



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: MEDICIN & NEUROLOGKLINIKEN

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT KVALITETSREGISTER

DIREKTINTAG PÅ STROKEENHET

Redovisa resultat samt täckningsgrad i registret

- **Mål:90%**
- **Resultat:** Totalt 64%
- **Analys:** DS har lägst antal vårdplatser i förhållande till patientvolymen, nu har antalet vårdplatser ökat något i och med strokecertifiering av avd 78 (1 nov 2019).
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Positiv utveckling sedan starten av Neurologkliniken. Rekrytering av ssk pågår, infört strokespecialist-konsult på huset och akuten för adekvat bedömning
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt arbete med handlingsplan Direktintag, stöd från DSLG behövs för att icke-stroke ska kunna flyttas ut och därigenom bereda plats för nya stroke. Larm-ssk ska vara koordinerande för intag till strokeenheten i stället för avdelningskoordinatör.

REPERFUSIONSBEHANDLING VID HJÄRNINFARKT

- **Mål:** Endast redovisa resultat
- **Resultat:** 18 trombektomier 2019 (NKS), 25 st 2018, 109 trombolys 2019, 119 st 2018
- **Analys:** 16 % reperfusionsbehandlade, dvs oförändrad andel jämfört med 2018. Triagering av tydliga stroke till NKS, trombolysgrad anges därför sedan 2018 på regionnivå.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Snabbare diagnos sedan nya akuten öppnade då röntgen kan göras direkt på akuten
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** -

MEDIAN DOOR TO NEEDLE-TID VID TROMBOLYS



- **Mål < 40 min**
- **Resultat:** 37,5 min (40,5 min 2018)
- **Analys:** Mediantiden har minskat under Q3 och Q4
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Numera tittar SLL istället på andel trombolysbehandlade < 30 min inom SLL, och här har vi förbättrat oss 2019 jämfört med 2018. 29 % 2018 till 36 % hittills i år för trombolys utförda på DS. Nytt arbetssätt med att stroke teamet möter upp redan på AKM och Nya Huset med snabbare väg till DT-hjärna har sannolikt samverkat här. Ökat antalet larminskolade sjuksköterskor vilket möjliggjort strokealarm på avd 73 även kvälls/natttid i stället för IMA
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Införa "stroke-körkort" för nya strokejourer för att öka kompetensen för snabbare omhändertagande

DIABETES TYP1. HBA1C >70 MMOL

- **Mål: <20%**
 - **Resultat:** 14,2%, vilket är bättre än ifjol.
 - **Analys:** Riket ligger på 18% och Stockholm 17,1%.
 - **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Nu har nästan 80% av våra patienter en kontinuerlig blodsockermätare, vilket är den absolut viktigaste enskilda orsaken till förbättrade siffror senaste åren både hos oss och på andra diabetesmottagningar i hela Sverige.
 - **Planerat förbättringsarbete 2020:** Målsättningen är att försöka upprätthålla produktion och kvalitet, vilket kommer att bli en utmaning med anledning av minskad bemanning.

DIABETES TYP1. BLODTRYCK ≤140/85

- **Mål:> 90 %**
 - **Resultat:** 86,8%, vilket är bättre än ifjol 85,8%
 - **Analys:** Riket ligger på 83% och Stockholm 82,8%.
 - **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har sedan några år sedan standardiserat sätt då USK mäter BT vid varje besök. När vi började med detta såg vi en ökning av både rapporteringsgraden men även att BT värden blev bättre, pat blev delaktiga och intresserade av sitt BT.
 - **Planerat förbättringsarbete 2020:** Verksamheten får svårt att i samma omfattning fortsätta med standardiserade BT-kontroller. Det kan komma att påverka negativt på våra resultat i framtiden. Vi har planer att köpa in några automatiska BT-mätare att låna ut till patienter som ligger på gränsen för ev hypertoni.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET MEDICINKLINIKEN



Redovisa täckningsgrad i registret samt Andel patienter med utförd validerad smärtskattning

- **Målnivå:** Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%
- **Resultat:** Täckningsgrad 83 %. Andel patienter med validerad smärtskattning är 55%.
- **Analys:** Vi har fått en ökning från 68 % till 83 % i täckningsgrad och från 31 % till 55 % i smärtskattning. Detta genom att vi har jobbat mycket under hösten med att avdelningarna har en systematik i registreringar samt en kontroll varje månad av hur många som har avlidit kontra hur många som är registrerade för att snabbt kunna åtgärda om några har missats. Även en förståelse i att det är viktigt samt hur instrumenten skall användas.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Workshops på avdelningarna gällande smärtskattning och palliativa registret. Ett nytt palliativt konsultteam tillsatt under hösten samt palliativa platser för äldre sköra patienter. Palliativa ronder på 3 avdelningar på medicin.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatta workshops på avdelningarna samt palliativ dag på sjukhuset under våren.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET NEUROLOGKLINIKEN

Redovisa täckningsgrad i registret samt Andel patienter med utförd validerad smärtskattning

- **Målnivå:** Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%
- **Resultat:** 10,5 % smärtskattade
- **Analys:** Andelen smärtskattade är i realiteten högre men dokumentation om detta bristfällig
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Samarbete med palliativa konsultteamet under året. Palliativt ansvariga ssk har tillsatts på avd 73.

