



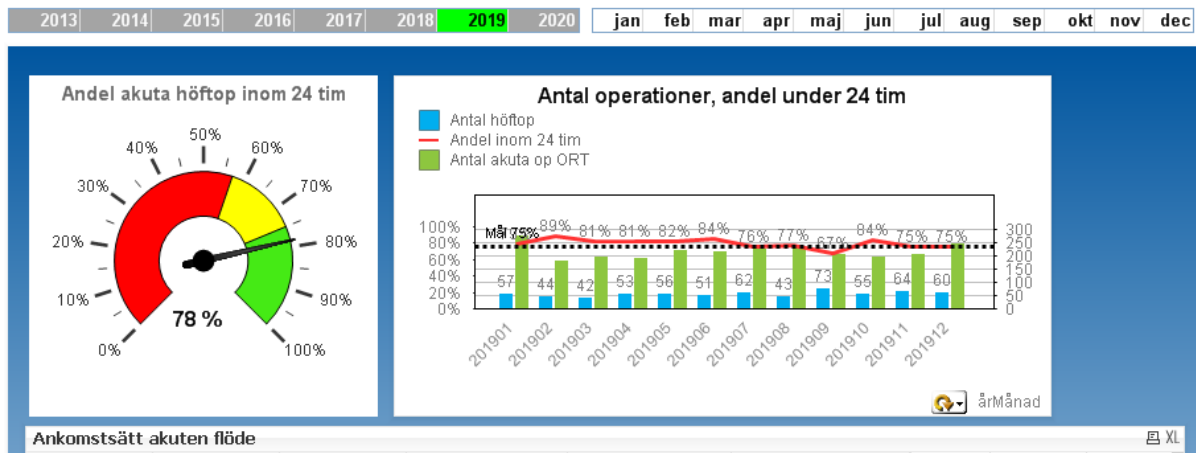
KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: ORTOPEDKLINIKEN

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT KVALITETSREGISTER

HÖFTFRAKTUR.ANDEL SOM OPERERAS INOM 24 TIM



Mål: 75%

Resultat: 78%

Analys: Glädjande klarar vi, för 3:e året i rad, målet att operera över 75% av patienterna som drabbats av höftfraktur inom 24 timmar. Under 2019 genomfördes 78% av höftfrakturoperationerna inom 24 timmar vilket är något högre än 2018 respektive 2017 (76% respektive 76%).

Totalt genomfördes 752 höftfraktur operationer under 2019 vilket är i paritet med förra årets 747.

Patienter som behandlas med antikoagulatia som ej kan reverseras farmakologiskt (sk. NOAK-preparat), har stadigt ökat under åren 2017 - 2018. På grund av antikoagulatians inverkan på blödningsbenägenheten, i viss mån vid det kirurgiska ingreppet men främst vid epidural och



spinal anesthesi, har denna grupp i större utsträckning än övriga patienter haft en längre väntan till operation. För att främja snabbare operation för denna grupp antogs under hösten 2018 en ny riktlinje för val av anestesimetod. Vid granskning av riktlinjens effekt ses en påtaglig ökning av andelen NOAK-patienter som opereras inom 24 timmar, vilket i sig ses som en stor bidragande faktor till att målet på minst 75% opererande inom 24 timmar uppnåddes. 2019 års siffra på antikoagulantia (bortsett från waran och trombyl) är något lägre jfr 2019, 140 vs 151 patienter men högre än 2017 års 118 patienter.

På kliniken finns också ett snabbspår för höftfrakturpatienter, vilket kan antas bidragit till måluppfyllnad. Det ska dock nämnas att detta av och till varit svårt att upprätthålla till pga. en hög belastning på akutmottagningen och begränsad tillgång på lediga vårdplatser. Dessa faktorer i kombination med det ökade totala behovet av operationstider har krävt mycket ledning och styrning för följsamhet till prioritering av höftfrakturpatienterna. Vi kan även konstatera att den allmänna inställningen till att snabbt flöde för denna patientgrupp numera är vitt spridd över hela sjukhuset.

Genomfört förbättringsarbete 2019 och planerat förbättringsarbete: Kontinuerliga förbättringar inom den akuta höftprocessen drivs sedan flera år av en processgrupp. Gruppens arbete under 2019 har till stor del handlat om upprätthållande av processen, kontinuerliga uppföljningar och återkoppling av utfall samt analys av bakomliggande orsaker till dessa. Fokus har inte minst varit att se till att målet eftersträvs även under den logistiskt krävande flytten till nya operationslokaler.

RAPPORTERING TILL SVENSKA FRAKTURREGISTRET

Öka andelen patienter med frakturer som registreras i Svenska Frakturregistret (SFR).

Syfte: Att i högre grad bidra med data till Svenska frakturregistret vilket även är ett krav från SKL.

Mål: Att skapa bättre förutsättningar för registrering i registret.

Resultat: SFR har diskuterats under många år och vi registrerar men fn i låg omfattning. Vid klinikens kvalitetsregisterdag hösten 2018 belystes SFRs storlek, utbredning, positiva påverkan för den egen kliniken men även sannolik resursåtgång.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Idag är registreringen manuell, sporadisk och individberoende då resurser och logisk saknas för aktiv total registrering på kliniknivå.

Planerat förbättringsarbete 2020: Vi slutar nu med aktiv rapportering i Rikshöft och övergår till SFR vilket kommer bidra till klart ökad rapportering av patienter med höftfrakturer samt sannolikt ökad rapportering rent generellt. Framöver kan partiellt integrerad registrering delvis vara möjlig via ex SPOR eller Orbit.



SVENSKT PERIOPERATIVT REGISTER, SPOR

Administreras via anestesikliniken och ortopedens grunddata rapporteras via Orbit.

För närvarande inte helt klart vilka parametrar vi ska följa under 2020. Förebyggande åtgärder som tex antibiotikaproylax men även operationer, diagnoser och förstås komplikationer inklusive mortalitet finns att ta fram för specifikt sjukhus och även hela riket.

FÖRBÄTTRINGSARBETEN KOPPLATS TILL ORTOPEDKLINIKENS ARBETE MED SVENSKA SKULDER- OCH ARMBÅGSSÄLLSKAPETS KVALITETSREGISTER (SSAKR).

Danderyds sjukhus AB är CPUA för, och Ortopedkliniken DSAB driver det Svenska Skulder och Armbågssällskapets kvalitetsregister (SSAR) som innefattar tre delregister; Axelprotesregistret, Armbågsprotesregistret samt Axelin stabilitetsregistret. På kliniken pågår tre förbättringsarbeten kopplade till SSAKR.

ÖKA ANDELEN PATIENTER SOM RAPPORTERAR IN PRE-OPERATIV PROM TILL AXELREGISTRET.

Syfte: Axelregistret hade 2017 ca 50% svarsfrekvens (18 st) på pre-operativ PROM (frivilligt för patienterna), något sjunkande 2018 trots ökat antal ca 43% (25 st) den vill vi öka.

Mål: Höja från 50% till minst 70% svarsfrekvens

Resultat: För 2019 januari-oktober är andelen 70% (andelen svar har ökat och nått målnivån för 2019, men november och december 2019 är inte fullständigt redovisat januari 2020 och inte med i analysen).

Analys: En allt mer pressad operationsplanering (kötid till op, kort varsel, strykningar under 2018-2019 t ex) kan ha inneburit att det är svårt att samla in PROM, och påminna patienterna inför op.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsätta att förbättra förutsättningarna för pre-op PROM för att sikta på över 70% svarsfrekvens 2020.

ÖKA ANDELEN PATIENTER SOM RAPPORTERAR IN PRE-OPERATIV PROM TILL AXELINSTABILITETSREGISTERET.

Syftet Axelin stabilitetsregistret är relativt nystartat och där behöver vi säkra att patienterna får information om att lämna pre-op PROM (sker via mobiltelefon i detta register).



Mål Att alla planerade primära stabiliseringar får information om att dela i registret. 70% svarsfrekvens.

Resultat: Har inte preliminärt analyserats för 2019, men för få för enskilda analyser ännu.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Antalet primära stabiliseringar utförda på akutsjukhus minskar då flera är patienter som kan opereras på annat håll hos öppenvårds-ortopedier. Vi har i första hand kvar re-operationer efter recidiv på sjukhuset, och dessa kommer också att behöva rapporteras men har inte nått dit ännu.

Planerat förbättringsarbete 2020: Försöka att förbättra förutsättningarna för pre-operativ PROM för att sikta på mer än 70% svarsfrekvens 2019, liksom att alla re-operationer registreras.

KVALITETSMÅTT TID TILL OPERATION FRÅN AXELFRAKTUR.

Syftet: Öka andelen adekvat handlagda patienter med akut proximal humerusfraktur genom att akuta axel-plastiker som opereras bör få operation utförd inom 2 veckor.

