



## KVALITETSREDOVISNING 2019

### VERKSAMHETSOMRÅDE: NJURMEDICIN

### KUNSKAPSBASERAD VÅRD

### KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT KVALITETSREGISTER

#### ANDEL PAT I SJÄLVDIALYS (HD & PD)

**Huvudmål avtal:** 34% exklusive patienter överförda från KS under 2016-2019.

**Klinikens eget mål:** 28% inklusive patienter överförda från KS under 2016-2019.

**Resultat huvudmål i avtal:** 37% exklusive patienter överförda från KS under 2016-2019. Detta är en ökning från 26% 2017 och 33% 2018.

**Resultat klinikens eget mål:** 30 % i självdialys inklusive patienter överförda från KS under 2016-2019 (63 % män, 37 % kvinnor).

**Analys:** Det pågår ett omfattande arbete med att informera patienter om att självdialysbehandling och då främst PD är förstahandsalternativet och att assisterad dialys är ett andrahandsalternativ. Man kan inte välja assisterad dialys om man har förmågan att själv lära sig. Detta innebär bland annat att samtliga patienter bedöms via peritoneal- eller självhemodialysmottagningen gällande individuell potential att utföra behandlingen själv. Antalet PD-patienter står för den största ökningen av självdialyserande patienter, nu 51 st. Antalet HemHD-patienter har sedan hösten 2018 nästan fördubblats från 6 till 11 patienter. I dagsläget tränar 6 patienter för HemHD och kommer att kunna gå hem med sin behandling de närmaste månaderna. Idag utför 45 % av alla dialyspatienter (PD + HD) hela eller större delen av sin behandling själv.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** En gång per termin anordnar PD-mottagningen och Hem-HD-gruppen öppet hus med uppskattade seminarier där blivande patienter och deras närstående bjuds in för möjlighet att träffa både patienter med PD och Hem-HD och att kunna ställa frågor till dessa. Tack vare att patienter leder dessa seminarier har det bidragit till ökad förståelse och avdramatisering av självbehandling. Dessa patientledda möten drog vid senaste tillfället i oktober över 50 deltagare vilket är rekord.

PD-sjuksköterskor föreläser regelbundet för personalen på klinikens vårdavdelning samt för klinikens läkare avseende PD i praktiken. Vi har även hämtat inspiration från vårt grannland Finland genom en gästföreläsare från Helsingfors som har berättat hur de arbetar systematiskt med hemdialys på ett framgångsrikt sätt. Pre-dialysmottagning har startat och integration av



Hem-dialysmottagningarna PD och HemHD har genomförts och är nu i drift.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Arbetet med att skapa ett centrum för självdialys har nu tagit form genom att vi samlat all Hem-dialysträning i ett och samma hus där nu både Hem-hemodialysträningen och PD-mottagningen har sin verksamhet. Detta är första steget i utformningen av ett framtida Njurcentrum Nord. Genom detta ökar patienternas fokus på självbehandling och egenvård och övergångarna mellan de olika hembehandlingarna förenklas. Detta för att kunna uppnå målet i utvecklingsplanen att 40% av alla dialyspatienter ska utföra sin behandling själva år 2022. För att kunna förverkliga Njurcentrum Nord fullt ut har vi planer att i framtiden även kunna integrera njurmottagning och transplantationsmottagning med själv- och Hemdialysmottagningen vilket på Karolinska visat sig vara en framgångsfaktor för självdialysarbetet. Tyvärr har vi inte fått tillgång till lokaler som möjliggör en fullständig integration av de olika mottagningarna.

Tidigare aktiviteter på PD- och HD-sidan som öppet hus med patientledda möten och personalutbildning kommer att fortgå under 2020.

## ÖVRIGA RELEVANTA KVALITETSREGISTERUTFALL

### Dialysmottagningarna

**Mål:** Dialysmottagningarnas (PD och HD) kvalitetsmål är:

- Fosfatvärde för dialyspatienter  $<1,6$  mmol/L hos  $>65\%$ .
- Andel HD-patienter med AV-fistel eller AV-graft där kliniken har ett mål på  $>67\%$ .
- Antal hemodialyser per patient  $\geq 4$ /vecka där klinikens mål är att ligga  $>60\%$ .
- Andel patienter med HDF-behandling ska vara så hög som möjligt där den tekniken är tillgänglig.
- Mål för Dialysdos räknat som  $\text{stdKt/V} > 2,1\%$  för HD-patienter är  $80\%$
- Andel peritonitfria PD-patienter  $>80\%$

### Resultat:

Andelen hemodialyspatienter som uppnått önskat fosfatvärde har försämrats under året, nu  $59,5\%$ . Peritonealdialyspatienternas fosfatvärden har också försämrats och endast  $49\%$  når målet.

Andelen hemodialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft var vid sammanställningen i oktober  $63,5\%$ , vilket är i nivå med föregående år. Klinikens eget mål ligger på  $>67\%$ . Vi ligger lägre i jämförelse med de andra Stockholmssjukhusen.



Liksom tidigare år strävar kliniken efter att erbjuda sina hemodialyspatienter täta dialystillfällen där de ökade kostnaderna vägs upp av ökad livskvalitet och minskad risk för hjärt-kärlkomplikationer på kort och lång sikt samt innebär en lägre förbrukning av blodtryckssänkande mediciner och i viss mån erythropoesstimulerande läkemedel. Totalt dialyserade 35,5% av patienterna på kliniken fyra eller fler gånger i veckan. Vi ser en sänkning av ordinerad dialysfrekvens vilket beror delvis på högre patientantal på dialysmottagningarna men även att vi nu räknar med de patienter som förts över från KS där dialysfrekvensen är lägre. Dialys utan långt uppehåll leder till minskad risk för komplikationer och lägre morbiditet och mortalitet. Målet i HSFs utvecklingsplan för njursjukvården är att 40% av HD-patienter ska ha dialys minst varannan dag till 2022. I nuläget kan bara de patienter som sköter sin behandling självständigt eller har särskilt stort medicinskt behov av frekvent dialys erbjudas detta. Dialysresurserna räcker inte till för att erbjuda alla som skulle behöva frekvent dialys detta och ojämlikheten inom regionen är problematiskt stor.

Andelen hemodialyspatienter med stdKt/V >2,1% är 63% vilket ligger lägre än målet. För att få en korrekt siffra måste man dock även räkna med den resterande njurfunktion som vissa patienter har. Detta kräver urinsamling och analys av urinen och detta har tyvärr inte kunnat genomföras som önskat pga både patientrelaterade och personalrelaterade orsaker.