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

- **Mål:** Identifiera patienter med palliativa vårdbehov, vara konsult i palliativ omvårdnad och underlätta utskrivningsplaneringen. Ge konsultativt stöd i direkta patientärenden som till exempel etiska ställningstaganden, närståendefrågor, symtomlindring, medicinering och vårdnivåbedömning.
- **Syfte:** Palliativt konsultteam har införts för att förbättra vården för patienter inom akutsjukvården som är palliativa och för att kunna sprida kunskap.
- **Resultat:** Tre enheter har infört stående palliativa ronder en gång i veckan. Flera olika enheter på sjukhuset ringer för stöttning i olika frågor, mest från medicinkliniken. Det är både gällande samordning, remisskrivning, symtomlindring, bedömning inför överflytt.
- **Plan 2020:** Fortsätta sprida kunskap om palliativ vård och tidigare insatser för en bättre palliativ vård för patienterna.

- **Mål:** Avd 98 profilpatient är de som behöver akutsjukhusets resurser, men som också har ett palliativt vårdbehov att beakta i utredning och behandling.



- **Syfte:** Ändring i avd 98 inriktning till anpassad vård för multisjuka patienter och palliativa. **Resultat:** Har nu mer än hälften av sjukhusets dödsfall.
- **Plan 2020:** Fortsätta utveckla enheten.

- **Mål:** Öka säkerheten för patienten genom vårdtillfället.
- **Syfte:** Byta över till gemensamt övervakningssystem på sjukhuset, Philips.
- **Resultat:** Genomfört. Lättare att kunna följa patienten genom vården när de behöver övervakas och se vad som har hänt.

- **Mål:** Ge bättre vård till sepsispatienter.
- **Syfte:** För att kunna göra kvalitetsuppföljningar över patienter som får sepsis och vad vi eventuellt behöver förbättra eller ändra på när vi fått in alla i registret.
- **Resultat:** Kommit ungefär halvvägs med att lägga in i registret.
- **Plan 2020:** Färdigställa registret och kunna börja titta på resultatet.

- **Mål:** Bättre vård för svårt sjuka IMA-patienter.
- **Syfte:** Högre kompetens att tillgå dygnet runt.
- **Resultat:** IMA-jour specialist infört även helger och nätter.

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

- **Syfte:** Etablera en huvudvårksmottagning kombinerat med en avtalsmottagning för vårdvalspatienter. Cirka 2000 tillkommande besök per år för att avlasta regionens behov av vårdvalsbesök. Mål 50 patienter/vecka.
- **Plan 2020:** Avtalsmottagningen startade 191101 och Huvudvårksmottagningen beräknas starta 1/2 2020
- Certifiering av avd 78 NAVA som Strokeenhetsvård fr om 1 nov, möjliggör ökat direktintag för strokepat till Strokeenhet. Mål att öka direktintaget till $\geq 70\%$
- Strokeakutteam (läkare, ssk, usk) följs åt till akuten vid strolarm för att säkerställa kompetens och minska tidsfördröjning till ev trombolys
- Nytt arbetssätt för att säkra kontakt med trombolysbakjouren. Start v 40. Fungerar bra hittills

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD MEDICINKLINIKEN

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019. Vi lyckades upprätthålla alla vårdplatser under sommaren. Samt ökat kompetensen på akutmottagningen genom att öka andelen specialistläkare och etablerat neurologakut.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD NEUROLOGKLINIKEN



I samband med att neurologkliniken knoppades av från medicin har regelbundna analysgruppsmöten genomförts där aktuella avvikelser diskuterats, dessutom allmän diskussion kring patientsäkerhetsärenden från de olika enheterna.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN MEDICINKLINIKEN

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:** Generellt på kliniken goda resultat av patientsäkerhetskulturen. HSE-index låg i år på 78 jmf med 80 året innan men ngt bättre än DS i stort där index låg på 76.
- **Analys:** Det finns en hög medvetenhet bland klinikens alla medarbetare men där många ggr utomliggande faktorer såsom bristande kapacitet kan påverka patientsäkerheten negativt.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Handlingsplaner utarbetas under 2020 på resp enhet.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN NEUROLOGKLINIKEN

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 2019 på kliniknivå är 79, ingen jämförelsesiffra finns då neuro under 2018 ingick i medicinkliniken. Dock ligger klinikens index något högre än DSAB som helhet (76)
- **Analys:** Både förbättringar och försämringar syns på enhetsnivå
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Efter analys på enhetsnivå får respektive enhet ta fram handlingsplan med inriktning på identifierade problem

VÅRDAVVIKELSEHANTERING MEDICINKLINIKEN

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:** Totalt har medicinkliniken handlagt 474 vårdavvikelser tom sista december 2019 där de största grupperna bottnar i problem i behandling/omvårdnad samt dokumentation/informationsöverföring. Flertalet berör bemanning och vårdplatssituationen. **Analys:** Ett flertal läkar- och ssk-avvikelser berör risker för patientsäkerheten i situationer med hög belastning på akutmottagningen. Vidare problem i vårdövergångar speciellt att få över patienter med svåra och ovanliga sjukdomstillstånd till NKS. Avvikelser som skickas till NKS har ofta lång handläggningstid, tom över ett år i vissa fall.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Mer aktiv dialog med chefläkare när patienter inte kommer över till NKS. Kommunicerat förståelse så att avvikelser inte används för att polarisera mellan yrkesgrupper.