Mål 90% opererade inom 2 veckor

Resultat: 2017 5 av 44 stycken (11 %), 2018 för närvarande 4 av 26 (15 %), för 2019 tom oktober 8 av 22 (36 %) inte op inom 2 veckor. Trenden är negativ för kvalitetsmålet trots att vi inom kliniken kunnat visa på vikten av att operation med axelplastik vid proximal humerusfraktur inte fördröjs mer än 2 veckor.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Trenden att inte operera proximala humerusfrakturer lika ofta innebär att man dels gör färre operationer, dels att man tvekar mer innan operation och det kan innebära en fördröjning mer än 2 veckor. Huruvida detta speglas i den totala handläggningen av alla proximala humerusfrakturer borde kunna analyseras i Svenska Frakturregistret (SFR), men täckningsgraden förmodas i nuläget inte vara fullständig för en sådan uppföljning, särskilt som Närakuten tagit över vissa patienter och inte rapporterar till SFR, samt Danderyds sjukhus inte har prioriterat arbetet med frakturregistret 2019.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsätta att informera om adekvat handläggning av akut proximal humerusfraktur för handläggning inom kvalitetsmålet 2 veckor vid operation. De riktlinjer som vis redan har behöver följas bättre.

ÖKA ANDELEN FYSIOTERAPEUTISKT INREGISTRERADE DATA I REGISTRET SEPHIA.

Syftet: Att bidra med fysioterapeutiska data till SEPHIA.



Mål: Registrera patienter i kvalitetsregistret SEPHIA.

Resultat: Under hela 2019 har registrering av data skett i kvalitetsregistret enl upparbetad rutin och med de parametrar som ska följas och registreras.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Vi har nu en välfungerande rutin kring inmatning. En svårighet är dock att följa alla patienter och få in all data som ska in i registret då patientflödet är mycket högt och alla patienter kommer inte till hjärtrehabilitering här.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsätta ha kontakt med de andra sjukhusen – både på regional och nationell nivå - avseende registret och de data som matas in samt diskussion kring svårigheter med registret.

DIREKTDIGITAL ÖVERFÖRING TILL SVENSKA HÖFTPROTESREGISTRET

Syftet: Att möjliggöra direkt digital överföring av alla höftprotesoperationer från Danderyds sjukhus till Svenska Höftprotesregistret.

Mål: Att komma ifrån dubbeldokumentation.

Resultat: Analys och planering, uppstartsmöte har hållits med Orbitförvaltning, Svenska Höftprotesregistret och Orbitutvecklare.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Arbetet för DS ABs del är färdigt dvs det finns en färdig modul i Orbit där man kan rapportera direkt i samban med att man sparar ingreppet. Offert från Evry som utvecklar Orbit angående integrering med Svenska Höftprotesregistret är mottagen och accepterad och integreringsarbetet mellan Orbit och SHPR pågår nu och beräknas vara klart under våren 2020.

Planerat förbättringsarbete 2020: En pilot på tre månader skall göras under 2020 innan det går i drift.

UPPFÖLJNING AV KOMPLIKATIONER FÖR PATIENTER SOM GENOMGÅTT PRIMÄR HÖFTPROTESKIRURGI

Syftet: Att förbättra utfallet avseende reoperationer

Mål: Få ner antalet reoperationer efter primär höftproteskirurgi

Resultat: Möte med öppen diskussion kring samtliga tidiga reoperationer som vi fått ut från Svenska Höftprotesregistret med fokus på Patientsäkerhet och undvikbarhet hos oönskade



händelser. Reoperationsfrekvensen enligt Svenska Höftprotesregistret ligger stabilt runt 3.5-4% för patienter opererade fram till 2018, resultaten från 2019 finns ej ännu.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Fortsatt analys och uppföljning kommer ske under 2020.

Planerat förbättringsarbete 2020: I November 2020 då de nya resultaten är tillgängliga kommer en ny analys enligt tovan att göras och först då kan vi se om vi har sjunkande siffror.

NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER SOM INFÖRTS 2019

FÖRBÄTTRA PATIENTRAPPORTERAT UTFALL EFTER FOTOPERATIONER GENOM ANVÄNDNING AV REGISTERDATA FRÅN RIKSFOT OCH SWEDANKLE.

Syftet: Förbättra patientrapporterat utfall efter fotoperationer.

Mål: Kontinuerligt förbättrade resultat över tid.

Resultat: Uppföljning årligen eller oftare. Riksfot presenterar löpande uppdaterad statistik på hemsidan. Personliga resultat kan sökas fram. Swedankle publicerar årsrapport.

Analys av utfallet och arbetet som gjorts: Användarmöte i registerna, April 2019, planeras vid samma tid årligen. Swedankle November 2018 och ingen representant från kliniken vid mötet November 2019.

Planerat förbättringsarbete 2020: Riksfot har lanserat en applikation som möjliggör digital direktinmatning av pre-op PROM. Planen är att patienter f.f.a. på dagoperation, direkt på surfplatta, ska kunna genomföra registreringen före operation. Under hösten 2018 äskades medel för inköp av surfplatta till dag-op, påminnelse om önskemål om inköp av surfplatta hösten 2019 och detta mottogs av SAL dagoperation Sven Jönköping men än så länge ingen åtgärd



varför detta önskemål kvarstår. En sammanslagning av de två registerna är ett önskemål som framförts till registerhållare för Riksfot och Swedankle. Arbete pågår inom registerna men en sammanslagning bedöms inte nära i nuläget.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.

Workshops hölls under planeringsdagar hösten 2019 av KUPS samt vårdenhetschefer; för att alla sjuksköterskor samt undersköterskor inom slutenvården skulle få jobba med de kategorier där det rapporterats mest avvikelser inom.

- Workshop 1: KAD – genomgång av sjukhus övergripande riktlinje med kunskapstest.
- Workshop 2: Vätskebalansgenomgång av vätskemätning in och ut samt följsamhet
- Workshop 3: Steril såromläggning samt generellt kring omläggning
- Workshop 4: Mikrobiologi – klinikens alla odlingar och screeningar- vilken pinne går till vilken analys mm
- Workshop 5: Från avvikelse till Händelseanalys. Hela förloppet samt vad händer sen.

Workshopen fick fantastiskt gehör och utvärderingarna har givit bra med underlag för chefer att arbeta vidare med under 2020. Där bland annat att identifiera klinikens div riktlinjer samt utse vem som ska göra vad med de identifierade som är i behov av revidering.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

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

Resultat 2018 jämfört med 2019:

Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)-index för ortopedkliniken: 74

HSE Index

2019	2018	DSAB 2019
------	------	-----------



74	77	76
----	----	----

Analys: Vårt index har sjunkit marginellt från 2018. Vi jobbar likvärdigt och aktivt med avvikelser som 2018, avvikelser hanteras och lyfts upp på APT på alla enheter och drivs av dess chefer. Analysgruppen ämnar fånga de allvarligaste vårdavvikelsena och initierar analyser till verksamhetschef.

Hösten 2019 infördes BEDSIDE rapportering på 59 A för att bland annat öka patientsäkerheten och öka informationsflödet om pågående vård direkt till patienten. Därmed hoppas vi att vi får mer delaktiga patienter och främja ökad egenvård och delaktighet för patienten. Arbete har även genererat stark teamkänsla hos både undersköterskor och sjuksköterskor.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt högt engagemang i BEDSIDE rapportering samt fortsätta utvärdera initiala skedet. Fortsatta grupparbeten kring omvårdnad med diskussion på möten/APT/planeringsdagar förbättringsförslag från medarbetargruppen under planeringsdagarna hösten 2019. Väcka förbättringstavlans i konferensrummet med fokus på granskningar, vidtagna åtgärder r/t trafikljus samt uppföljning kring följsamheten till detta. Fortsatt arbete kring arbetsmiljö på planeringsdagar

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: 280 anställda på ortopedkliniken. Det finns också ett VO i ekonomisystemet som kallas Forskning och utveckling. Där finns bland annat forskningssjuksköterskor och de är 3 st inom ortopedi. Dock Pga. av problem med modulen överblick i H-Vis, så går det inte att få ut uppgifter om andelen medarbetare som har rapporterat in vårdavvikelser, så det blir svårt att analysera resultatet gentemot ovanstående mål, men vi försöker kontinuerligt få fler medarbetare att rapportera avvikande händelser i systemet och det görs via chefer samt av medlemmar från analysgruppen på div möten, APT mm