Klinikens satsning på själv- och hemdialys har gjort att färre patienter har tillgång till HDF-kompatibel utrustning till förmån för utrustning som är mer lämpad för själv- och hembehandling. Andelen av klinikens hemodialyspatienter som i slutet av 2019 är ordinerad HDF-behandling är 61%. Både HDF-behandling och frekvent dialys minskar både morbiditet och mortalitet jämfört med konventionell hemodialysbehandling tre gånger i veckan. Andelen med HDF har minskat från 70% från föregående år men istället har alltså fler patienter själv-dialys.

88% av peritoneladialyspatienterna var under 2019 fria från peritoniter vilket överträffade målet 80%. Andelen patienter som var fria från PD-kateterutgångsinfektion var glädjande nog 89%.

**Analys:** Försämringen avseende fosfatvärdet kan bland annat förklaras genom att fokus varit mindre på detta under året. Vi har nystartat 95 patienter vilket är en pedagogisk utmaning att utbilda alla patienter i kost och läkemedelsbehandling av fosfat. Patienter och närstående erbjuds fortfarande att träffa dietist i grupp eller individuellt och patienten får återkoppling varje månad hur deras fosfat ligger. Tidigare utbildningsinsatser för patienter kring kost kommer att fortsätta för att nå även de nya dialyspatienterna.

Det har varit en stor personalomsättning på hemodialysenheterna, vilket har medfört ett ökat utbildningsbehov gällande accessvård där hantering av ultraljud vid nålsättning ingår.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Danderyds sjukhus AB har fått regionalt accessansvar och kommer under 2020 att få tillgång till kärlkirurg under veckodagarna och ökad tillgång till operationssalar. Det är i nuläget inte klart hur den nya organisationen ska se ut men en ökning



av operationstider för accessoperationer är nödvändigt för att komma åt de idag orimligt långa väntetider som vi har för dessa åtgärder vilket bidrar till våra förhållandevis dåliga accessresultat avseende andel patienter med AV-fistlar och graft. AV-fistlar och graft behöver efter att de anlagts fortlöpande underhåll och åtgärder för att fungera så länge som möjligt. Utöver ökade operationstider så kommer vi att fokusera på personalutbildning då rätt handhavande förlänger accessens livslängd.

För de dialysdosrelaterade kvalitetsmåten frekvens, HDF, självdialys samt stdKt/V arbetar vi med flera åtgärder. Dels att ta fram en tydlig och enkel instruktion för hur optimal dialys ska utformas samt för hur beräkning av stdKt/V ska göras för att underlätta vid kommande mätningar. Dialysdosen påverkas också av tid, frekvens och accesstyp och kvalitet på accessen.

Förbättrad accessvård och fler med fungerande AV-fistlar/AV-graft ger större möjlighet att dialysera effektivt.

## Njurmottagningen

**Mål:** Danderyds är Sveriges största rapporterande enhet i SNR med drygt 2000 patienter med kronisk njursvikt 2019 på njurmedicinska mottagningen och HND-mottagningen. Patienter har under 2019 rapporterats in i registret fr o m eGFR <60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. I SNR:s rapport för 2018 (sammanställning för 2019 är inte klar) följs fem viktiga kvalitetsmått; andel patienter med fastställd njurmedicinsk diagnos där målet är >75 %, andel patienter <80 år i CKD 3-4 med ett blodtryck ≤140/90 mm Hg med mål >70 %, andel patienter med diabetesnefropati och behandling med ACE-hämmare eller ARB med mål >75 %, andel patienter behandlade med erytropoesstimulerande läkemedel som har ett Hb mellan 100-120 g/L med mål >60 % samt andel patienter i CKD-stadium 4-5 med fosfatvärde <1,6 mmol/L med mål >75 %. Förutom dessa mål följer vi på kliniken bla andel patienter som i god tid förberetts för framtida dialysbehandling.

**Resultat:** Målnivån nås för samtliga fem mål. Njurmottagningens data för 2018 från SNR visar att drygt 90% har en specifik njursviktsdiagnos, vilket ligger i nivå med föregående år. Vidare når 70 % målblodtrycket, vilket innebär en minskning från tidigare värden. 80% har ACE/ARB behandling, vilket är en liten förbättring. Hb nås hos 60%, oförändrad nivå. Drygt 80 % når fosfatmålet, vilket är en viss försämring.

**Analys:** Vi når de riksgemenensamma målen men flera av våra viktiga målvärden har försämrats eller ligger oförändrade 2018 jfr med föregående år. Jämfört med övriga njurmottagningar i Sverige ligger vi mitt i spannet. På mottagningen arbetar läkare och njursviktssjuksköterskor med både individuell och gruppvis information samt individuell uppföljning för att förbättra de medicinska resultaten. Antalet patienter har ökat kraftigt de senaste två åren och vi har inte riktigt hunnit med kvalitetsarbetet i den utsträckning som vi önskat. Vi har stora möjligheter till förbättrade resultat.



**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har fortsatt att arbeta med framför allt god blodtrycks kontroll för att bromsa njursvikt, särskilt vid samtidig albuminuri (äggvita i urinen). Det är också en av DSABs sjukhusspecifika kvalitetsindikatorer 2020–2023. Vi har på olika sätt uppmärksammat detta mål på kliniken, på läkarmöten, APT och inte minst i våra patientmöten.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Kommande år önskar vi involvera patienten ännu mer i sin blodtrycksbehandling. Patienten ska känna till sitt blodtrycksmål, gärna mäta själv hemma och ansvara för att blodtrycket följs upp och ligger bra. Vi planerar ett seminarium om högt blodtryck för patienter och anhöriga under våren.

## **SVENSKA PALLIATIVREGISTRET**

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

**Resultat:** 17 patienter avled på vårdavdelningen under 2019. Samtliga rapporterades i palliativregistret. 9 dödsfall var väntade dödsfall, vilket motsvarar 53 %. Av dessa är 78 % smärtskattade den sista levnadsveckan, vilket är en förbättring mot 37 % 2018.

