrån 1,7% egenförvärvade trycksår, vilket vi egentligen inte tror, utan misstänker att de nya 2 trycksårkategorierna som



införts och skall bedömas from 1/1 2019 har skapat osäkerhet och olika bedömningar både vid inskrivning och vid mätningstillfällena.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Utbildning i de nya klassnings kategorierna har skett till all personal med speciellt fokus på nyanställda men uppenbarligen hade mer utbildning behövts.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Utbildning och fokusering runt sår och sårbehandling skall ske på kliniken under hela januari 2020.

ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING

Datakälla: Qlikview

Infektionskliniken

- **Resultat:**
- **Analys:** Överbeläggning förekommer sällan då infektionskliniken inte får placera patienter i korridor. Utlokaliserade patienter är endast de som flyttas till en högre vårdnivå (IVA).
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Ej akt.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Ej akt.

ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

Datakälla: Qlikview

- **Mål:** < 7,5 %
- **Resultat:** 5,1%
- **Analys:** Majoriteten av patienterna som vårdas på infektionskliniken är multisjuka/äldre. De återinläggningar som sker på sjukhus är oftast pga ny diagnos. Infektionskliniken på DS har lika lång vårdtid som andra infektionskliniker i Stockholm och övriga landet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Analys av orsaker gjordes 2018. Tydligare bedömning av patientens behov av eftervårdsinsatser identifierades. Specifik vårdplaneringskoordinator finns på kliniken, som varje dag är med på rond på samtliga avdelningar och som tidigt initierar kontakt med kommunen.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Någon förändring bedöms inte behövas i nuläget.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

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

**Infektionskliniken**

- **Resultat:** Nutritionsbedömning har utförts hos 89% av patienterna. Hos 59% av patienterna som haft risk för undernäring hade åtgärder ordinerade i 69%.
- **Analys:** Åtgärder sätts in hos riskpatienter men är inte alltid dokumenterade vilket måste förbättras.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Nutritionsgruppen på kliniken har arbetat mycket med utbildning och att förbättra vätske-kaloriräkningslistor men mer utbildning behövs.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt utbildning i vikten att dokumentera alla åtgärder som ordinerar.

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?"	Hud: 88 % Reu: 97 %	70/1498 40/1015		



		Inf: 85 %	21/570	Inf: 84 %	69/266
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	Hud: 95 % Reu: 98 % Inf: 95 %	70/1498 40/1015 21/570	Inf: 82 %	69/266
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	Hud: 94 % Reu: 97 % Inf: 100 %	70/1498 40/1015 21/ 570	Inf: 93 %	69/266

- **Mål:** Resultat avseende helhetsintryck i patientenkät samma eller bättre jämfört med 2018.

Hudkliniken/Reumatologkliniken:

- **Analys:** Båda klinikerna genomförde patientenkäter gällande patientupplevd kvalitet i mars och oktober månad. Vårens mätning genomfördes digitalt och på plats direkt efter besöket. Vid höstens mätning fick patienterna som önskade det i tillägg till digital registrering, välja mellan att svara på pappersenkät på plats, alternativt ta denna med sig hem för att svara innan den skickades åter klinikens kvalitetsutvecklare. Syftet var att öka svarsfrekvensen, dock fick det ingen effekt.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Hudkliniken har utvecklat innehållet i den MvP (vårdplan) som upprättas i samband med diagnosöverlämning när patienter diagnostiseras med malignt melanom (SVF förlopp). Utvecklat bokningsschemat så MM patienterna garanteras att ha en kontaktsjukskterska tillgänglig under aktuella SVF-besök på mottagningen. Reumatologen har infört liknande arbetssätt och "vårdplan" för patienter med nydebuterat reumatisk sjukdom.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Under planeringsdagar första tertial 2020 vill det egnas tid åt fördjupande i resultatet och identifiering av områden/aktiviteter för utveckling/förbättring.

Infektionskliniken:

- **Analys:** Infektionskliniken valde att registrera patientupplevd kvalitet genom IPAD registrering. Patienterna fick i slutenvården in en IPAD efter utskrivningen och infektionsmottagningen hade en stolpe med en IPAD vid utgången. Tyvärr var svarsfrekvensen liten men det kan bero på att infektionskliniken har många äldre patienter som kanske inte orkar svara på enkäten.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Infektionskliniken har infört det nya arbetssättet timsrunda (SER UPP) vilket tros påverka att alla delarna i patientenkäten fått bättre resultat än år 2018.



- **Planerat förbättringsarbete 2020:** En ny mätning skall göras i januari på infektionsmott och i slutenvården under tidig vår 2020 för att följa upp resultaten.

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

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

Infektionskliniken

- **Resultat: 30 %**
- **Analys:** Vi har ökat 12 procentenheter från 2018.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Flödesrum, med start HT 2018, på avd 4, och ett ständigt fokus på flödesarbete. Det noteras att vid flertalet tillfällen har kliniken kommunicerat till akuten att patienten är välkommen, men att det har dröjt ändå, detta försämrar givetvis resultatet. Ett stort antal avvikelser är registrerat gällande detta.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt arbete med flödesrummet på avd 4 samt fokus på flödesarbete på avd. 5 och 6.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Ingen extern, intern revision eller inspektion är genomförd på Vo 39 under 2019.