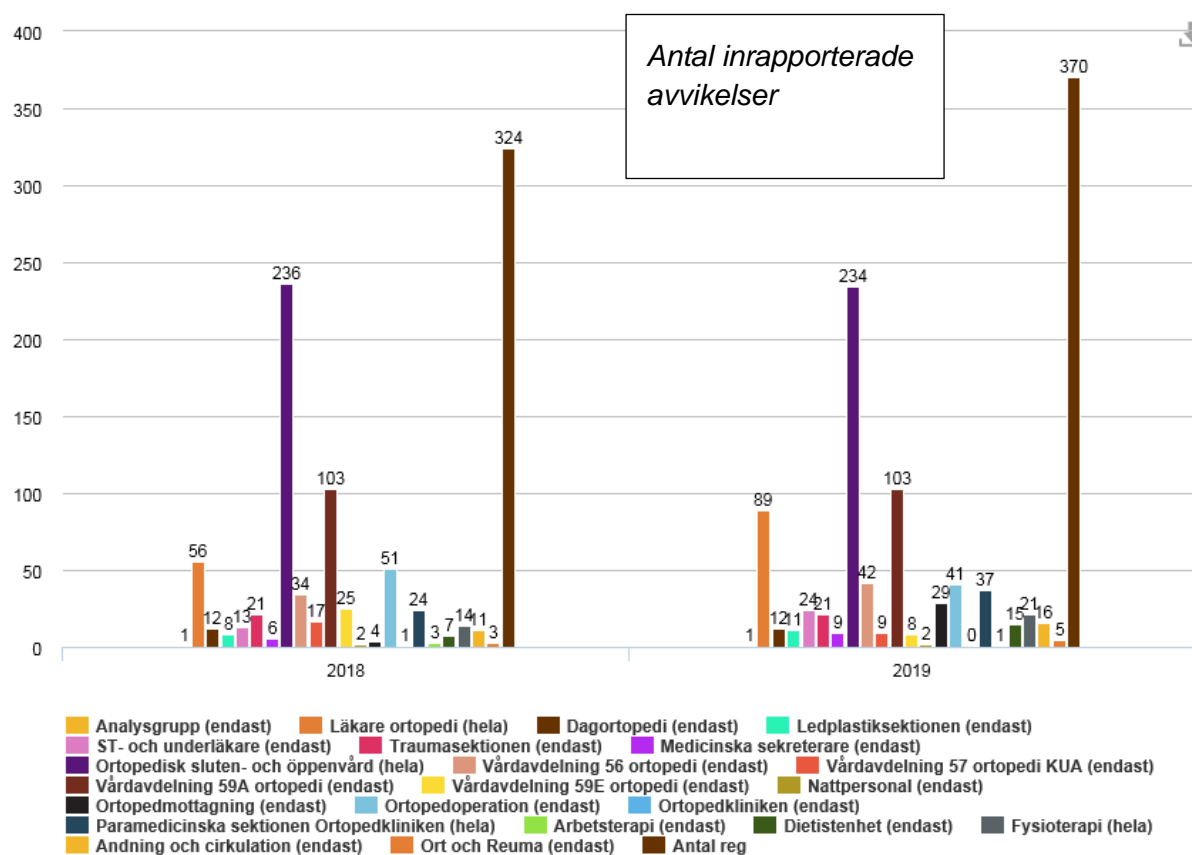
Antal inrapporterade avvikelser:

År	2018	2019
----	------	------



Antal	324	370
-------	-----	-----

Analys: Vi har jämfört med förra året ökat antal inrapporterade avvikelser. En märkbar förändring finns hos läkargruppen som har ökat sina rapporteringar och visar tendenser att i större grad, signalera risker och händelser som avviker under vård. Bidragande stöd till ökningen är även att vi har en biträdande överläkare i medicin nu.



Genomfört förbättringsarbete 2019: 59A Inför Bedside-rapportering, planeringsdagarna för alla medarbetare (slutenvården) under hösten innehöll workshops som var grundade i de mest förekomna avvikelser inom slutenvården 2018-2019.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fler utbildningsinsatser relaterat till frekventa avvikelser. Se över riktlinjer samt organisera analysgruppen med ny PSL. Fortsattarbete med bedside-rapportering på samtliga avdelningar.



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: Marginella skillnader mellan inrapporterade klassificerings grupperna

Klassificeringsgrupper:

År	2018	2019
Behandling/omvårdnad	119	91
Dokumentation/informationsöverföring	65	57
Läkemedel	31	29

Analys: De tre största kategorierna är desamma som året innan.

Handläggarna har kategoriserat avvikelserna tydligare i år vilket bidrar till att fler avvikelser fördelas under rätt kategori och blir lättare att analysera.

Förr hamnade väldigt mycket under denna rubrik som kanske skulle ha kategoriserats till annan kategori.

- Inom behandling och omvårdnad finns avvikelser gällande
- Bristande omvårdnad samt fördröjda ronder för in/utlokaliserade patienter.
- PVK Infarts relaterade avvikelser.
- Noak relaterade avvikelser
- Uppkomna trycksår på avdelningarna
- Bristande preoperativa rutiner. Avsaknad av operationsmarkering-bristande hygien innan operation.
- Nutritionsrelaterade avvikelser
- KAD – ej följsamhet till riktlinje
- Bristande vätskebalans (slutenvården)
- Brister i ELMG (slutenvården+ akuten)

Inom Dokumentation/informationsöverföring ses brister i rapportering mellan akuten och vårdavdelningarna. Det kan tex gälla om en blockad är satt eller inte på våra höftfrakturer, flera patienter kommer upp utan en blockad vilket genererar i sen smärtlindring och onödigt lidande under dusch. Samt rondrelaterade avvikelser.

Inom läkemedel ses brister till följsamhet till ELMG, brister under ronden gällande uppdatering av lm listor mm. Bristande ställningstagande till NOAK relaterade lm.



Genomfört förbättringsarbete 2019:

Hösten 2019 infördes BEDSIDE rapportering på 59 A för att bland annat öka patientsäkerheten och öka information kring pågående vård och öka patienternas kunskaper till egenvård.

Kliniken tillsatte en läkemedelsansvarig sjuksköterska på vårdavdelning 59A. Hen har fått i uppdrag att ordna upp läkemedelsrummet, gå igenom vårt bassortiment för att minska kostnader och öka utrymmet för de preparat vi behöver dagligen. Under våren kommer hen att arbeta kring att utveckla läkemedelsrummet rum mer och effektivt. Önskemål finns att vi ska byta ut läkemedelsvagnarna till enklare utan lådor så att vi inte kan förvara massa läkemedel i vagnen.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med rondprocessen samt utskrivningsprocessen i tvärprofessionella arbetsgrupper.

VÅRDAVIKELSEHANTERING PÅ PARAMEDICINSKA SEKTIONEN ORTOPEDKLINIKEN 2019

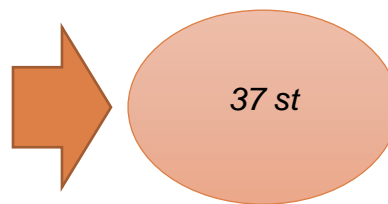
Rapporterade avvikelser från medarbetare som är anställda på ortopedkliniken / paramedicinska sektionen