Planerat förbättringsarbete 2020: Möten med akutmottagningens ledning för att identifiera risksituationer och tydliggöra arbetssätt.

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

- **Resultat:** De enskilda avvikelserna berör ofta specifika situationer.
- **Analys:** Det är tyvärr svårt att få ut något värdeskapande utifrån statistik från Händelsevis. Många avvikelser berör också sjukhusövergripande problem.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** De relevanta avvikelserna återförs på möten med läkare och sköterskor (MLA-möten, läkarluncher på tisdagar, APT, planeringsdagar mm)
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** RISKANALYSER

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

- **Resultat:** Risk- och konsekvensanalyser har gjorts ang flertal organisatoriska förändringar såsom ändrade jourlinjer, bemanning av akutmottagningen, omorganisation av kliniken mm.
- **Analys:** Riskanalyser används kontinuerligt för att bedöma för- och nackdelar med tilltänkta åtgärder och förändringar

VÅRDAVVIKELSEHANTERING NEUROLOGKLINIKEN

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:** 191 avvikelser har rapporterats i Händelsevis, antalet anställda är 144
- **Analys:** Merparten berör vård och behandling (66 st), dokumentation/informationsöverföring (26 st) samt läkemedel (22 st)
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vid klinikens analysgruppsmöten analyseras och diskuteras händelser och lämpliga åtgärder. Enheterna återkopplar till medarbetarna
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta med månatligen återkommande patientsäkerhetsmöten.

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

- **Resultat:** De enskilda avvikelserna berör ofta specifika situationer
- **Analys:** Vi arbetar systematiskt med varje enskilt ärende. Patientsäkerhetsläkare och patientsäkerhetscontroller går regelbundet igenom händelsevisärenden. Vissa fall där analys krävs förs vidare för diskussion på regelbundet återkommande patientsäkerhetsmöten
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

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

- **Resultat:** Inga resultat gällande detta i nuläget
- **Analys:** Ambition finns för att identifiera riskområden, och vi kommer då att kunna ha underlag för riskanalysarbete. Vi har som ny klinik inte tillräckliga erfarenheter och volymer för att göra detta i nuläget.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Strokevårdskedjan

ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE MEDICINKLINIKEN

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:** Medicinkliniken har under året handlagt 56 klagomål fördelade på IVO, PaN, enskilda ärenden eller från andra vårdgivare. Endast ett fåtal kommer via 1177.



- **Analys:** Klagomålen rör i första hand missnöje med bemötande, väntetider företrädesvis på akutmottagningen och olika synsätt på diagnos, behandling och journalskrivning. En viss ökning av ärenden där patient/anhörig har omotiverade krav på sjukvården.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Patientsäkerhetsläkaren återför viktiga klagomål till klinikens läkare och sköterskor. Samverkan kring avvikelserna sker i olika forum såsom MLA-möten, APT mm.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta sprida kunskapen om vad patienter klagat på och i de fall där det är motiverat, ändra arbetssätt och rutiner.

ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE NEUROLOGKLINIKEN

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:** Totalt 24 ärenden har inkommit, varav 10 egna, 12 via Patientnämnden, 1 via IVO och 1 via LÖF. Fåtal ärenden via 1177.
- **Analys:** Ärendena rör främst bemötande och synpunkter på utredning och behandling
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har skapat en fungerande rutin för handläggande av ärenden
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Översyn av väntetid för prioriterade återbesök

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER MEDICINKLINIKEN

Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019: Medicinkliniken har Lex Mariaanmält två händelser under 2019. Den ena berörde en patient som genomgått kapselendoskopi och där kapseln stannade kvar i kroppen (inträffad allvarlig vårdskada). Tre år efter undersökningen fick patienten svåra buksmärter och genomgick en tarmvredsoperation där man såg att kapseln satt kvar och patienten fick även en stomi. För att minska risken för en liknande händelse så har nya riktlinjer tagits fram som omfattar bedömning inför kapselendoskopi och åtgärder som ska vidtas vid de tillfällen då man ser att kapseln inte passerar över till tjocktarmen. Den andra allvarliga händelsen (med risk för allvarlig vårdskada) gällde en patient med svår hematologisk sjukdom och där man missade att ge nödvändigt läkemedel vilket kan ha bidragit till svår infektion med sepsis. Bidragande orsak bedöms ha varit att patienten inte accepterades för övertag till NKS.