**Analys:** De förbättrade siffrorna beror delvis på att vi ordinerar den uppdaterade palliativa aktivitetsplanen i TakeCare som stöd för omvårdnadspersonalen och att vi förtydligar dokumentationen av utförda aktiviteter. Vidare har antalet som avlider på avdelningen halverats under året jämfört med de senaste åren då vårdavdelningen i allt större utsträckning remitterar palliativa patienter till vårdavdelning 98 och hospice.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Under året har implementeringen av den palliativa aktivitetsplanen och de framtagna symtomskattningsstickorna fortsatt för ökad användning.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Kliniken har en palliativ stödprocess och en lokal arbetsgrupp har bildats på vårdavdelningen. Gruppen ska bland annat anordna utbildningsinsatser och följa upp den palliativa vården på avdelningen för utvärdering och återkoppling.

Fortsatt lokal registrering för de patienter som övergår till palliativ vård planeras under året för att dels kartlägga vilka enheter som patienterna skrivs ut till och hur det palliativa omhändertagandet utvecklas.

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

Tidigare har kliniken haft 5 kärnprocesser nämligen processerna för akut njursjukdom och



kronisk njursjukdom samt transplantationsprocessen, peritonealdialysprocessen och hemodialysprocessen.

Under 2019 har en sjätte kärnprocess, preventionsprocessen, tillkommit. Njursjukdom i tidigt stadium är mycket vanlig i befolkningen. Att bromsa progressen av sjukdomen med sekundärpreventiva åtgärder är därför av mycket stort värde. Processens uppdrag är bland annat att stärka samarbetet med övriga vårdgivare, inte minst primärvården, för att det preventiva arbetet ska påbörjas tidigt i sjukdomsförloppet redan innan patienten har remitterats till njurmedicin.

## **ANDEL LÄK, SSK OCH USK SOM GENOMGÅTT HLR UTB ENL PLAN**

Mål: 74 %

Jasna Giesecke (HLR koordinators) 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**

Den viktigaste åtgärden för ökad patientsäkerhet 2019 är arbetet gällande säker vård som genomförts på vårdavdelningen, exempelvis e-utbildning i vätskebalans, framtagen handbok för att säkra den basala kunskapen inom njurmedicinsk omvårdnad och arbetet med att göra rutiner och riktlinjer gällande njurmedicinsk vård och behandling kända hos inhyrd och nyanställd personal.

## **PATIENTSÄKERHETSKULTUREN**

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

**Resultat 2018 jämfört med 2019:** Njurmedicinska kliniken har även 2019 goda resultat gällande hållbart säkerhetsengagemang i medarbetaruppföljning. Klinikens medarbetare upplever fortsatt att de kan påtala när något är på väg att gå fel, att man vågar prata om sina misstag och att man blir bra bemött på sin arbetsplats när man behöver hjälp. De olika enheterna har olika förbättringsområden att arbeta med och där kommer aktiviteter och åtgärder planeras för respektive enhet. Klinikövergripande kommer vi att fortsätta arbeta med frågan om och hur vi erbjuder patienterna att vara ännu mer delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.

**Analys:** Skillnaderna mellan enheterna är mer påtagliga i år jämfört med 2018 och det kan vara relaterat till strukturella förändringar i arbets sätt men också till ökad andel nyanställda på vissa enheter. Vårdavdelning 1 har bland annat arbetat med delaktighet, säker vård och förbättringar efter negativa händelser och där har resultaten i enkäten förbättrats. Nytt



arbetssätt för rondan är infört och det utvärderas regelbundet. Tid i schemat för utvecklingsarbete kunde inte genomföras på grund av för låg andel egna anställda. Under första kvartalet 2020 avvecklas all extern bemanning och avdelningen kommer att bemannas av egna anställda vilket ger ökade förutsättningar för förbättringsarbete. Dialysmottagningen på Löwenströmska och läkargruppen har fortsatt ett mycket bra resultat i hållbart säkerhetsengagemang. Dialysmottagning Roslagen har under året fortsatt arbeta med Gröna korset, ett verktyg som har fungerat bra och skapar öppenhet att prata om händelser och avvikelser. Den planerade utvärderingen är inte genomförd på grund av chefsbyte. Fokusveckor med olika teman som exempelvis säker vård har genomförts. Arbetet med upplevelsen av patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet har gett visst resultat, även om index minskat ett steg så är det fler som anser att patienterna görs delaktiga i säkerhetsarbetet, skillnad i svarsfrekvens gör att det är svårt att värdera. Vidare analys av resultaten får vänta till dess att respektive enhet har haft möjlighet att gå igenom enkätsvaren.

#### **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Att på respektive enhet lyfta frågan kring patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet och hur medarbetarna upplever att den kan förbättras.

Dialysmottagningen Löwenströmska kommer att arbeta med frågan om samarbete med andra enheter.

## **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:** Njurmedicinska kliniken har under 2019 minskat inrapporterade avvikelser till 3,4 per anställd och år vilket är samma som 2017. Under 2018 rapporterades 3,6 avvikelser. Andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser är inte möjlig att få fram ur systemet.

**Analys:** Man ser framför allt en minskning av avvikelser rapporterade på vårdavdelningen och bedömningen är att det relaterar till att avdelningen bemannades av inhyrd personal från externa bolag som inte kunnat rapportera avvikelser på ett smidigt sätt.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Varje enhet uppmuntrar medarbetare att skriva avvikelser och arbetar aktivt med inrapporterade avvikelser. De presenteras för medarbetare



och/eller lyfts på APT. Skrivna avvikelser leder bland annat till förändringar i arbetssätt och uppdatering av rutiner så att de anpassas efter aktuell vårdssituation. Hemodialysenheterna arbetar på arbetsledarmöten med avvikelser som kan gälla för alla dialysenheter. Uppföljning och samarbetsmöten med Diaverums dialysmottagningar sker kontinuerligt. Njurmedicinska mottagningen har under året flyttat till lokal utan förbindelse med övriga sjukhuset, vilket har föranlett att nya riktlinjer utarbetats för omhändertagande av patient som av medicinska skäl behöver transport till övriga sjukhuset.

#### **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Patientsäkerhetscontroller tillsammans med patientsäkerhetsläkare presenterar klinikens patientsäkerhetsarbete och avvikelser på respektive enhet.

Roslagsdialysen kommer utvärdera arbetet med Gröna korset och utveckla det förebyggande arbetet, hur man undviker att det händer igen.

Vårdavdelningen kommer att fortsätta arbetet med avvikelser inom området säker vård i personalgruppen. Att rapportera fall och sår fungerar men troligen finns fler ej rapporterade avvikelser inom ex dokumentation, kommunikation, hygien mm.