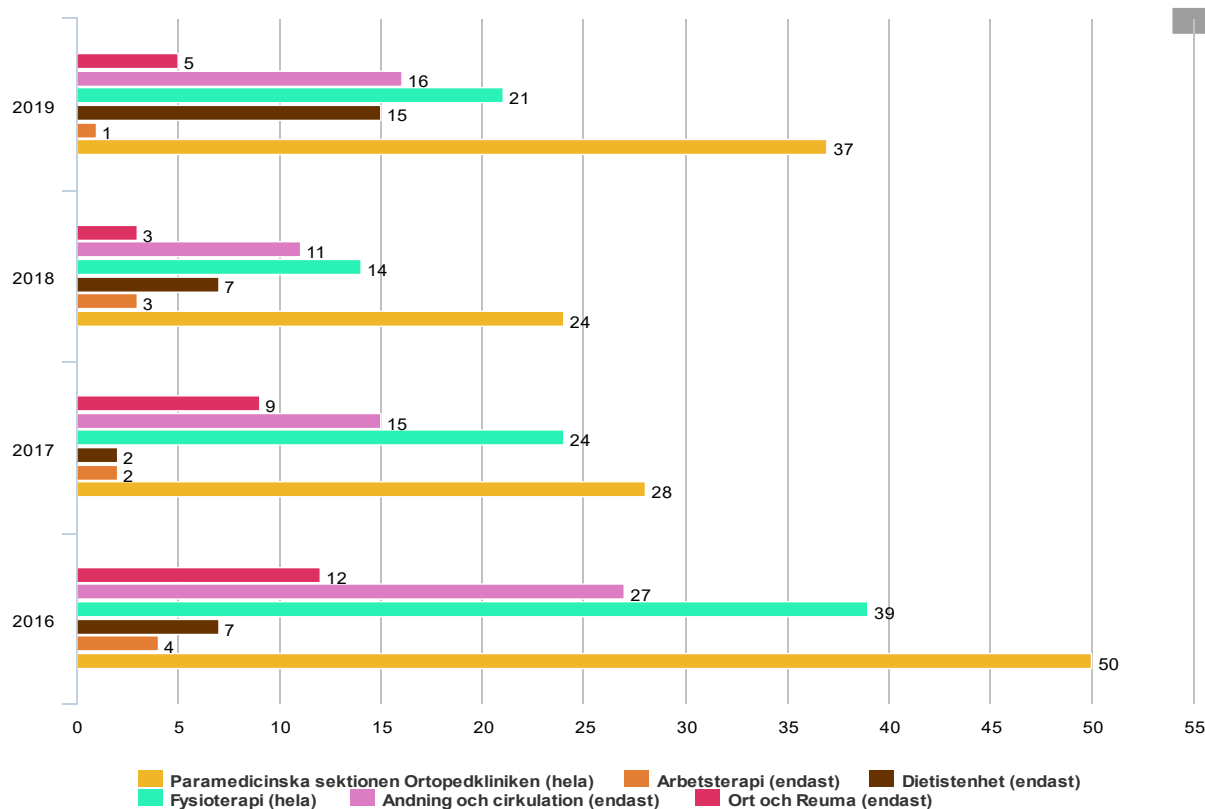
Arbetsterapin 1

Dietistenheten 15

Fysioterapi (hela) 21

Andning och cirkulation 16 Ort och reuma 5





Inom paramedicinska enheten har enhetscheferna rutiner för avvikelshantering. De handlägger igenom sin enhet. Flertalet av vårdavvikelserna inom paramedicin skickas tillbaka till respektive avdelning och handhas av respektive vårdenhetschef där händelsen skett.

Totalt har antalet avvikelser ökat från 24st. 2018 till 37st. 2019.

Arbetsterapin har endast en rapporterad avvikelse i HändelseVis. De flesta avvikelserna på Arbetsterapin går till Sodexo och gäller hjälpmedel. Dessa registreras inte i HändelseVis utan dessa skickas direkt till Sodexo som sedan överrapporterar till SLL.

Identifierade frekventa avvikelser rapporterade av paramedicinska sektionens medarbetare:

1. Total avsaknad i uppföljning av ordinationer samt rekommendationer som skrivits av dietister. Största orsaken är att vårdavdelningar ej sett dietistanteckningarna som skrivits under vårdtiden. Det som missats är bla rekommenderade viktuppföljningar samt nutritionsåtgärder och förändringar i ordinationer av enteral nutrition.
2. Hantering av medicinteknisk apparatur.
3. Bristande kunskaper kring enteral nutrition hos externa vårdgivare

Rekommenderade åtgärder för att minska de mest frekventa vårdavvikelserna 2019:



Påminna läkare samt annan vårdpersonal om att filter för DS måste klickas i för att kunna se paramedicinska journalanteckningar. – Något som behöver lyftas till LG DSAB: Önskemål är att inte behöva bocka AV journalfiltret för Danderyds sjukhus AB för att se paramedicinska anteckningar samt logopedanteckningar.

Om möjligt erbjuda externa vårdgivare utbildning för att hantera enteral nutrition.

Erbjuda interna utbildningar om hur grundläggande nutritionsstatus bäst görs för patienter med risk för malnutrition.

RISKANALYSER

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

Resultat: Analysgruppen har ej initierat några riskanalyser under 2019. Inom verksamhetsområdet har man varit involverad i sjukhusgemensamma riskanalyser inför flytten till Hus 52.

Planerat förbättringsarbete 2020: Att involvera någon/ några ur analysgruppen om kliniken ska göra mindre lokala riskanalysarbeten.

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:

Verksamhets områden	Antal ärenden från patient/närstående via 1177, brev/VO Edit	Antal nya enskilda ärenden från PaN/VO Edit	Antal nya enskilda ärenden från IVO/VO Edit	De två vanligaste kategorierna från PaN, IVO, 1177, brev /VO Edit
Ortopedi	43	24	3	Vård och behandling (41) Kommunikation (33)

Observera att summan av de två vanligaste kategorierna kan vara större än den totala summan ärenden per VO, då ärenden kan ha flera kategorier.



Analys: Handläggningen har till stor del skett på ortopedmottagningen där behovet har varit störst. Flertal ärenden har handlat om ändringar i journal, svårt att nå mottagningen mm. Sedan har övriga ärenden varit rent läkarorienterade och där har behov funnits att läkare yttrar sig om en specifik synpunkt i bemötandet med patient eller synpunkt i en specifik handläggning under vård.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Ortopedklinikens chefsjuksköterska på mottagningen sköter handläggningen av ärenden relaterat till mottagningen.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fördela inkommande ärenden /arbetet mellan handläggare mer effektivt.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019:

Utbildningar/föreläsningar har genomförts av vår bitr med ÖL till läkargruppen. Informatik rådet har uppdaterat och förbättrat användarvänligheten när medarbetare registrerar distalstatus i mätvärden. Föreläsning har genomförts i ämnet compartment. Inom slutenvården har utbildningsbehov utifrån händelseanalyser förenats i workshops under planeringsdagar.

Planerat förbättringsarbete 2020: Under planering. Klart Q1 2020.

Händelseanalys mellan Ortopedkliniken samt VO Radiologi 2019:

Felaktigt röntgensvar vid röntgen av handled.

Analysens uppdrag var att utreda om ett felaktigt röntgensvar av en handled har bidragit till en vårdskada. Analysen ska vara till känna på kliniken och dess medarbetare Q1 2020 i utbildningssyfte.

STRUKTURERAD JOURNALGRANSKNING

Mål: Verksamhetsområdet identifierar processer som behöver förbättras och genomför journalgranskning

Strukturerad journalgranskning används inom flera av områdena listade i bokslutsmallen. Om ni systematiskt granskar andra processer för att få ett kvalitetsutfall och identifiera förbättringsområden ska detta beskrivas nedan

Dietistenheten för journal enligt NCP – Nutrition Care process. Det innebär en struktur där vi skall dokumentera nutritionsutredning, nutritionsdiagnos, nutritionsåtgärd samt



nutritionsuppföljning och utvärdering. För att granska dokumentationen, dvs. i vilken utsträckning vi följer processen, finns en manual framtagen, NCP-audit. Vi har under 2018 granskat hela enhetens journaler avseende innehåll, struktur, tydlighet och relevans. Granskningen säger ingenting om kvaliteten på nutritionsbehandlingen utan avser själva dokumentationen. Syftet denna gång 2019 var att hela gruppen skulle granska journalanteckningar enligt NCP-audit för att öka medvetenheten kring vår dokumentationsprocess och få en bättre förståelse för hela processen.

Vi arbetade två och två med granskningar under en eftermiddag och det upplevdes givande och att det gav en ökad förståelse för processen och hur vi dokumenterar

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

Målnivå > 77 % dok åtgärder Datakälla: PPM Rapportor

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

Datakälla: Qlikview

Resultat: 64% har dokumenterade åtgärder, 0% har fallit under aktuell vårdtid

Analys: Förbättring jämfört med föregående år gällande dokumenterade åtgärder har skett. 2018 var 50% av åtgärderna dokumenterade. Under 2019 har 67% av åtgärderna dokumenterats. Resultatet ovan baseras på en punktprevalensmätning (PPM) genomförd under hösten 2019. Av samtliga journalgranskade patienter vid PPM, både 2018 och 2019 hade 0% fallit under vårdtiden. Fallindikatorn punktprevalensmäts endast vid ett tillfälle per år, vilket gör underlaget litet för att dra generella slutsatser. Med hjälp av QlickView (QV) ges dock möjlighet att fånga större datamängd över tid. Vid en jämförelse mellan QV-utfall och PPM mellan 2018 och 2019, ses en ökning med 17 % avseende andelen dokumenterade åtgärder som är 67 % i år jämfört med 50 % förra året men vi ser en minskning på 4 % avseende riskbedömningsfrekvensen som är 95 % 2019, jämfört med 99 % förra året. Vi ser också att andelen riskindivider är så gott som fördubblad jämfört med förra året, från 34 % till 64 %.

Dock ska noteras, att QV endast extraherar data från vissa journalmallar och journaltermer, varvid fallpreventiva åtgärder som dokumenterats under fritextsökord inte omfattas. Detta förmodar att QV-data rörande andelen patienter med dokumenterade åtgärder torde vara lägre än PPM-utfallet, vilket också är fallet.



Andel riskbedömda
för FALL

95 %

Andel med risk för fall
av riskbedömda

67 %

Andel med
aktivitetsplan av de
som har risk för fall

64 %

Datakälla: Rapportor, patienter från Ortopedklinikens samtliga vårdavdelningar, 2019.

Kvalitetsmål nås avseende andel riskbedömda, 95% är riskbedömda, varav 64% har fått aktivitetsplanen risk för fall upprättade, det vill säga andelen riskpatienter med planerade preventiva åtgärder.