- **Genomfört förbättringsarbete under 2019:** "Ökad livskvalitet för äldre och multisjuka" – ett samverkansprojekt mellan Järfälla kommun, DSAB, Barkaby VC, Jakobsbergsgeriatriken och HSF gällande avtal och regelverk. Projektets målsättning var att tillgodose en



så "sömlös" och värdeskapande vård på rätt nivå som möjligt för multisjuka äldre och har resulterat bl a i en informationsbroschyr som nu ska implementeras.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta att sprida lärdom kring negativa händelser och verka för en kultur där man vågar ifrågasätta om något upplevs felaktigt. Oftare kontakta chefläkare vid problem att överföra "taggade" och/eller andra patienter till NKS i behov av högspecialiserad vård. Tillförsäkra att all personal är insatta i utskrivningsprocessen och begreppet SIP samt uppnå god följsamhet till LUS.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER NEUROLOGKLINIKEN

Inga egna Lex Maria-ärenden.

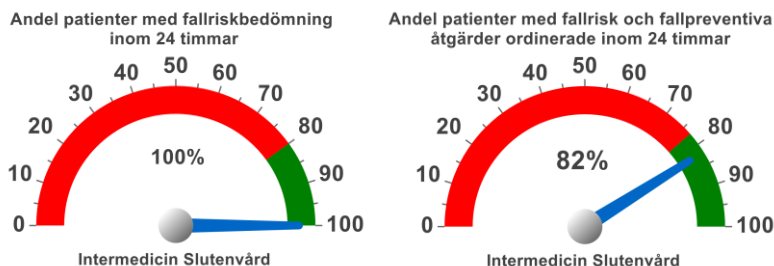
FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR MEDICINKLINIKEN

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:** 3,3% har fallit under aktuellt vårdtillfälle under 2019.



- **Analys:** Fortsatt mycket bra resultat vad gäller riskbedömning och andelen med dokumenterade åtgärder har ökat sedan förra året.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Alla avdelningar jobbar aktivt med slutenvårdsappen. Förbättring har gjorts mot årets slut i appen så förhoppningen är att det kan bli bättre under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Öka andelen ordinerade åtgärder samt öka användningen av fallriskmarkeringsmaterialet som finns på de enheter som inte använder materialet.

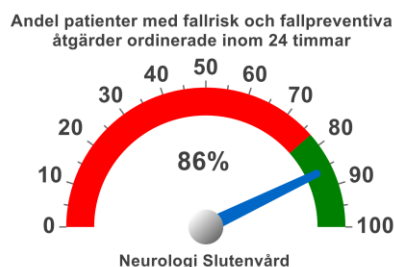
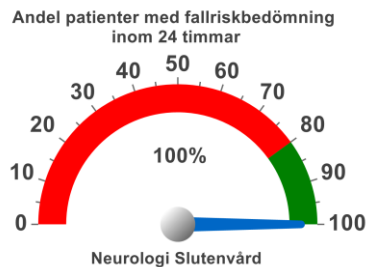
FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR NEUROLOGKLINIKEN

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:** 2,6 % har fallit under vårdtiden, 0,4 % med skada



- **Analys:** Fortsatt mycket bra resultat vad gäller riskbedömning men andelen med dokumenterade åtgärder har minskat något.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Önskemål att starta en fallgrupp på kliniken, men det blir i så fall mot slutet av året när planerade neddragningar har satt sig

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN MEDICINKLINIKEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: 52 %

- **Resultat:** 74,8 %
- **Analys:** Fortsatt över målnivå samt en höjning med 6 % från föregående år.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Bibehålla befintlig nivå.

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN NEUROLOGKLINIKEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: 52 %

- **Resultat:** 75 %
- **Analys:** Fortsatt klart över målnivå
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Bibehålla befintlig nivå

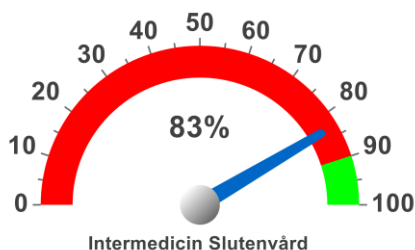
MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN MEDICINKLINIKEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

- **Resultat:**



Andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering enligt vårdprogram



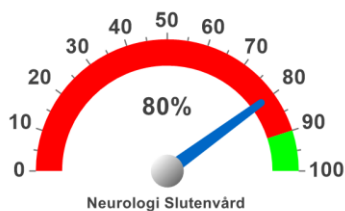
- **Analys:** Andelen korrekt handlagda riskpatienter har ökat jämfört med föregående år, men ännu når vi inte upp till målet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Att alla avdelningar jobbar aktivt med slutenvårdsappen. Förbättring har gjorts mot årets slut i appen så förhoppningen är att det kan bli bättre under 2020. Några enheter har förbättrat inskrivningsmallen för att lättare kunna identifiera när screening ska genomföras.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Utbildningsinsatser om vilka patienter som ska odlas. Fortsatt arbeta med stöd av slutenvårdsappen på morgonmöten.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN NEUROLOGKLINIKEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

- **Resultat:**

Andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering enligt vårdprogram



- **Analys:** Andelen korrekt handlagda riskpatienter har ökat jämfört med föregående år, men ännu når vi inte upp till målet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Utbildningsinsatser för att öka kunskapen kring vilka som ska odlas

