



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

VERKSAMHETSOMRÅDE: HJÄRT OCH FYSIOLOGI

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

AKUT HÄRTINFARKT

Andelen STEMI-pat med tid från reperfusiongrundande EKG till stick i kärl <60 min

Andelen STEMI-pat med tid från reperfusiongrundande EKG till stick i kärl <90 min

Resultat: Alla ådrar: <60 minuter 90% och <90 minuter 96 % För de under 80 år: <60 minuter 93 % och <90 minuter 96 %

Analys: DS fortsätter att ligga i toppen i landet vad gäller dessa parametrar. Grunden är ett dedikerat mångårigt jobb där varje bidragande flaskhals och fördröjning har identifierats och åtgärdats. Under 2020 fortsatte detta jobb trots utmaningen att hålla samma korta ledtider simultant med ett byte av lokaler och nya angiolog samt delvis inskolning av ny personal. COVID-19 präglade ju året som stort och så även kranskärlsprocessens kärnverksamhet såsom STEMI flödet som minskade med 17% under året. Användandet av COVID skyddsutrustning försvårar och förlångsammnar hanteringen av akuta STEMI patienter. DS har tack vare mycket imponerande insatser från personalen kunnat fortsätta att leverera mycket korta tider till PCI behandling trots den försvårande skyddsutrustningen. Andra glädjande nyheter från angiolog under 2020 är att vi från 2019 lyckats sänka stråldosen med 32% vid coronarangiografi och hela 47% vid PCI, mest beroende på minskad bildhastighet i genomlysningen.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med STEMI-tiderna trots nya lokaler, nya angiolog och COVID-19 pandemin. Signaler till att patienter ej söker för sina hjärtinfarkter pga rädsla för att smittas av COVID-19 blev tydliga under våren 2020. Processledningen tog initiativ till en mediakampanj i nationella nyhetstidningar och TV såsom inslag i Aktuellt för att få befolkningen att fortsätta söka för symptom tydande på hjärtinfarkt. Under sommaren 2020 mattades pandemin och åter normaliserades sökfrekvensen i Stockholm v.g. hjärtinfarkter för att åter under december månad mattas pga ökande COVID-19 tryck.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatta initiativ till en mediakampanj om söktrycket permanent mattas av ökande COVID-19 pandemin. Optimera transporter av STEMI patienter inne i den nya sjukhusbyggnaden trots försvårade skyddsutrustning etc.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE, HJÄRTINFARKT

Täckningsgrad i kvalitetsregister (Sephia/Swedheart),

Dokumentation av rökstatus, Andel rökare som slutat röka, LDL-kolesterol <1,8 mmol/L- (målnivå 60%), Blodtryck <140 mmHg, Fysiskt träningsprogram

Planerat förbättringsarbete 2021:

2020 kommer att vara ett särskilt år då vi analyserar sjukvården. Covid-19-pandemin har satt ett bestående avtryck under det gångna året och kommer även att göra det framöver. Trots detta har vi lyckats över förväntan inom den sekundärpreventiva vården efter hjärtinfarkt under 2020.

*Bokslutet beskriver samtliga patienter som följts upp 11–13 mån efter hjärtinfarkt och haft sina återbesök under 2020. Vår sekundärpreventiva mottagning bygger på kvalitetsregistret SWEDEHEART och dess sekundärpreventiva del SEPHIA och innebär återbesök till kranskärllssköterska efter 2v, sköterska och/eller hjärtläkare efter 6–10 v, sköterska efter 6 mån och till sköterska och/eller hjärtläkare efter 11–13 månader efter hjärtinfarkt. Under 2020 har vi haft uppdraget att följa **391patienter** (2019: 385 patienter) <80 år efter hjärtinfarkt.*

Våra behandlingsmål:

- Rökstopp
- Hälsosamma matvanor
- Fysisk aktivitet/träning och deltagande i hjärträning
- LDL-kolesterol <1,8 mmol/L
- systoliskt blodtryck <140 mmHg

Normalt erbjuds hjärtskola två gånger varje vecka (undervisning av hjärtläkare, kranskärllssköterska, sjukgymnast, dietist, kurator och apotekare). Därtill erbjuds frågestund en gång per vecka i anslutning till hjärträningen (hjärtläkare, sjukgymnast och dietist). Hjärträning ledd av sjukgymnast har hög prioritet i nationella riktlinjer - 2 gruppträningar per vecka under 3 mån med en individuell träningsplan. Arbetsprov utförs i början och slutet av träningsperioden. SWEDEHEART/SEPHIA kräver >75% närvaro för godkänt deltagande. Arbetsföra patienter



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

erbjuds vid behov stresshanteringsprogram under 1 års tid. Rökavvänjning ingår i kranskärslssköterskebesöket.

Kranskärslssköterskorna växlar mellan hjärtavdelning och öppenvård. Under 2020 har en del av uppföljningen har skötts via telefon. Hjärtträningen i grupp har under stora delar av året varit stängd och vi har istället fått uppmuntra patienterna till egen träning. Hjärtskolan har sedan juni månad erbjudits digitalt via telefon- och videokonferens. Stresshanteringsutbildningen har varit stängd under en stor del av året.