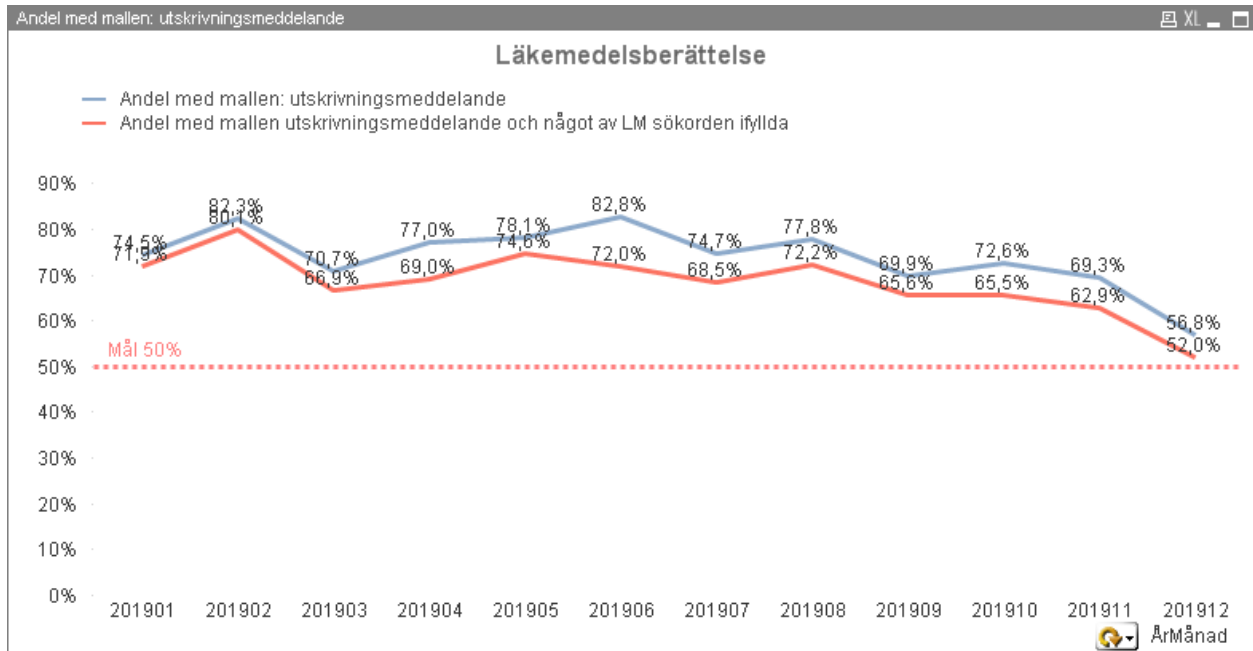
Genomfört förbättringsarbete 2019: Systematiska och kontinuerliga förbättringar avseende fallprevention på kliniken har inte drivits under senaste åren. Sjukhusövergripande finns det kliniska riktlinjer för fallprevention. I 2018 års kvalitetsredovisning framkom det att trots införd rutin med Fallriskmarkörer saknades en lokal skriftlig riktlinje för rutin med Fallriskmarkörer som infördes 2018. Under 2019 har det varit svårt att få till fungerande processgruppsarbete pga av resursbrist och de kunskapshöjande åtgärderna avseende dokumentation samt en temaperiod för Fallprevention som hade planerats gick inte att genomföra.

Rutin har inte tagits fram under 2019 då för ansvarig för Fallprevention slutat samt resursbrist i övrigt och arbetet är förskjutet till 2020.

Planerat förbättringsarbete 2020: En lokal riktlinje kommer att tas fram under 2020 i dialog med DS Fallpreventionsråd. Strävan under 2020 är att åter få igång en fungerande interprofessionell Fallpreventionsgrupp inom slutenvården (SLV). Gruppen ska bestå av medlemmar från tre professioner; undersköterskor, sjuksköterskor och sjukgymnaster/fysioterapeuter. Förbättringsarbete inom området fallprevention ska initieras genom att fokusera på rekrytering av gruppmedlemmar, tydligare struktur för ledning och styrning, konkreta uppdrag, uppdaterad funktionsbeskrivning och ökat stöd för planering och genomförande från stödfunktion KUPS (kvalitetsutveckling, utbildning och patientsäkerhets staben).

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: 52 %



Resultat: Under 2019 ligger andelen ortopediska patienter som fått en läkemedelsberättelse i snitt på 56%. Detta är över målnivån på 52 %.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

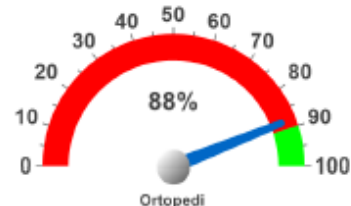
Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA



MRSA	Man / Pojke	Kvinna / Flicka	Totalt
Antal patienter	44	45	89
... med riskfaktorer (1)	13	11	24
... med utlandsvård (2)	3	0	3
... med annan misstanke (3)	0	0	0
Antal riskpatienter ...	14	11	25
... med korrekt hantering	13	9	22

Riskpatient = patient med (1) eller (2) eller (3)

Andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering enligt vårdprogram



Resultat: 88%

Analys: Försämrat resultat än föregående år (100%). Mätningar har gjorts vid två tillfällen under året, samtliga fall där vi brustit i följsamheten till rutinen kommer från den första mätningen, hittar ingen rimlig förklaring till vad det kan bero på, vid mätning nummer två är resultaten åter 100%

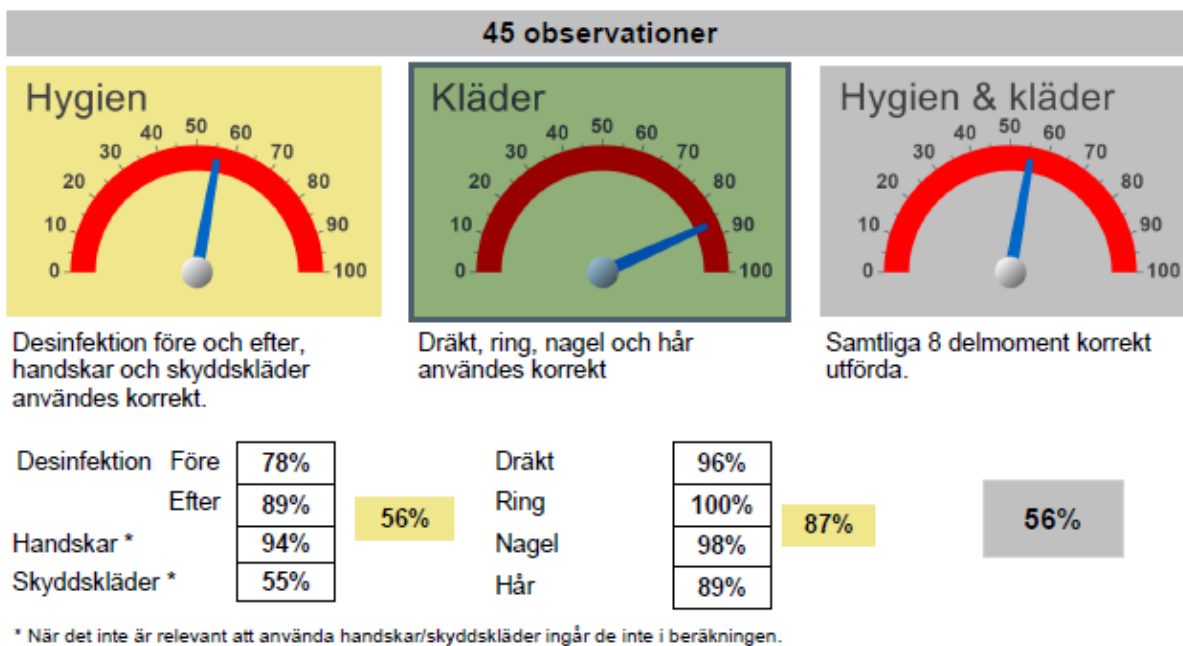
Genomfört förbättringsarbete 2019: Inget specifikt förbättringsarbete hade planerats för 2019 för MRSA-indikatorn, men det kan bli aktuellt att börja granska QV-data för att fånga eventuella variationer i utfallet över tid.

Planerat förbättringsarbete 2020: Under våren 2020 kommer våra vårdsamordnare att delta på patientsäkerhetsdagarna med en poster för att sprida vårt framgångsrika arbete till andra.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

Redovisa resultat samt uppföljningsmetod

Datakälla för självskattnings- & observationsstudie: Rapportor



Resultat: Hygien 56%, Kläder 87% samt Hygien och kläder 56%

Analys: Försämring av resultat från 2018 (67%, 88% samt 67%). Det försämrade resultatet på kliniknivå förklaras delvis av att det skett en felinmatning av siffror på en utav våra slutenvårdsavdelningar, personerna som genomförde undersökningen har missuppfattat instruktionerna.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Strävan under 2019 var att åter väcka liv i slutenvårdens Hygiengruppsarbete genom att fokusera på rekrytering av gruppmedlemmar, aktivare ledning och styrning samt tydligare uppdragsbeskrivning och ökat stöd från stödfunktion KUPS (kvalitetsutveckling, utbildning och patientsäkerhets staben).