#### **Mål: Utveckla analyserna på systematisk nivå.**

**Resultat:** Inom klassificeringsgrupperna nivå 1 är det på klinikinivå inom kategorin behandling och omvårdnad som totalt sett flest rapporterade avvikelser, 133 stycken, finns. Därefter kommer dokumentationsöverföring och läkemedel med 85 avvikelser vardera.

**Analys:** Fall är fortsatt en vanligt förekommande avvikelse på vårdavdelningen eftersom patientgruppen som vårdas har hög medelålder och är multisjuk och därmed har ökad risk för fall. Det har arbetats mycket med fallförebyggande åtgärder och antalet rapporterade fall har minskat under året.

Läkemedelsavvikelser har däremot ökat från föregående år. Den mest förekommande avvikelsen gäller administrering av läkemedel som står för ca 2/3 av läkemedelsavvikelserna. Det är fördelat både på hemodialys och vårdavdelning vilket innebär att förbättringsåtgärderna många gånger är vitt skilda.

Ett flertal händelser varav en kunde blivit allvarlig relaterar till förändring i journalsystemet. Att Danderyds sjukhus inte längre är förvalt vid journalöppning innebär att exempelvis prover från akutmottagningen inte syns om inte rutan för Danderyd markeras vid varje separat journalöppning. I det här fallet är ändringen av journalsystemet en bidragande faktor till ökade risker för patientsäkerheten. Orsaksanalysen visar på att den vanligaste bedömda orsaken är ej följda rutiner och riktlinjer.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Se fallprevention.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Se fallprevention. Genomgång av läkemedelsavvikelser för att identifiera orsaker och därefter planera åtgärder.





## RISKANALYSER

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

**Resultat:** Under 2019 har 4 riskanalyser genomförts varav en påbörjades under 2018. Riskanalys gällande Njurcentrum Nord bevakas och återupptas om förutsättningar finns.

**Analys:** Riskanalys gällande strömavbrott, planerad test av reservkraft avslutades i mars. Riskanalys avseende kompetens på avdelning njurmedicin 1 genomfördes under våren 2019. Syftet var att synliggöra risker med en njurmedicinsk vårdavdelning som mestadels bemannas av inhyrda sjuksköterskor utan njurmedicinsk kompetens. Detta för att identifiera nödvändiga åtgärder för att bibehålla patientsäkerheten.

Riskanalys sommar 2019 var indelad i 3 delar och gällde dialysmottagningarna, vårdavdelningen och njurmedicinska mottagningen. Majoriteten av föreslagna åtgärder genomfördes och även om inte alla åtgärder fick avsedd effekt så har utvärdering skett och det kan ligga till grund för kommande sommarplaneringar.

Riskanalys gällande CDK fokuserar på rutinförändringen som möjliggör att start och avslut av dialysbehandlingen via en central dialyskateter kan göras av enskild sjuksköterska. Analysen är fokuserad på dialysmottagningen Danderyds förhållanden men är även tänkt att gälla för dialysmottagningarna på Löwenströmska och Roslagen.

### **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Riskanalyserna är presenterade för respektive arbetsledare och uppföljning av effekter är genomförda. Föreslagna åtgärder kommer att efter utvärderingen kunna ligga till grund för bland annat kommande sommarplaneringar.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Bevaka och följa upp åtgärder som identifierats i riskanalyser.

## ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE

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

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

**Resultat:** Antal ärenden från patient/närstående via 1177 eller brev uppgick till 4 stycken. Ärenden via Patientnämnden var 4 stycken. De är kategoriserade enligt Vård och



behandling och Vårdansvar och organisation. Ett enskilt ärende från IVO. Synpunkter på vården som inkommer från patienter eller närstående hanteras och besvaras i första hand skriftligt av respektive chef och/eller verksamhetschef. I vissa fall följs det skriftliga svaret upp av ett telefonsamtal från patientsäkerhetscontroller. Patient och/eller närstående erbjuds om möjligt ett möte på sjukhuset för att prata igenom aktuell händelse.

**Analys:** Ingen nämnvärd ökning i brev eller kontakter via 1177 har skett senaste året. Synpunkter på vårdansvar och organisation relaterar till njurmedicinska mottagningen och det förändringsarbete som skett där under året. Flera muntliga synpunkter från patienter har rapporterats i Händelsevis vilket är glädjande, även personliga möten/samtal med patienter och/eller närstående i samband med klagomål är fler. Åtgärder för verksamheten har identifierats i flera fall och hanteras och följs upp av ansvarig chef.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Arbetet med 1177 har under året bidragit till ytterligare formulär där patienter på ett tydligt sätt kan kommunicera efterfrågad medicinsk information. Andelen muntligt rapporterade avvikelser i Händelsevis har ökat.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta med sedan tidigare påbörjat arbete att försöka utöka möjligheten att använda 1177. Vi kommer också att sträva efter att öka kunskapen hos klinikens medarbetare gällande att rapportera muntliga synpunkter från patienter och närstående i Händelsevis.

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

**Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019:** Ingen händelseanalys utförd 2019.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Att synliggöra dokumentation och uppföljning av planerade åtgärder från förbättringar, utredningar och händelser.

## FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

**Målnivå >77 % dokumenterade åtgärder**

**Målnivå <2,4 % andel pat som fallit, med skada eller utan skada under aktuellt vårdtillfälle**

**Resultat:** Årets PPM Fall visar att 93 % (90 % män, 100 % kvinnor) av patienterna riskbedömdes avseende fall i samband med sjuksköterskornas inskrivning, vilket ligger i nivå med tidigare år (95 % 2018). 54 % av patienterna (44 % män, 75 % kvinnor) bedömdes ha ökad risk för fall under vårdtiden, vilket är i nivå med tidigare år även om 2018 visade en lägre nivå (35 %). 71 % (75 % män, 67 % kvinnor) hade dokumenterade fallpreventiva åtgärder i sin



journal. Samtliga patienter hade en dokumentation undersökordet "Fall under aktuellt vårdtillfälle" i sjuksköterskans slutanteckning.

När data samlas in kontinuerligt under året via QlikView ses att 90 % av alla sjuksköterskornas slutanteckningar innehåller dokumentation gällande fall under aktuellt vårdtillfälle, vilket är en minskning från 96 % 2018. I dokumentationen framkommer att 96,6 % inte hade fallit under vårdtillfället och resterande 3,4 % hade fallit varav 0,7 % med skada. Motsvarande andel 2018 var 3,9 % som fallit varav 1,6 % med skada.