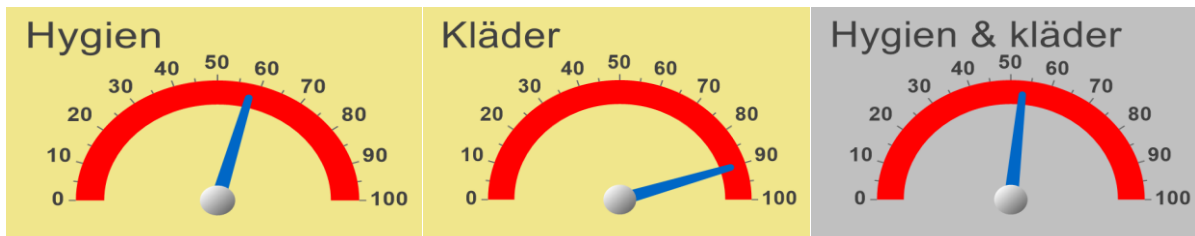
FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER MEDICINKLINIKEN



Redovisa resultat samt uppföljningsmetod

Datakälla för självskattning & observationsstudie: Rapportor

- **Resultat:**



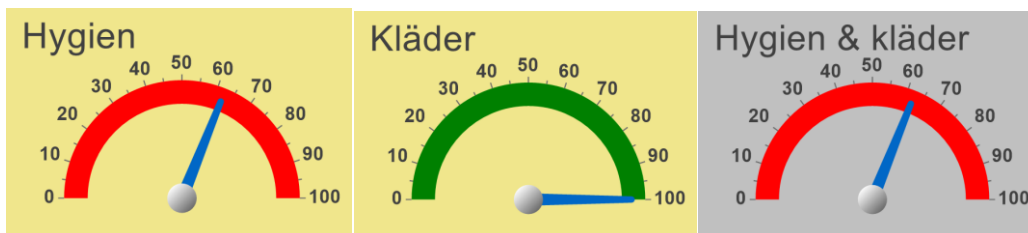
- **Analys:** Ungefär samma resultat som förra året och det som drar ner resultatet mest är handdesinfektion före ett moment. Även användning av korrekt skyddsklädsel kan bli bättre.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** De flesta avdelningar har jobbat extra mycket med basala hygienmetoder samt klädregler relaterat till ett ökat antal VRE fall under sommaren. En del enheter har bett medarbetarna att göra om hygienutbildningen i Lärtorget för repetition och vårdhygien har även varit involverade i föreläsningar. Vissa enheter har haft extra observationsmätningar under året för att följa mer kontinuerligt.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Utbildningsinsatser för att öka kunskapen om vikten av desinfektion före kontakt med patient samt kring vilken skyddsklädsel som gäller när och göra bra exempel och sätta upp på avdelningarna.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER NEUROLOGKLINIKEN

Redovisa resultat samt uppföljningsmetod

Datakälla för självskattning & observationsstudie: Rapportor

- **Resultat:**



- **Analys:** Fortfarande låg följsamhet vad gäller handsprit före patientkontakt
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Handsprit ska finnas på alla sängar för att det ska vara enkelt att använda.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Utbildningsinsats via Lärtorget

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER MEDICINKLINIKEN



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

- **Resultat:**

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



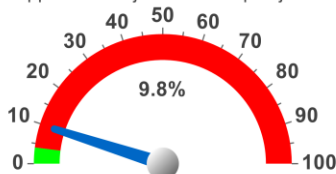
- **Analys:** Fortsatt låg andel med VRI som förra året.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Flera enheter har jobbat med fortbildningar gällande infektioner.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta att bibehålla dessa låga nivåer.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER NEUROLOGKLINIKEN

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

- **Resultat:**

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

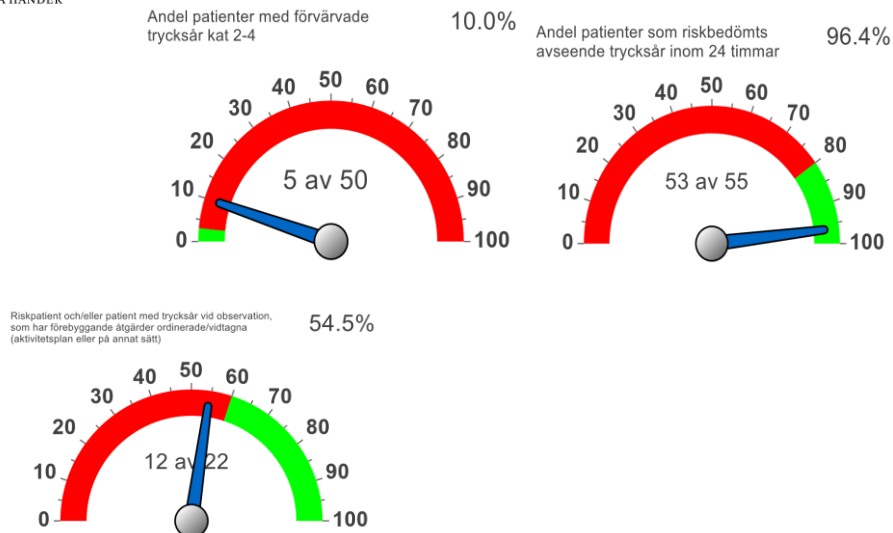


- **Analys:** Högre andel VRI jämfört med 2018, men osäkerhet i hur det ser ut över året då enstaka punktprevalensmätningar kan slå fel
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Säkerställa att patienter mobiliseras i så hög utsträckning som möjligt för att undvika lungkomplikationer, fortsatt arbete med att begränsa tid med KAD