För att angripa de lokala variationerna i utfallet behöver mycket av arbetet med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bedrivs lokalt på respektive enhet, men även på kliniknivå och inom de olika professionsgrupperna, då flera personalgruppers arbete utförs i flera verksamhetsdelar. En bättre modell för snabbare och tydligare återkoppling av utfall som synliggör resultaten med avseende på professionstillhörighet, vårdenhet och process behöver implementeras för att öka kännedom om eventuella problem så att snabbare och riktade åtgärder kan möjliggöras. Hygiensköterskan har deltagit på planeringsdagar för att gå igenom och diskutera gällande riktlinjer.

Enheter med låg följsamhet behöver skaffa sig en utökad nulägesuppfattning genom att exempelvis öka frekvensen av antal mätningar, se över förutsättningarna för praktiska möjligheter till följsamhet samt att medarbetare kan kompetensskatta sig avseende BHK. På



basis av insamlade data kan sedan ev utbildning och konkreta förändringar planeras och genomföras.

Planerat förbättringsarbete 2020: Under 2020 planerar hygiengruppen att genomföra fler mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner, vid nästkommande mätning planeras en vanlig mulvadsmätning samt en självskattnings mätning, dessa mätningar skall utföras under samma tidsperiod, resultaten från dessa mätningar ska sedan ligga till grund för fortsatt arbete.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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

Antal inläggande patienter

88

	Antal	Andel
Patienter med vårdrelaterad infektion	6	6.8% 6/88
Som uppstått till följd av vården på sjukhuset	3	3.4% 3/88
Med antibiotikabehandling för VRI	5	5.7% 5/88

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



Resultat: Förekomst 6,8% varav egenförvärvade VRI 3,4%

Analys: siffrorna visar att förekomsten av VRI som uppstått till följd av vården på sjukhuset har minskat från år 2018 där resultatet var 8,3%

Genomfört förbättringsarbete 2019: Under 2019 implementerades infektionsverktyget och utbildning om riskfaktorer och hur dessa måste registreras i journalen för att data ska kunna automatiskt överföras kommer hållas. Vidare behöver klinikens mallar i journalsystemet Take Care ses över och eventuellt uppdateras för att öka förutsättningarna för korrekt dataöverföring samt effektiv, patientsäker och ändamålsenlig hantering och dokumentation av in- och utfarter. Vid uppstartsmöten på avdelningarna på morgonen påminns samtliga om vikten av att våra perifera infarter (PVK:er) kontrolleras och att det är extra viktigt att det görs kontroller på de patienter som varit inläggande länge på avdelningen så att infarter som suttit länge inte glöms bort och blir sittandes allt för länge.

Planerat förbättringsarbete 2020: Under 2020 kommer det genomföras ett arbete kring rondprocessen av våra komplikationspatienter. Det kan även bli aktuellt att undersöka den lokalt största VRI-gruppen; infektioner i led och skelett, mer ingående med hjälp av kvalitetsregisterutfall. En riskanalys av komplikationspatienterna kan även komma att bli aktuell under 2020.



PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

Resultat: 2,9% egenförvärvade trycksår kat 2-4, 40% med dokumenterade åtgärder

Analys: Förbättrat resultat från föregående år (7,1% respektive 25%). En av orsakerna till att det är svårt att få in rutinen att skapa åtgärder grundar sig bland annat i att vi har en hög andel externa sjuksköterskor på kliniken. Ytterligare två faktorer kan vara okunskap, samt tidsbrist då det i medarbetarenkäten 2019 påvisar att personalen upplever att arbetsbelastningen är alldeles för hög. Generellt brukar sägas att man sätter in åtgärder men att dessa inte alltid dokumenteras. Attityden kring detta behöver förändras och även förbättras då det åligger oss att säkerställa att dokumentationen är korrekt.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Strävan under 2019 var att åter få igång en fungerande Sårgrupp inom slutenvården (SLV) genom att fokusera på rekrytering av gruppmedlemmar med representation från olika slutenvårdsavdelningar, tydligare struktur för ledning och styrning, konkreta uppdrag, uppdaterad funktionsbeskrivning och ökat stöd för planering och genomförande från stödfunktion KUPS (kvalitetsutveckling, utbildning och patientsäkerhets staben). Gruppen är nu komplett men det har under året varit svårt att få till möten med gruppen av olika anledningar. Temaperioder för att höja kunskapsnivån avseende preventiva och behandlande omvårdnadsåtgärder för sår inklusive den dokumentation och informationsöverföring som förknippas med dessa har genomförts under året. Fördjupad journalgranskning i samband med PPM kan komma att bli aktuell och en tydligare struktur för återrapportering av resultat kommer tas i bruk.

Planerat förbättringsarbete 2020: tankar finns på att ta fram en checklista som skall användas i samband med avstämningsmöten som man har dagligen på vårdavdelningarna, tanken är att man då skall gå igenom vilka av de patienter som nu är inneliggande som har någon riskfaktor för att utveckla trycksår, även risk för fall samt undernäring skall ingå. Ställningstagande till implementering av de förändringar som testades under pilotprojektet med riskmarkörer kvarstår att genomföra under 2020 och om riskmarkörer breddinföras behövs en lokal riktlinje för detta tas fram.

ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING

Datakälla: Qlikview



Resultat: Under 2019 har kliniken utlokaliserat 261 patienter och haft 602 som varit inlokaliserade

Analys: Det är en stor skillnad mot föregående år då vi hade 791 utlokaliserade patienter och 486 inlokaliserade, vilket innebär att vi har gått från att vara en klinik med många utlokaliserade till att vara en klinik med många inlokaliserade.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi har påbörjat arbete med utskrivningsprocessen för att öka utflödet av patienter tidigare på dagen.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt stort fokus på utskrivningsprocessen med målet att skriva ut patienterna tidigare på dagarna och på så sätt lösgöra ytterligare platser

ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

Datakälla: Qlikview

Mål: < 7,5 %

Resultat: 8,1%

Analys: Resultat för 2018 var 8,6 % återinläggningar för denna patientgrupp. Totalt antal utskrivningar i denna patientkategori var 982 st och av dessa återinlades 80 st inom sju dagar, endast 9 stycket återinlades på ortkliniken.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Inga specifika åtgärder är genomförda.

Planerat förbättringsarbete 2020: Inget specifikt planeras

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

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

Resultat: 84,1% andel patienter med komplett nutritionsbedömning, 53,8% med åtgärder. Risk för undernäring föreligger om en patient har lågt BMI och/eller ät- och sväljsvårigheter och/eller ofrivillig viktneidgång. Patienter under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20 och patienter över 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 22. Vid fördjupad journalgranskning noteras att de olika gränsvärdena relaterat till ålder inte beaktas i tillräcklig omfattning varvid preventiva åtgärder för äldre patienter i viss mån missas. Resultatet är sämre än föregående år. Vi uppnår målet med



komplett nutritionsbedömning men fallerar med att sätta in åtgärder på de patienter där vi gör bedömning om att risk för undernäring föreligger.

Analys: Försämrat resultat från förgående år (93% respektive 57%). En av orsakerna till försämrat resultat grundar sig bland annat i att vi har en hög andel externa sjuksköterskor på kliniken. Ytterligare två faktorer kan vara okunskap, dvs att man inte är medveten om var gränserna kring undernäring går och när man egentligen behöver sätta in åtgärder, samt tidsbrist då det i medarbetarenkäten 2019 påvisar att personalen upplever att arbetsbelastningen är alldeles för hög. Generellt brukar sägas att man sätter in åtgärder men att dessa inte alltid dokumenteras. Attityden kring detta behöver förändras och även förbättras då det åligger oss att säkerställa att dokumentationen är korrekt.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Under 2019 har fokus varit på att säkerställa rutiner kring nutrition och risk för undernäring samt att detta ska vara samstämmigt över avdelningarna. Vätskelistan har utvecklats i samråd med utbildningsledare [Karin Månsson Viker], medicinskt ansvarig läkare [Desiree Friis] och ortopedens omvårdnadspersonal. Denna är nu implementerad på samtliga avdelningar. Nutritionsgruppen har även uppdaterat ortopedens utbud av näringsdrycker. Utbudet ska vara detsamma på de akuta vårdavdelningarna, näringsdryckerna ska vara proteinrika och kompakta samt inte ha ett allt för stort utbud då det blir svårt att ha bra kontroll på vad de alla har för funktion. Köksbiträdena på kliniken har gått utbildning riktad till kostansvariga. Nutritionsrådet på Danderyds Sjukhus har hållit i en nutritionsdag där samtlig personal fick möjlighet att delta. Avvikelser kring nutrition och kost har tagits upp. Dock har det endast framkommit en enda avvikelse kring ämnet under 2019.