**Analys:** Risk för fall har hög prioritering bland omvårdnadspersonalen där ökad risk delges i hela arbetsgruppen för kännedom vid skiftbyten. Vid journalgranskning noteras att förebyggande åtgärder inte alltid dokumenteras och en högre andel bör kopplas i aktivitetsplaner. Rutinen att använda de rosa armbanden finns.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Fallronder har under året genomförts enligt plan där man grundligt går igenom alla vårdutrymmen avseende funktionskontroll av belysning, ringsignal, säkrar fri passage runt säng och i patientsal samt korridor. Detta kompletterar det dagliga fallpreventiva arbetet.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Vårdavdelningens rutin att genomföra fallronder regelbundet utöver det dagliga fallförebyggande arbetet i vårdmiljön fortsätter liksom arbete med att säkra överrapportering av fallrisk hos en patient vid vårdpersonalens skiftbyte. Avvikelse rapporter lyfts för underlag till förbättringsarbete. Under våren kommer det läggas fokus på att öka andelen aktivitetsplaner.

## **ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN**

**Målnivå:** 52 %

**Resultat:** 82,7 % av patienterna erhöll en läkemedelsberättelse, LMB, i samband med utskrivning från slutenvården 2019. Detta är i nivå med 2018 (83,6 %).

**Analys:** Njurmedicin har sedan länge haft en hög andel patienter som erhållit en läkemedelsberättelse i samband med utskrivning oavsett om nästa vårdgivare varit geriatrik, annan klinik eller primär-/kommunal vård. Kliniken implementerade den sjukhusgemensamma TakeCare-mallen för utskrivning med läkemedelsberättelse tidigt. De läkemedelsberättelser som missas beror till största del på att patienter flyttas till annan klinik på jourtid.



**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Förutom återkoppling om resultat och regelbunden diskussion på läkar-APT informeras randande ST-läkare om rutinen med att delge patienten en läkemedelsberättelse i samband med utskrivning.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Arbetet med att hålla samma nivå av LMB fortsätter så liknande sätt som 2019. Eventuellt kommer en journalgranskning göras för att mer detaljerat få underlag till ytterligare förbättringsåtgärder.

## ***MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN***

**Målnivå:** 90 % för MRSA

**Resultat:** Årets två PPM ARB visar att 67 % (67 % män, 67 % kvinnor) av patienterna med riskfaktorer hanterades korrekt enligt gällande vårdprogram, vilket är en försämring från 94 % 2018.

**Analys:** Under året har vårdavdelningen haft ett mycket stort antal medarbetare som under kortare eller längre perioder arbetat på avdelningen pga sjuksköterskebrist vilket sannolikt bidragit till det sämre resultatet. Patienterna som vårdas på vårdavdelningen har vanligen en hög förekomst av riskfaktorer som exempelvis sår, urinavledningar, centrala infarter, dränage, tarmstomi mm.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Förekomst av anmälningspliktiga resistent bakterier tillhör idag den dagliga vården av patientgruppen på avdelningen vilket har medfört regelbundna diskussioner om korrekt hantering utifrån handlingsprogrammet. I samband med att en ny person introducerats på avdelningen har kvalitetsutvecklaren gått igenom bland annat vikten av korrekt hantering av riskfaktorer för ARB. Personlig återkoppling utifrån fynd i PPM-mätningar har gjorts liksom tidigare år.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Under 2020 planeras översikten i TakeCare revideras så att den erbjuder en tydligare översikt om patienten där det nu är möjligt att förtydliga eventuella riskfaktorer och om odling skett. Riskappen i QlikView har nyligen uppdaterats så att samtliga patienter oavsett första inläggande enhet visas och ses nu som ett stöd i det dagliga arbetet. Utöver detta får handlingsprogrammet lyftas regelbundet för medarbetarna för ökad kunskap och förståelse för riskerna med att det inte följs.

## ***FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER***

**Resultat:** Under året har vårdavdelningen och de tre hemodialysmottagningarna genomfört två observationsmätningar var förutom att ena mätningen på Roslagsdialysen var en självskattning.



Totalt under året har kliniken uppnått följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler till 23 %, vilket är i nivå med tidigare år.

**Analys:** Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har sedan flera år varit en utmaning på kliniken om man ser till resultaten i PPM-mätningar trots stora satsningar tidigare år.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vårdavdelning njurmedicin 1 har under året genomfört en hygienrund med fokus på läkemedelshantering, urinvägar och vård av isolerade patienter. Det övergripande omdömet var att det rådde god hygienisk standard, men en handlingsplan är under utformning varav en del åtgärder redan har genomförts under året. BHK var bland annat i fokus vid höstens utbildningsdag för medarbetarna på vårdavdelningen och en uppföljande observationsmätning gjordes i december. Mätningen visade en viss förbättring på samtliga observationspunkter även om endast en tredjedel hade korrekt följsamhet i samtliga steg där desinfektion före är den största utmaningen.

Inom öppenvården lyfts rutiner regelbundet och diskussion efter genomförd mätning gjorts. Olika arbetsmoment som identifierats som risker har diskuterats och de populära norska filmerna har visats.

Ett par enheter har tillgång till UV-låda som använts både till personal som patienter för att utvärdera och förfina tekniken att desinficera sina händer korrekt.

Det har inkommit avvikelser kopplat till naglar inom öppenvården och det har lett till personlig återkoppling samt en gemensam diskussion i arbetsgruppen. Aceton har inhandlats för möjlighet till ökad följsamhet.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Klinikens arbetsgrupp, den s.k. PUK-gruppen (Patientsäkerhet, Utbildning och Kvalitet) har fått i uppdrag att arbeta för ökad följsamhet till BHK på kliniken under 2020. Liknande uppdrag gavs 2014.

Vårdavdelningen fortsätter att åtgärda de nedslag som noterats vid hygienronden.

## VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

**Målnivå** <6 % förekomst, särredovisa egenförvärvade VRI

**Resultat:** Årets två PPM fångade fyra vårdrelaterade infektioner, vilket gav en total förekomst på 10,5 % varav 7,9 % var egenförvärvade. Detta ligger i nivå med tidigare år bortsett från 2018 där ingen VRI noterades i samband med PPM.