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR MEDICINKLINIKEN

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

- **Resultat:**

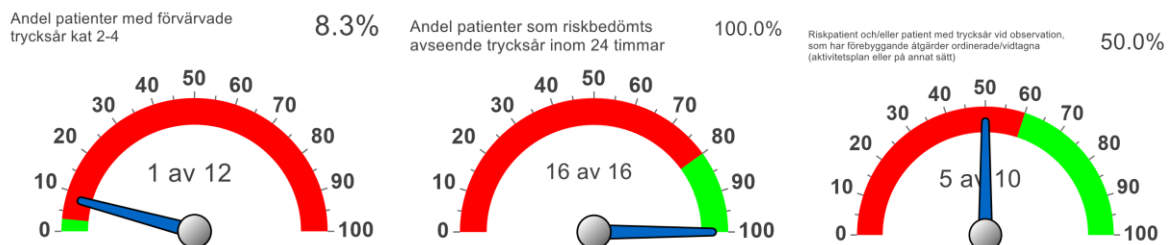


- **Analys:** Andelen riskbedömda patienter är mycket bra, andelen sår har ökat med 5,2% samtidigt som antalet patienter med dokumenterade åtgärder har ökat jämfört med tidigare.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** En enhet har fått ta över luftmadrasser från en annan enhet då de inte hade några. En annan enhet har införskaffat 9 IVA-sängar som är mer anpassade för deras patienter och förhoppningsvis kan minska andel uppkomna sår. Alla avdelningar jobbar aktivt med slutenvårdsappen. Förbättring har gjorts mot årets slut i appen så förhoppningen är att det kan bli bättre under 2020. Områdesansvariga på vissa enheter har gått utbildning för att sedan utbilda på sina enheter.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Öka andelen dokumenterade åtgärder genom utbildningsinsatser. Minska andelen förvärvade trycksår. Informera om vikten av att göra en hudinspektion vid inläggning för ett bra status.

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR NEUROLOGKLINIKEN

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

Resultat:



- **Analys:** Andelen riskbedömda patienter är mycket bra, andelen sår har minskat samtidigt som antalet patienter med dokumenterade åtgärder ökat jämfört med tidigare.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**



- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Öka andelen dokumenterade åtgärder genom utbildning

ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING MEDICINKLINIKEN

Datakälla: Qlikview

- **Resultat:** 1486 överbeläggningar under 2019; 390 utlokaliserade under 2019
- **Analys:** Halvering av överbeläggningar på kliniken samt minskat ca 60% på utlokaliseringar. (Neurologen har ju också försvunnit från medicin i dessa siffror vilket man får räkna med, men ändå om man tittar på medicin och neuro tillsammans 2018 med 3230 överbeläggningar kontra 2109 2019 för båda. För utlokaliserade var det tillsammans 1036 2018 och 2019 för båda klinikerna 463 vilket ändå blir en halvering).
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Har jobbat med att få bort överbeläggningar, har ökat upp med några nya platser under året i och med AVA. Eftervårdsplatser har konverterats till "riktiga" vårdplatser som har kunnat nyttjas i större utsträckning.

ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING NEUROLOGKLINIKEN

Datakälla: Qlikview

- **Resultat:** 96 % beläggning, 2807 vtf, 73 (2,6%) utlokaliserade, 623 (22%) överbeläggningar under året.
- **Analys:** Kliniken prioriterar att vårda patienterna inom rätt kompetensområde och får därmed hög andel överbeläggning och låg andel utlokaliserad, i enlighet med ffa strokekriterier för vård inom strokeenhet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Utökning av vårdplatser för strokevård på avd 78. Projektarbete för ökad direktinläggning på strokeenhet pågår.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** som ovan.

ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR MEDICINKLINIKEN

Datakälla: Qlikview

- **Mål:** < 7,5 %
- **Resultat:** 4 %
- **Analys:** En liten ökning från förra året på återinläggningar för våra patienter >80 år. (3,3% 2018). Ändå ligger vi under målnivån vilket är bra trots många äldre patienter.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta hålla låga siffror.



ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

NEUROLOGKLINIKEN

Datakälla: Qlikview

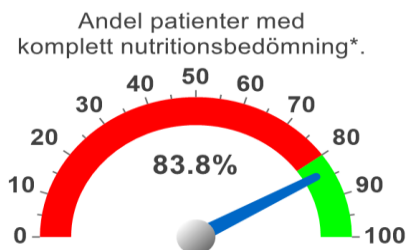
- **Mål:** < 7,5 %
- **Resultat:** 2,3 % återinlagda inom 7 dagar
- **Analys:** Resultatet ligger väl inom vårt målvärde.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Inga speciella åtgärder vidtagna.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt vård av hög kvalitet.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN MEDICINKLINIKEN

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

- **Resultat:**



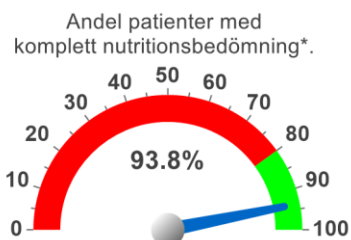
- **Analys:** Vi har förbättrat oss sedan förra året på båda parametrarna, men når inte riktigt upp till målet gällande åtgärder.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Utbildning gällande vad som är en riskfaktor och vilka åtgärder som kan sättas in är genomförda på några avdelningar under senhösten. Alla avdelningar jobbar aktivt med slutenvårdsappen. Förbättring har gjorts mot årets slut i appen så förhoppningen är att det kan bli bättre under 2020. En enhet håller på med ett projekt riktat mot en av deras patientgrupper och just undernäring då detta är ett stort problem för den patientgruppen.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt utbildning planeras om vad som är en riskfaktor och vilka åtgärder vi kan sätta in. Även utbildning/workshops gällande aktivitetsplaner.

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN NEUROLOGKLINIKEN

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



- **Resultat:**



- **Analys:** Både andelen riskbedömda och andelen med dokumenterade åtgärder är bättre än föregående år.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Även här planeras utbildningsinsatser för att förbättra dokumentationen

PATIENTUPPLEVD KVALITET MEDICINKLINIKEN

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	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?"	90 %	255 patienter	88 %	193 patienter
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	91 %	257 patienter	88 %	193 patienter
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	96 %	221 patienter	94 %	194 patienter



- **Mål:** 2019 öppenvården 90%, 2019 slutenvård 86%.
- **Analys:** Inom både slutenvården och öppenvården ses en förbättring jämfört med 2018.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Bibehålla samma resultat och nöjdhet av patienterna. Eventuellt arbeta med utskrivningsmeddelandet så det blir mer standardiserad text så att patienterna blir mer informerade och förhoppningsvis känner sig mer delaktiga.

PATIENTUPPLEVD KVALITET NEUROLOGKLINIKEN

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	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%	221 pat	90%	115 pat
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	90%	220 pat	93%	115 pat
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	93%	215 pat	96%	112 pat

- **Mål:** God målluppfyllnad.
- **Analys:** Både inom öppenvården och slutenvården ses en förbättring jämfört med 2018.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Ett fortlöpande arbete med förbättrad tillgänglighet via telefon och 1177, ffa till neurologmottagningen pågår.



SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE MEDICINKLINIKEN

Genomfört förbättringsarbete 2019: "Ökad livskvalitet för äldre och multisjuka" – ett samverkansprojekt mellan Järfälla kommun, DSAB, Barkaby VC, Jakobsbergsgeriatriken och HSF gällande avtal och regelverk. Projektets målsättning var att tillgodose en så "sömlös" och värdeskapande vård på rätt nivå som möjligt för multisjuka äldre och har resulterat bl a i en informationsbroschyr som nu ska implementeras.

SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE NEUROLOGKLINIKEN

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** "Missing-link"-projektet för att förbättra patienternas vårdkedja för rehabilitering i hemmet. Extern finansiering. Utökat samarbete med Geriatriken som också deltar i workshops tillsammans med representanter för DS
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Projektet fortlöper, ingen klar utvärdering finns i nuläget

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT MEDICINKLINIKEN/NEUROLOGKLINIKEN

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

- **Resultat: Medicin:** Alla patienter 37 %, prioritet orange/röd 71%. Neurologen: Alla patienter 39 %, prioritet orange/röd 76%.
- **Analys:** Viss försämring jämfört med 2018 (41%). Intensivakuten invigdes Maj 2018 varför 2019 är första helåret med det nya flödet av betydligt sjukare patienter. Antal larmpatienter har ökat kraftigt och ett larm låser fast stora resurser. Vi har fortfarande begränsat med vårdplatser relaterat till vårt behov och därtill besparingsmål som gör att inga fler vårdplatser tillkommer. Tidigare fick vi bra tider av att lättare patienter kunde tas omhand via dagvård som inte längre finns. Snarast bör vi se att vi bibehållit våra tider trots att patienterna blivit mycket sjukare och mer vårdtunga.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Flytt av medicinsektionen till nya lokaler och arbeta upp rutiner för arbetet på plats. Vidareutveckling av preliminärbedömning med en triageläkare. Införd Neuro-jour med egen LL-neuro. Infektionskonsulten finns nu tillgänglig dagtid på akuten, och sedan sept 2019 finns infektionsläkare på sjukhuset även kvällstid. Snabbspår för svårt sjuka infektionspatienter, "sepsislarm" och "infektionsprocess" infördes sent 2018 och utvidgades under året till att även omfatta kvällar. Ett av målen med dessa förändringar är att korta genomloppstider för denna patientgrupp på akutmottagningen. AVA har öppnat och arbetar med