Planerat förbättringsarbete 2020: En samlad riktlinje kring nutrition och risk för undernäring ska utarbetas i samråd mellan medicinsk ansvarig läkare [Desiree Friis], Dietist [Malin Wiklund] samt nutritionsgruppen. Ny rekrytering av medlemmar till gruppen behöver göras på grund av avhopp. Fortsätta arbetet kring att dokumentera åtgärder vid bedömd risk för undernäring. Insatser kring detta är utbildningsinsatser på tisdagsföreläsning och stöttning av KOL sjuksköterskor på avdelningen. Diskussion kring obligatorisk dokumentering för att komma åt problemet behöver tas.

PATIENTUPPLEVD KVALITET

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

Mål: Helhetsintryck över 86%, Delaktighet över 80% samt Information över 85%.

Resultat:



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?"	80% 98%*	n=70 n=228*	72%	n=107
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	87% 97%*	n=70 n=228*	88%	104 (n=107)
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	96% 98%*	n=70 n=228*	87%	104 (n=107)

*) **Paramedicinska sektion**

Analys: Vi har förbättrat resultaten för alla indikatorer förutom Delaktighet vid vårdavdelningarna. Däremot hade vi en egen fråga vid vårdavdelningen som löd ******* "Känner du att du varit delaktig i planeringen kring din utskrivning i den utsträckning som du önskar" där resultatet blev 80% (n=106). Vi har ökat antalet respondenter jämfört med föregående år.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi har påbörjat implementering av "bedside-rapportering" vid vårdavdelningarna för att öka patientdelaktigheten. I och med att överrapportering mellan dagpass och eftermiddagspass sker hos patienten förväntas delaktigheten öka samt att patienten får tydligare information om sin behandling och vårdtid.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt implementering och utvärdering (patient och personal) av bedside-rapportering.

Patientnöjdhet Paramedicinska sektionen

Under hösten 2019 genomfördes patientnöjdhetsmätning på Fysioterapin, Dietistmottagningen och Arbetsterapin inom öppenvården. De senaste åren har mätningen genomförts med Touch Point, men svarsfrekvensen har varit låg och det har inte gått att säkerställa unika svar och det



har också varit svårt att få patienterna att besvara alla frågor. Mot bakgrund av detta valde vi i år istället enkät i pappersform med alternativ att besvara via QR-kod.

Helhetsresultatet visar på mycket nöjda patienter.

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE

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

Syfte: VO Ortopedi har liksom många andra vårdgivare inom slutenvården problem att uppnå full bemanning. Trots insatser för att behålla vår personal och insatser för att rekrytera har vi inte lyckats uppnå full bemanning. Vi har dock inte stängt några vårdplatser sedan 2014. Vi är beroende av inhyrd extern personal för att klara öppethållande av dagens vårdplatsantal. Huvudsyftet med våra externa samverkansaktiviteter är att säkerställa en fortsatt god och patientsäker vårdkedja för våra gemensamma ortopediska patienter efter att vi avslutat vårt uppdrag i dessas behandling. Ett annat syfte med samverkan är att effektivisera omsättningen på de vårdplatser vi förfogar över. Ett tredje syfte är förbättrad tillgänglighet till vård i allmänhet och till operation i synnerhet. Ett fjärde syfte är bredare kompetensförsörjning via utbildningsaktiviteter mellan olika vårdaktörer.

Ex på extern samverkan och förbättringsarbete under 2019: Verksamhetsområdet (VO) har gått från att varit ett VO med många utlokaliseringar till ett VO med många inlokaliseringar. Vi har gjort en övergång från att alltid ha överbeläggningsplatser till att ha dessa platser som fasta vårdplatser.

Vi har sedan flera år regelbundna samverkansmöten med DS geriatriska klinik för att säkerställa ett bra samarbete. VO Ortopedis två vårdsamordnare har även personlig god kontakt med övriga geriatriska kliniker i vår omgivning, även om samverkansmöten med dessa inte är lika formaliserade.

VO Ortopedi har abonnerat "egna" vårdplatser på ett externt rehabiliteringscenter i vår näromgivning. Detta för att säkerställa att vi, framför allt under semesterperioder med minskad bemanning och färre antal vårdplatser, har ett utflöde av akutpatienter som behöver fortsatt rehabilitering. Vi har även nyttjat dessa privata rehabiliteringsvårdplatser som en del av vårdkedjan för vår elektiva ledprotesproduktion.

I perioder, framför allt efter semesterledigheter med minskade möjligheter till elektiv vårdproduktion, har tillgängligheten till vissa operativa ingrepp inte nått upp till kraven i den nationella vårdgarantin. Samma situation inträffade plan-enligt i samband med neddragningen i



operationskapacitet under flytten till nya operationsavdelningen i hus 52. VO Ortopedi har då kompensatoriskt, i samråd med patient och externa privata vårdgivare, flyttat över väntande från vår operationskö till dessa. Under 2019 tvingades vi flytta 57 patienter från oss till Sofiahemmet och 12 patienter till Ortho-Center. Vi etablerade även ett samarbete med Karolinska Huddinge dit vi skickade äldre och sjukare patienter som privata externa vårdgivare inte kan behandla. Totalt skickade vi 25 patienter till Karolinska Huddinge för primär ledproteskirurgi samt 4 patienter för ledprotesrevisionsoperation.

DSAB:s paramedicinska enhet, som organisatoriskt tillhör VO Ortopedi, har liksom tidigare år samverkat med externa vårdgivare. Arbetsterapeuterna har haft undervisning för primärvårdens handträningsteam för att kunna skifta ut handopererade och handskadade patienter tidigare efter den akuta behandlingsfasen är över. I februari 2019 anordnades en två-dagars Axelinutbildning på DS för fysioterapeuter och läkare i primärvård och i akutsjukvård med syfte att öka kompetensen inom axelkirurgi och axelrehabilitering och på så sätt stärka vårdkedjan mellan akutsjukvården och primärvården. Ökad kompetens i primärvården gör att vi kan skifta ut de opererade axelpatienterna till primärvården tidigare i rehabiliteringsfasen. Två fysioterapeuter från DS var också hjälplärare på Axelinutbildningen.

Under 2019 infördes en ny lag, "Lagen om Samverkan vid utskrivning från slutenvård" (LUS). Den föreskriver nytt reglemente för samverkan mellan kommuner och landsting vid överföring av patienter som vårdats i landstingets regi och som utskrivs till ordinarie boende där kommunala insatser är aktuella. Tidskraven för vårdplaneringen inför hemgången har kortats ned och kommunens betalningsansvar för vården inträder tidigare än tidigare. LUS har inneburit ökad och förtätad samverkan mellan kringliggande kommuner och DSAB.

Planerat förbättringsarbete 2020: Utvecklat samarbete med DS geriatriska klinik genom DF. Strax efter årsskiftet 2019/2020 tar DSAB över SLSO:s geriatriska verksamhet lokaliserad på DSAB. Det föranleder oss att starta ett ännu närmare samarbete mellan VO Ortopedi och DS geriatriska klinik. Man skulle kunna tänka sig ett fördjupat samarbete med utveckling av en ortogeriatrisk avdelning där verksamhetsområdena samverkar med rondning, och vid behov utredning, för att säkerställa ett ännu effektivare utnyttjande av vårdplatser inom båda verksamhetsområdena.

Samverkan externa vårdgivare paramedicinska sektionen

Arbetsterapeuterna har haft undervisning för primärvårdens arbetsterapeuter för att kunna skifta ut handopererade och handskadade patienter tidigare efter den akuta behandlingsfasen är över.

I februari-2019 anordnades en två-dagars Axelinutbildning på DS för fysioterapeuter och läkare i primärvård och i akutsjukvård med syfte att öka kompetensen inom axelkirurgi och axelrehabilitering och stärka vårdkedjan mellan akutsjukvården och primärvården. Ökad kompetens i primärvården gör att vi kan skifta ut de opererade axelpatienterna till primärvården tidigare i rehabiliteringsfasen. Två fysioterapeuter från DS var också hjälplärare på Axelinutbildningen.



Inom området hjärta har Fysioterapin haft möte med primärvården då fysioterapeuter från alla vårdcentraler i närområdet bjöds in till samtal/erfarenhetsutbyte/nätverkande i syfte att skapa kontakter men också som stöd då de ska ta emot fler patienter från oss.