**Analys:** Patienterna som vårdas på vårdavdelningen har vanligen en mycket hög förekomst av riskfaktorer för VRI som exempelvis sår, urinavledningar, centrala infarter, antibiotikabehandling/profylax samt immunsupprimerande behandling. Totalt vid årets två



mätningar noteras 62 riskfaktorer fördelat på 38 patienter, vilket medför 1,6 riskfaktorer per patient. De vårdrelaterade infektioner som fångats i PPM berörde 3 infektioner i urinblåsa som var urinkateterrelaterade. Den fjärde vårdrelaterade infektionen var en postoperativ infektion som inte förvärvats på DS.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Efter vårens mätning var det tydligt att det brast i rutiner gällande skötsel av urinkateter och flera medarbetare har deltagit i kateterverkstaden som anordnas på DSAB och kompetenskort för ett par undersköterskor har genomförts. En uppdaterad aktivitetsplan för urinkateter har implementerats för att stärka den dagliga skötseln och utvärderingen av behandling med urinkateter.

En nybildad sårgrupp har bildats på avdelningen där arbetet med dokumentation och rätt val av omläggingsmaterial har påbörjats och en första föreläsning har nått hela personalgruppen i samband med utbildningsdag i november. Flera medarbetare har även gått på den sårutbildning som Sårrådet på DS anordnade.

Under utbildningsdagen föreläste även logopedier för vårdavdelningens personal för ökad kunskap om vikten av god munhälsa, måltidssituation och val av vätska/mat.

Under året har det genomförts en journalgranskning i samband med validering av Infektionsverket. Där noterades att antibiotika har ordinerats väsentligen korrekt, men att det finns förbättring i att välja rätt indikation. Vidare noterades det att läkare angett att infektionen som låg till grund för insatt antibiotika ibland var samhällsförvärd när den i själva verket var vårdrelaterad. Resultatet har lyfts i läkargruppen för ökad medvetenhet.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** De undersköterskor som ännu inte hunnit med att ta kompetenskort för KAD går under våren 2020. Ett tätare samarbete med paramedicin är planerat i form av föreläsningar/patientfall och sårgruppens arbete fortsätter.

## **PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR**

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

**Resultat:** Årets PPM visar att samtliga patienter, 100%, riskbedömts för trycksår i samband med inskrivning av sjuksköterska på vårdavdelningen. Detta är samma resultat som föregående år. 31 % (50 % män, 20 % kvinnor) av patienterna hade risk för trycksår vid PPM, vilket är dubbelt så många som de senaste två åren. Vid årets PPM hade samtliga riskpatienter, 100%, dokumenterade åtgärder, vilket är samma nivå som 2018.

Ett trycksår (kategori 2 i sacrum som inte dokumenterats i samband med inskrivning) bedöms vara förvärvat under vårdtiden i samband med PPM, vilket ger ett resultat på 8,3 %. Förra året var motsvarande siffra 3,8 %.

**Analys:** Sjuksköterskans inskrivningsmall ger ett bra stöd åt att samla in underlag till riskbedömning och till skillnad från de övriga riskbedömningarna finns en ökad benägenhet att



dokumentera åtgärder även om en större andel idag inte återfinns i aktivitetsplaner.

Tillsammans med fysioterapin finns en medvetenhet idag om vikten av mobilisering och lägesändringar.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vårdavdelningens sårgrupp har under året inventerat omläggingsmaterial och hållit en föreläsning i trycksår och dess olika kategorier med tillägg av fuktskador som nu ingår i trycksårsbedömningen. Dokumentation av sår har fått ett ökat fokus under året.

Vårdavdelningen har investerat i nya antidekubitusmadrasser så att dessa inte behöver hyras utan kan sättas in som åtgärd direkt vid behov. Liksom tidigare år engageras patientansvarig sjuksköterska och/eller undersköterska i samband med PPM för att nyttja mätningen som ett lärotillfälle.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Arbetet med ökad kunskap om sårtyper, omläggningsteknik och dokumentation fortsätter med bland annat daglig återkoppling och diskussion kring riskfaktorer och åtgärder.

## ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING

**Resultat:** Under 2019 har njurmedicins vårdavdelning haft en beläggning på 102 %, vilket är lägre än 105 % 2018. Vid kl 06 var det 463 överbeläggningar under året, vilket är färre än 2018 (594 stycken) då överbeläggningen var den högsta på flera år.

Under året har vårdavdelningen utlokaliserat 17 patienter, vilket är fler än 2018 då det var 7 stycken. Tidigare år har avdelningen utlokaliserat ca 30 stycken per år. Under 2019 var dessa patienter utlokaliserade till Kvinnokliniken, Ortopedkliniken samt Kirurg- och urologkliniken.

**Analys:** Vårdavdelningen har ett tätt samarbete med bakjour och akutintag som sätter upp patienter som är i behov av njurmedicinsk vård på väntelista. Dessa är högt prioriterade att tas in så fort som möjligt på avdelningen. Utlokaliserade patienteragnar varken vårdgivare eller patienten och är naturligtvis inget kliniken eftersträvar. De kroniska njurpatienterna med pågående peritonealdialysbehandling tas av praktiska skäl med fördel över så fort som möjligt då vårdavdelningen står för den specifika kompetensen på DSAB.

Under sensommaren frångick vi vårdplatsläget i form av överbeläggingsplatser liksom övriga sjukhuset. Överbeläggningen förutom dessa platser består mestadels av vårt elektiva inflöde som måste få en vårdplats oavsett tillgängliga vårdplatser aktuell dag, vilket nu är mer hanterbart än när vårdavdelningen ständigt hade belagda överbeläggingsplatser.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** I och med att vi under hösten haft fast antal vårdplatser som vi har bemanning för och inte ständigt belagda överbeläggingsplatser har vi kunnat undvika överbeläggningar i större utsträckning än för ett par överlappningstimmar.

Vi har under året byggt upp en mer struktur kring planering av elektiv verksamhet där vi nu i



samarbete med vår öppenvårdsverksamhet planerar njurbiopsier, anläggande av venaccesser och centrala infarter så att vi lättare kan förbereda oss och därmed har bättre översikt av patientflödet.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** I dagsläget finns inga större ändringar gällande hanteringen av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Förbättrad bemanning har medfört att avdelningens samtliga platser nu är öppna. Detta bör leda till minskat behov av utlokalisering.

## ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

**Mål:** <7,5 %

**Resultat:** Under perioden januari-november återinlades 3,5 % av patienterna >80 år inom 7 dagar, vilket är en minskning från 4,3 % 2018 och är nu på lägsta nivå sedan flera år.

