

**KVALITETSREDOVISNING 2019****VERKSAMHETSOMRÅDE: RADIOLOGI****KUNSKAPSBASERAD VÅRD****DOOR TO NEEDLE VID TROMBOLYS**

Mål: <40 min från ankomst av patienten till trombolys startas.

2019::42 min.

Remiss till undersökningsstart: 8 min

**HÖFTFRAKTUR**

Mediantid = 67 min 2019 från remiss till undersökning utförd för alla akuta höftundersökningar. (2018 - 64 min, 2017 – 70 min). Vi kan inte använda detta som mått då höftspåret blandas ut med många som inte ingår i höftspåret. Föreslår att det utgår.

**KVALITETSREGISTER**

Lista kvalitetsregister som VO rapporterar till enl tabellrubriker nedan

<b>Namn på register</b>	<b>Informationskälla</b>	<b>Manuell/Integrerad rapportering</b>
INCA (TNM-klassifikation av kolorektal cancer)	Take Care och Sectra	Manuell
Swedeheart (DT kranskärl)	Sectra	Manuell

**EV.NYA DIAGNOSTISKA METODER SOM INFÖRTS 2019**

<b>MÅL</b>	<b>SYFTE</b>	<b>RESULTAT</b>
Nefrostomi-läggningar på genomlysningsrum	Underlätta för jourpersonal och avlasta angiundersökningsrum	Bra, kortare väntetider
MR Järnkvantifiering av levern	Undvika onödiga leverbiopsier	Bra
Helkropp - MR	Alternativ till PET CT, mindre strålning	Bra
Bäckenmätning DT	Bättre diagnostik, mindre strålning	Bra, kortare väntetider

**Plan 2020:** Elastografi MR. Ev embolisering av prostata Angiundersökningsrum.

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



**Mål: 74 % VO Radiologi: 49 % S-Vuxen 10% S-Barn 2019.** Vi har fått dispens för detta mål pga. flytt.

## SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

*Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.*

- Stor satsning på att minska strålningsfel/uppprepade - stråldos/program/patient. Detta genom att tydliggöra, förbättra och informera om riktlinjer och rutiner för att minska att fel uppstår.

## PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

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

- **Resultat 2018 jämfört med 2019:**  
Index 2018: 77  
RTG 2019: 76  
DSAB 2019: 76
- **Analys:** På avdelningen tar vi ansvar att påtala fel och misstag men ser inte vad det leder till och tycker att samarbetet med andra verksamheter brister.

Lägre skattade:

- På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter
- På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser

Högst skattade:

- Jag påtalar när jag tror att något är på väg att gå fel
- Jag vågar prata om mina misstag.

**Planerat förbättringsarbete 2020:**

Vi kommer fortsätta med information om vad som händer med avvikelserna på APT och redovisa varje månad vad som inträffat och vilka åtgärder som satts in.

## VÅRDAVVIKELSEHANTERING

**Syfte: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser inrapporterade från medarbetare och patienter/närstående**

**Mål: Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år. Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser**



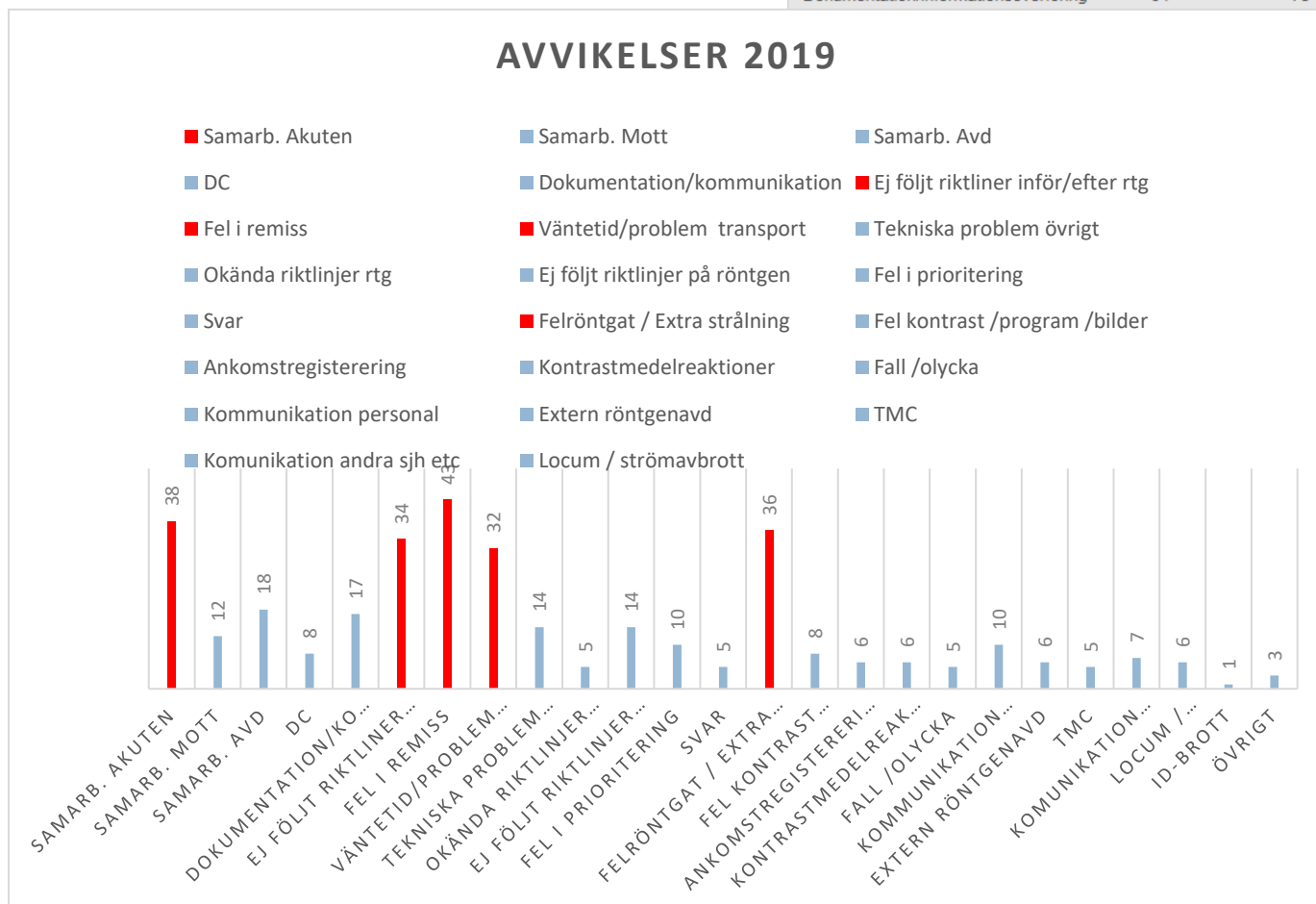
- **Resultat:** 326 avvikelser skrivna på 148 st. 2,2 st. avvikelser/medarbetare
- **Analys:** Lite mindre än förra året men mer utspritt, olika avvikelser än samma.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Informerat nyanställda samt rapporterat varje månad. Månadens avvikelse tagits upp på APT.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Gå igenom personallistan, kontrollera att alla kan HändelseVis. Ta upp på APT.