direktintag av patienter direkt från larmrum. Vi har återinfört läkare som bara är på akuten och begränsat rotationen av läkarna vilket ger större kontinuitet. Under vårsäsongen tog alla avdelningar direkt upp en extra-patient klockan 10, vilket dock avklingade allt eftersom det blev mindre överansträngt. På hösten gjordes satsning på hänvisningsstödet för att minska inflödet av patienter som egentligen kan söka annan vårdnivå. Resurserna har ökat under året från 2 till 3 neurologer, ledningsläkare mer närvarande på akuten.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Upparbeta och förtydliga rollen för personal i triage inklusive USKorna. Förtydliga Mellanjourens rollbeskrivning på jourtid. Förstärkt avflöde från akutsjukhuset, dels med geriatriken som inkorporeras i DSAB, men också genom att kommunerna nu har kortare tid på sig att ta färdiga patienter. Stor rekrytering av ny personal utfördes 2019, och genom intensivt arbete att få dessa att trivas hoppas vi få bättre kontinuitet och stärkt personalgrupp. Omorganisation där Infektionskliniken ingår i samma verksamhetsområde som akut internmedicin ger ytterligare förutsättningar för att stärka samarbetet kring infektionsflödet på akutmottagningen. Primärjour helg även bakjour helg planeras under primärjournspassen.

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING:

- **Resultat:** Medicin 47 minuter och Neurologen 48 minuter.
- **Analys:** Vi har strålande resultat på dagtid, men det fallerar på kvällar och nätter när triagefunktionen är stängd.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har lagt till flera rader läkare under tiden när flest patienter finns på akuten.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Förtydliga mellanjourens roll nattetid till att sortera bland patienterna och godkänna preliminärbedömning nattetid.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID > 8 TIM

- **Resultat:** Medicin 24 % och Neurologen 23 %.
- **Analys:** Vi har försämrats något jämfört med tidigare år, men återigen tyngre patientmix där flera krävt långa och omfattande utredningar.
 - 1. Avsaknad av vårdplatser för att möjliggöra avflöde.
 - 2. Större andel av patienterna som söker på akuten är sjuka och i behov av inneliggande vård.
 - Trögt avflöde med patienter, svårt att få plats på geriatriken snabbt samt med kommunala insatser.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har lagt till flera rader läkare under tiden när flest patienter finns på akuten.



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

<97 %

- **Resultat:** Medicin 70 % och Neurologen 77 %
- **Analys:** Många gånger är det de äldre och multisjuka där många utredningar är utförda för att kunna identifiera om patienten kan vårdas på geriatrisk klinik som själva har begränsade utredningsmöjligheter. När det är många patienter blir det också långa köer till utredningar.
Genomfört förbättringsarbete 2019: Silverspår som begrepp myntades för att identifiera de multisjuka äldre, dock problematiskt nu eftersom det är så många. Silverspårs-markering påskyndar påtitt, däremot är utmaningen avflöde hos dessa patienter. Start av avd 98 med inriktning den sköra äldre patienten med snabb inläggning från akuten (silverspåret).
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Vi har nyligen haft möte med DS Geriatriken som gärna tar emot patienterna tidigare i sjukdomsförloppet, och där flera undersökningar som inte ändrar handläggningen kan vänta till efter inläggning. Vi kommer ha samarbete med geriatriken och diskutera eventuella snabbspår för de multisjuka äldre.

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN MEDICINKLINIKEN/NEUROLOGKLINIKEN

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

- **Resultat:** Medicin 27 % och Neurologen 29 %
- **Analys:** Nytt mätvärde. Vi har och kommer ha dåliga värden baserat på mätvärdes inneboende natur. Efter det att akutmottagningen är klar med en patient tillkommer fruktansvärt många steg som vardera har en inneboende fördröjning. 1. Hitta en vårdplats (När det är vårdplatsbrist så händer ofta att patienterna står på KÖ till en avdelning då de har en patient som åker hem vid ett visst klockslag). 2. Koordinatör ringer till avdelningen (Ibland är koordinatör väldigt upptagen, ibland får koordinatör inte tag på ssk på avdelningen). 3. Koordinatör signalerar en vårdplats hittats. 4. Personalen på akuten bokar transport (De är ofta upptagna med att ta hand om patienter, och vid flera ordinationer blir ofta transportbeställningen nedprioriterad). 5. Bokning av transport, fördröjning då detta måste bokas via intranätet och tillgång till dator. Dessutom har transportörerna en halvtimme på sig dvs missar man ett klockslag kan det dröja till nästa. 6. Transportören transporterar patienten (Transportören hittar ibland inte patienten som ligger på fel plats).
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Ta upp en patient före kl 11 på alla medicinavdelningar.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Vi behöver göra en grav översyn av hur vi kan reducera antalet moment i en inläggning, från medicinsektionens sida ska vi minska fördröjningen i moment 4 genom att förtydliga och ändra på flödessköterskans arbetsuppdrag och ha någon som bevakar inläggningar.



ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Neurologkliniken har granskats avseende patientnära analyser, inga avvikelser identifierades

Medicinkliniken har inte varit med i vare sig någon intern eller extern granskning under 2019.