**Analys:** Avdelningens vårdsamordnare har aktiv roll i den sociala planeringen kring patienten och samordningen av fortsatt vård. Idag förekommer inte brister i den sociala planeringen som orsak till återinläggningar. Idag pågår ett aktivt och nära samarbete inom teamet för ställningstagande av vårdnivå av patienter med återkommande inläggningar.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Den nya lagen med SIP är fullt implementerad och förankrad på vårdavdelningen där vårdsamordnaren även är drivande på sjukhusnivå. Fler vårdsamordnare som kan inträda när ordinarie vårdsamordnare inte är på plats har utbildats för ökad möjlighet att säkerställa kompetens under året. I inskolningen av nya sjuksköterskor ingår vårdsamordning.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortlöpande information och uppdatering kring SIP och nya LUS.

## PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

**Målnivå:** >80% nutritionsbedömning, ordinerade åtgärder >72%

**Resultat:** 81 % (77 % män, 88 % kvinnor) riskbedömdes för undernäring i samband med inskrivning på vårdavdelningen av en sjuksköterska. Detta är en förbättring mot 65 % 2018. 56 % hade ordinerade åtgärder, vilket är en marginell minskning från 60 % 2018.

**Analys:** Riskbedömningen visar att 43 % av patienterna löpte risk för undernäring under vårdtiden, vilket är lägre nivå mot tidigare år; i genomsnitt har andelen riskpatienter legat på 68 % de senaste fem åren. PPM gav insikt i att trots att underlag till riskbedömning görs i





samband med inskrivning tas i upp till 25 % inte ett ställningstagande gällande om risk föreligger eller inte.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vårdavdelningen hade en fokusvecka under våren med fokus på förebyggande åtgärder som näringsdrycker och kosttyper. Under hösten har dietistföreläsningar riktade mot olika stadier av njursjukdom hållits samt logopedföreläsning med munvård och vikt av optimal måltidssituation. Personlig återkoppling i samband med PPM görs till inskrivande sjuksköterska för ökad medvetenhet och kunskap och riskbedömning och åtgärder samt hur de dokumenteras.

Vårdavdelningen har vid årets slut investerat i nya sittvågar som komplement till de gamla samt en ny mobil lift med våg.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Riskbedömning med betoning på dokumenterade åtgärder i aktivitetsplan ligger i fokus för kommande år med återkoppling i det dagliga arbetet och diskussionstillfällen för medarbetare. Vidare fortsätter samarbetet med dietist och logoped i form av bland annat föreläsningar. Undersköterskorna på avdelningen arbetar med viss regelbundenhet i köket där de bibehåller förståelse för kostutbud och näringslära.

## PATIENTUPPLEVD KVALITET

### Redovisa resultat från egna mätningar, öppen- och slutenvård

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
<b>Delaktighet och involvering</b>	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"	<b>78 %</b>	<b>178</b>	<b>92 %</b>	<b>26</b>
<b>Information och kunskap</b>	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	<b>89 %</b>	<b>191</b>	<b>96 %</b>	<b>27</b>
<b>Helhetsintryck</b>	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	<b>93 %</b>	<b>184</b>	<b>100 %</b>	<b>26</b>

**Mål:** >90 % öppenvård, >86 % slutenvård Datakälla: Rapportor



**Analys:** Årets mätning avseende patientupplevd kvalitet gjordes med hjälp av en enkät som delades ut i samband med att kliniken gjorde en baseline avseende inställning och motivation inför klinikkens implementering av personcentrerad vård. De obligatoriska frågeställningarna utgjorde en naturlig del i de frågor som man önskade ställa våra patienter.

Jämfört med förra årets nationella utskick av patientenkät är respondentvolymen i slutenvården hälften där enkäter delades ut under en månads tid. Resultaten var klart högre för samtliga dimensioner i årets enkät; delaktighet 92 % mot 64 % 2018, information 96 % mot 81 % samt helhetsintryck 100 % mot 74 % 2018. Resultaten kan delvis förklaras av förbättrad arbetsmiljö och färre patienter per team mot 2018, men dock finns alltid diskussion om urval av respondenter att ta i beaktande.

Öppenvårdens respondentvolym har däremot tredubbelt i denna mätning där resultatet avseende delaktighet sjunkit från 93 % till 78 %. Detta är mycket svårt att förklara inte minst då vi arbetar mer aktivt med personcentrerad vård. En orsak kan vara en mycket hög belastning på njurmottagningen under året kombinerat med sjukskrivningar. Resultatet som berör helhetsintryck och information ligger på samma nivå som 2018; runt 90 respektive 95 %.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Redan under hösten 2018 påbörjade arbetet med att implementera personcentrerad vård där patientens ställning och upplevelse skulle stärkas och patienten börja ses som en del av teamet i nytt tag på hela kliniken. Arbetet leddes av klinikkens PUK-grupp där personalens kunskap och inställning till personcentrerad vård låg som en grund. I samband med patientenkäten delades även en enkät ut till personalen. Workshops och uppföljande avstämningar höll på klinikkens samtliga enheter under våren 2019 där samtalet och vinsterna med att ställa öppna frågor övades. Jämte detta arbetade klinikkens dokumentationsgrupp fram en vårdplan/hälsoplan fram efter inspiration från bland annat Södersjukhuset. Denna journalmall utformades för att kunna appliceras i öppen- som slutenvård där de överenskommelser som nåddes i teamet skulle dokumenteras och delges patienten. Arbetsledare på klinikkens enheter har tagit del av resultatet från patient- som personalenkät.

Under året har vårdavdelningen implementerat ett nytt rondsysteem där undersköterskan nu är en naturlig del som representant för omvårdnaden.

På njurmottagningen har arbetet med teamronder påbörjats och är nu ett arbetssätt i vissa patientgrupper.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Under våren 2020 kommer klinikkens enheter ta fram en handlingsplan på hur vårdplanen/hälsoplanen ska implementeras på respektive enhet med stöd av PUK-gruppen och dokumentationsansvariga.



## ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAS

### AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp.

**Mål:** >75% mån-fre 8.00-21.00

**Resultat:** 20 % av patienterna med ett inläggningsbeslut lämnade akutmottagningen inom 60 minuter till vårdavdelning njurmedicin 1. Detta är ett lågt resultat men trots allt en förbättring sedan 2018 där motsvarande andel var 13 %.