**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

Vi har egen statistik som visar bättre vad avvikelserna handlar om, se nedan.

	2018	2019
Behandling/omvårdnad	18	8
Utredning/bedömning/diagnos	105	63
IT/teknik/MT	29	20
Regelverk/juridik	0	2
Tillgänglighet	8	14
Dokumentation/informationsöverföring	64	73



- **Resultat: (Mest frekventa)** Fel i remisser – fel organ, fel sida, fel patient, fel undersökningar begärda, ofullständiga remisser etc.



- **Analys:** Riktlinjer och rutiner okända
- Genomfört förbättringsarbete 2019: Ny riktlinje som samlar all information om vad som behövs, ny hemsida för remitterter med stöddokument samt enkel lathund vad som krävs för varje undersökning
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta informera, möten med verksamheter samt Närakutens SSK som skriver remisser.

## RISKANALYSER

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

Hus 52 inflytt-riskanalys

- **Resultat:** Åtgärdade risker med hjälp av handlingsplaner innan inflytt.
- **Analys:** Bra planering med hjälp av riskanalysen.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Riskanalys inför sommaren

## 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:** Felaktiga röntgensvar/ Sent korrekt röntgensvar, Dålig kommunikation i fakturaärenden
- **Analys:** Felaktiga svar pga. endast preliminära svar ej skriva av specialist. Sena korrekta slutsvar pga. läkarbrist/stort flöde. Ingen bra telefonlinje för fakturaärenden.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Felaktiga svar tagits upp på diskrepansrund. Egen telefonlinje för fakturaärenden upprättat, en personals ansvar.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Felaktiga svar tas upp på diskrepansrund. Fortsättning med fakturaärenden egen telefon. Tydligare information i kallelsebrev.

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019:**  
3 händelseanalyser varav 1 Lex Maria



- Felaktiga röntgensvar tagits upp på diskrepansrond
- Varningssystem och rutin inrättat när Take Care och Sectra ej får kontakt med varandra.
- Tagits upp på APT om vikten att dokumentera händelser i remissen.
- Enskilda åtgärder för personal.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Fortsatt arbete med remissdokumentering, öppna upp för diskussion med remittent om röntgensvar, bättre samarbete med andra verksamheter – speciellt vid olika systemfel.

## FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

- **Resultat:** Förbättring går att önska kring desinfektion av händerna innan undersökning och användningen av handskar samt uppsatt hår och korrekta naglar, detta främst hos röntgensjuksköterskor.
- **Analys:** Det krävs en utbildningssatsning i detta 2020.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Bearbetning av riktlinje tillsammans med hygienansvariga.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fastställning av riktlinje och därefter utbildning.

## PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### PATIENTUPPLEVD KVALITET

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

Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019 <i>(Ändra till Radiologins modifierade frågor)</i>	Resultat öppenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondentvolym Öppenvård	2018
Delaktighet och involvering	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"	Borttagen fråga	Borttagen fråga	28,6%



<b>Information och kunskap</b>	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	TP :65,5% R: 99%	110 st 39 st	74,4% 93%
<b>Helhetsintryck</b>	- "Skulle du rekommendera mott till någon i din situation?"	TP:80,9% R: 100%	89 st 41 st	84,9% 89%

- Mål:>80% avger ett positivt svar
- **Analys:** Vi har haft mindre respondenter under 2019 pga. flytt och verksamheter i två olika hus, även svårigheter i hus 52 då patienterna inte har endast en utgång att passera Touchpointen.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har lagt till möjligheten att lämna fria kommentarer
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt arbete för att nå så många patienter som möjligt.

## EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

## TILLGÄNGLIGHET

## ÖVRIGT

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

#### **Nuklearmedicin**

Läkemedelsverket planlagt återkommande inspektion och omfattade beredning av radioaktiva läkemedel vid Danderyds sjukhus. Resultat: Säkerhetsbänk behöver åtgärdas.