Nätverk finns inom flera områden hos oss, t ex lung, hjärta, neuro, stroke där flera medarbetare är aktiva. Inom område lung och hjärta har nätverksträffar skett på DS under 2019.

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

Resultat: 49%

Analys: Vi har fler vårdtunga patienter som kräver mer åtgärder innan inläggning.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Arbetsbeskrivning för olika personalkategorier har tagits fram och sitter uppe på ortopedakuten för att förtydliga arbetsuppgifterna.

Planerat förbättringsarbete 2020: Förbättrat flöde mellan ortopedakuten och röntgen. Kunna skicka remiss från c-bågen från akuten. Vilket kommer kunna minska vistelsetiden på alla patienter som skall röntgas två gånger. Kontinuerligt arbete med höftspåret för att minska vårdtyngden på sektionen.

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING:

Resultat: 40 min

Analys: Många läkare väntar på att patienten är avklädd och placerad på undersökningspplikts innan första läkarkontakt, vilket är rimligt. Denna typ av uppgift utförs allt mer sällan från personalen



på akuten. Ett bättre flödestänk från sköterskan på ortopedakuten skulle förbättra mediantiden till läkare.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Arbetsbeskrivning för olika personalkategorier har tagits fram och sitter uppe på ortopedakuten för att förtydliga arbetsuppgifterna.

Planerat förbättringsarbete 2020: Jag hoppas på bättre introduktion och utbildning av undersköterskorna så att de kommer in i flödestänket och bidrar med att ta in patienter på undersökningsplats samt klär av dem.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID > 8 TIM

Resultat: 12,5%

Analys: Beror till stor del på bristen på vårdplatser på sjukhuset och geriatriska sjukhus samt på transport till boenden.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Att förbättra flödet mellan akuten och sjukhuset

Planerat förbättringsarbete 2020: Förhoppningen är att om sjukhuset kan hålla fler vårdplatser öppna så kan patienterna få avdelningsplats tidigare.

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

Resultat: 79%

Analys: Många höftfrakturer dras inte som höftlarm vilket gör att vistelsetiden på akutmottagningen förlängs avsevärt då vårdtyngden på ortopedsektionen blir för stor för den personal som arbetar där. Vilket får effekten att fler patienter vistas längre på akuten.

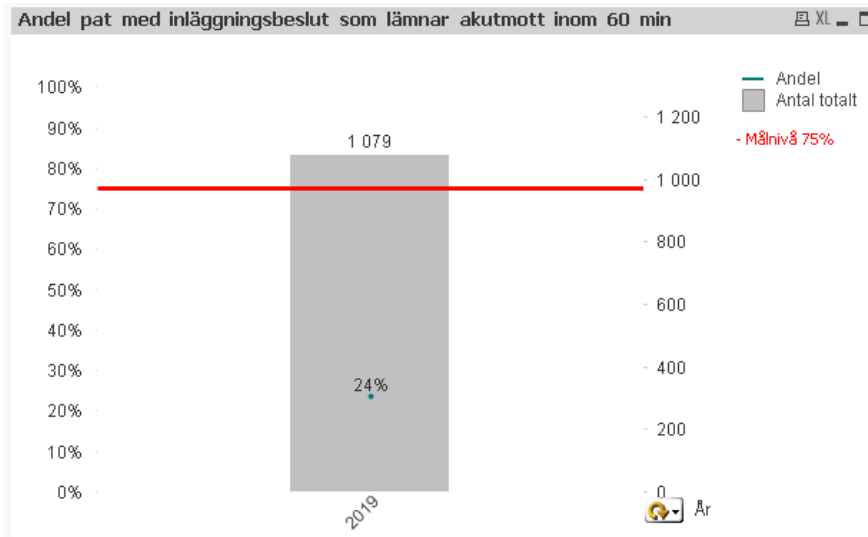
Genomfört förbättringsarbete 2019: Då jag inte varit i tjänst under stora delar av 2019 vet jag inte om detta arbetats med.

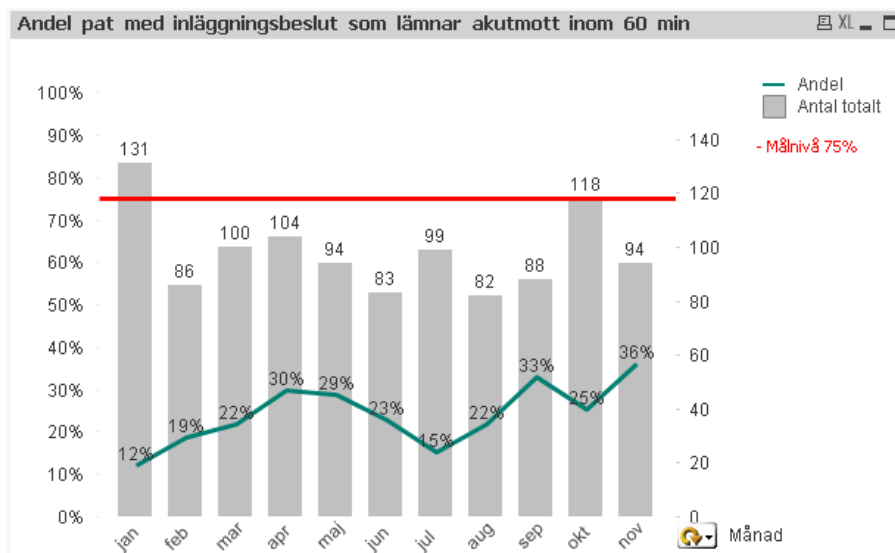
Planerat förbättringsarbete 2020: Höftprocessen måste hela tiden aktualiseras och påtalas i olika forum för att hålla nere vistelsetiden för dessa gamlas sköra patienter. Ev kan patienter över 80 år märkas ut tydligare i akutliggaren för att uppmärksamma alla på sektionen att detta är en patient över 80 år.



ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

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





Resultat: Långt under målet.

Analys: Bristen på vårdplatser gör att patienterna får vänta länge på akuten. Tid till åtgärder från akutens personal såsom katetersättning, basprover, ekg osv gör att patienten blir väntande på att åka till avdelningen. Väntan på transporter från akuten till geriatrik eller avdelning är ofta onödigt lång.

Planerat förbättringsarbete 2020: Förhoppning om fler vårdplatser och att personalen på ortopedakuten i större utsträckning hinner med åtgärder. Bättre inskolning av undersköterskor skall föreslås.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

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

Extern recertifieringsrevision avseende kvalitet och miljö inom ledningssystemet ISO 14001:2015 & ISO 9001:2015

Revisionen genomförd i april 2019. För VO Ortopedi noterades ingen avvikelse överhuvudtaget. En observation av revisionsteamet var att kompletterande processkartläggningen avseende VO Ortopedis tre huvudprocesser, akut, subakut och elektivt patientflöde, ska färdigställas. Det arbete har färdigställts under senhösten 2019. Ortopeden fick även styrkeomnämmande i revisionsrapporten för bra resultatvisualisering av en av sjukhusets övergripande kvalitetsindikatorer, Höftfrakturprocessen – andel op inom 24 timmar”.



SPUR

En extern granskning av ST-utbildningen på Ortopediska kliniken genomfördes i maj 2019. Alla kliniker som utbildar specialistläkare skall enligt Socialstyrelsens krav genomgå en utvärdering av en extern aktör. Det bör ske var femte år och om granskningen påvisar brister, skall vårdgivaren åtgärda dessa. LIPUS (Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården) är i Sverige den organisation som vanligen utför granskningen av AT- och ST-läkarutbildningar.

Granskningen följer en mall som utgår från de krav på ST-utbildningen som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, samt specialitetsföreningarnas kriterier för god utbildning (i detta fall Svensk ortopedisk förening). De bedömningsområden som ingår i inspektionen (ST-SPUR) utgörs av följande:

- *Verksamheten*
- *Medarbetarstab och interna kompetenser*
- *Lokaler och utrustning*
- *Tjänstgöringens uppläggning*
- *Handledning och uppföljning*
- *Teoretisk utbildning*
- *Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete*
- *Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens*

Ovanstående områden bedöms och graderas på en skala från A till D. Som första ortopediska klinik erhöll Ortopediska kliniken på Danderyds sjukhus högsta gradering på alla områden. Den fullständiga rapporten kan läsas här: <https://spurnet.lipus.se/app/uploads/2019/07/danderyds-sjukhus-ab-20190521-20190522.pdf>

Vissa områden där förbättringspotential bedöms föreligga arbetar vi kontinuerligt med. Som exempel kan nämnas att vi successivt fått det svårare att utbilda ST-läkare i höftproteskirurgi. Det är huvudsakligen en effekt av vårdvalsreformerna i Stockholm och har lett till att denna del av ST-läkarutbildningen kommer att behöva förläggas hos externa aktörer. Vi har under vintern 19/20 arbetat med att få igång samarbeten med privata vårdgivare.