**Analys:** Vårdavdelningen visar i statistiken lågt resultat för aktuell indikator. Patienten ska befinna sig fysiskt på vårdavdelningen inom 60 minuter från det att inläggande läkare anger inskrivning. Under den timmen ska vårdplatskoordinatören identifiera en vårdplats, meddela vårdavdelning och patienttransport ske. Faktorer som påverkar resultatet finns både på akutmottagningen och på vårdavdelningen.

Vårdavdelningen arbetar aktivt med att frigöra vårdplatser så att akutmottagningen har tillgängliga vårdplatser att disponera. Under året har skrevs dock 59 % av patienterna ut mellan klockan 12-16 där en mindre andel rent tekniskt borde ha registrerats före klockan 12. 60 % skrevs in på avdelningen jämt fördelat mellan klockan 12-21.

Det nya rondsystemet som implementerades i våras innebär bland annat att läkarna träffar prioriterade patienter som planerade utskrivningar och instabila patienter tidigare på förmiddagen för att tidigarelägga hemgångar. Eftersom rondens är klar kring klockan 11 finns däremot en risk att de patienter som inte förbereds i förväg skrivs ut efter klockan 12. Då vi vårdar multisjuka äldre som ofta är i behov av samordning kring färdtjänst, liggande transporter, hemtjänst och måltider med mera är det ofta en utmaning att skriva ut patienter på förmiddagen.

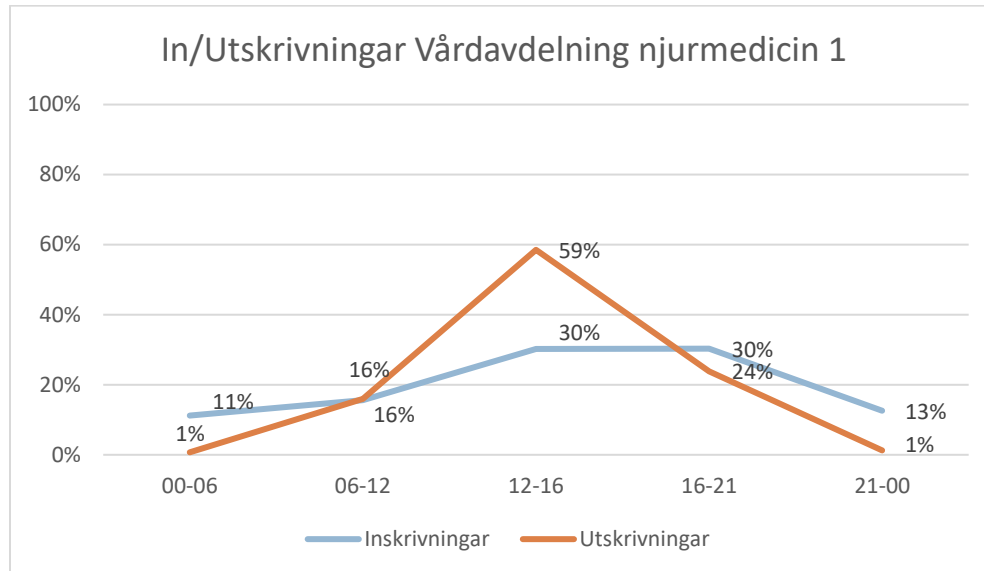
**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Införandet av ny rondstruktur under våren där patientansvarig läkare, sjuksköterska och undersköterska samlas för att ge en komplett bild av patientens status och plan medicinskt som omvårdnadsmässigt och vid behov andra professioner.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Då vårdavdelningen inte äger hela processen måste avdelningen titta närmare på vilka faktorer som vi kan påverka. I första hand gäller det att frigöra vårdplatser tidigare på dygnet där utskrivningar i möjligaste mån förbereds dagen innan medicinskt som omvårdnadsmässigt. Sedan behöver rutinen att skriva in och ut patienten i TakeCare med korrekt tid angiven lyftas och där har koordinatör och ansvarig sjuksköterska en viktig roll.

Efter utvärdering av det nya rondsystemet kommer som nästa steg införandet av mer



personcentrerat förhållningssätt med vårdplan där vissa patientgrupper kan bli aktuella att ingå i ronden för ett komplett team.



## **SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE**

Vårdavdelningen har ökat samarbetet med externa aktörer för att säkra upp och förbättra eftervården och vården i hemmet för patienter med njursvikt oavsett aktiv eller konservativ uremivård.

Som ett led i detta arbete bjöd vårdsamordnaren in Stockholms Geriatriska kliniker, Hospice och ASIH-aktörer till möte i maj rörande ökat samarbete kring våra njurpatienter. Mötet resulterade i ett förbättrat samarbete med ASIH samt efterfrågan om utbildning av de externa vårdgivarnas personal. Upplevelsen är även ett ökat antal godkända remisser till hospice för patienter med aktiv dialys. ASIH har också varit behjälpliga med att blanda antibiotika i PD-påsar vid peritoniter samt som stöd vid start av PD.

Ett stort arbete har skett med den s.k. LUSEN. Tack vare vår mycket engagerade vårdsamordnare har detta arbete förflöpt mycket smidigt. Till exempel för läkargruppen har fokus varit att sätta ett preliminärt utskrivningsdatum och noggrannhet med läkemedelsberättelse, utskrivningsmeddelande och uppdatering av Pascal i förekommande fall.

### **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Möte är bokad med VO Geriatrik angående förbättrat samarbete kring dialyspatienter. Enligt preliminära samtal ställer geriatriken sig positiva till att från och med 2020 ta emot dialyspatienter efter ett initialt informations-/utbildningstillfälle om dialys och därefter mer specifik utbildning i anslutning till flytt av ex PD-patient.



## ÖVRIGT

### **INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER**

Intern miljörevision genomfördes i november. Sammanfattningsvis bedömdes att kliniken har ett väl fungerande miljöarbete. T ex lyfter man i rapporten fram att vi arbetar aktivt med energirond, fokusveckor, och miljömål t ex att öka andelen hemdialys som påtagligt minskar resandet. Det finns en bra struktur avseende rutiner och hämtning av källsortering och miljöfarligt avfall. Avvikelser rapporteras och följs upp på APT.

Förbättringsförslag är att anordna fler miljöombudsmöten vilket planeras nu när vi har en ny miljöhandläggare på plats. Miljö ska också införas som stående punkt på APT och miljöinstruktioner för källsortering behöver uppdateras i läkemedelsrum, personalrum och tillredningsrum. Miljöfarlig sekretesstuggmaskin ska avskaffas.