Resultat: Antal registrerade besök 2016–2020:

	2016	2017	2018	2019	2020
Hjärtrehab kranskärslssköterska	1221	739	1749	2037	1986
Hjärtskola	459	486	562	545	335
Kurator - stresshantering	816	532	324	464	196
Sjukgymnast - hjärtträning	4680	3952	4679	3789	1745

2020 års preliminära resultat från SEPHIA/SWEDEHEART, 11–13 mån efter infarkt visar en täckningsgrad på **82%**. **69%** av de som rökte vid infarkten har slutat röka, **22%** har deltagit i fysiskt träningsprogram, **79%** har uppnått målet för LDL-kolesterol och **91%** har uppnått målblodtryck. Slutligt resultat presenteras i SWEDEHEARTS årsrapport som publiceras i februari 2021. För utveckling över tid sedan 2012, se tabell.

ANDEL PAT MED TERAPEUTISK AK-BEH SOM ELKONVERTERATS INOM 2 V EFTER BESLUT

Mål >7,5 %

Resultat: Första kvartalet innan vi kommit igång med FF centrum hade vi 20%, Q2 80%, Q3 66% och Q4 80%. På årsbasis blev det då 66%

Genomfört förbättringsarbete 2020: Ett stort förbättringsarbete under året har varit att starta Flimmercentrum samtidigt som verksamheten blev neddragen pga pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2021: Under nästa år planerar vi att vidareutveckla Flimmercentrum och Synkopecentrum för snabbare flöden, bättre kvalitet och större kontinuitet för patienterna.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PAT SOM GENOMGÅR CORONARANGIOGRAFI OCH SOM HAR RENA KÄRL

Mål: <39,7%

Resultat: 38,1%

Analys: En viss förbättring från 2019 trots att COVID-19 försvårade övergången till mer DT baserad anatomisk kranskärlsdiagnostik.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Under året har en ökad tillgänglighet till DT kranskärl kunnat erbjudas. Vi har börjat kartlägga kranskärlen med DT istället för med invasiv koronarangiografi på patienter med låg PTP för kranskärlssjd samt även hos klaffpatienter som i utredningen ändå måste genomgå DT undersökning, t.ex TAVI DT. I de flesta fall kan vi då undvika invasiv koronarangiografi, vilket kommer resultera i en sänkt andel med rena kärl.

Planerat förbättringsarbete 2021: Vi kommer att utvidga det startade arbetet med ökad DT diagnostik. Förhoppningsvis blir detta lättare efter coronapandemin.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

Målnivå: Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%, munhälsobedömning >62%

Resultat: Under 2020 har 192 patienter registrerats som avlidna på kliniken. Avlidna på IVA registreras som avliden på hjärtkliniken men rapportering i Palliativregistret sker på IVA. Detta gör att vi har en falskt låg täckningsgrad. Antalet inrapporterade avlidna i registret är 145 st, vilket ger en täckningsgrad på 76%. Den låga andelen smärtskattade 38% kan förklaras med att smärta oftast inte bedöms med ett validerat instrument. Hos döende och svårt sjuka hjärtpatienter är ångest ett vanligare problem, inte smärta. Det vi kan se är att 91% har ordination på stark opioid vid smärtgenombrott och 89% har ångestdämpande vid behov. Resultatet för munhälsobedömning ligger på 50% vilket är sämre än föregående år, här fanns planerade åtgärder.

Analys: Samtliga planerade aktiviteter har fått sättas på paus. Workshops som planerades för hösten blev inställda relaterat till Covid-19. Uppstart palliativ ombudsgrupp, gruppen startades men fick pausas pga covid-19.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Planerat men ej genomfört förbättringsarbete 2020:

- Uppstart palliativ ombudsgrupp, gruppen startades upp men fick pausas pga covid-19.
- Checklista avliden ska aktualiseras
- Översyn av aktivitetsplan palliation införande av ESAS och ROAG, samt smärtskattning fler skalor.
- Skapa rutiner för efterlevande samtal.
- Granskning månatligen av rapportering av avlidna till SPR
- Införande av ROAG i aktivitetsplan palliation

Planerat förbättringsarbete 2021:

- Omstart palliativ ombudsgrupp, startades upp men fick pausas pga covid-19.
- Checklista avliden ska aktualiseras
- Översyn av aktivitetsplan palliation införande av ESAS och ROAG, samt smärtskattning fler skalor.
- Skapa rutiner för efterlevande samtal.
- Granskning månatligen av rapportering av avlidna till SPR
- Införande av ROAG i aktivitetsplan palliation

ANTAL DOKUMENTERADE BRYTPUNKTSSAMTAL I SJUKHUSGEMENSAM LÄKARMALL

Datakälla: Qlikview

Målnivå: > 111 fg år

Resultat: Under året har 109 brytpunktsamtal registrerats. Majoriteten av dessa samtal har registrerats på Hjärtviktscentrum (40) och HIA (36). Detta ligger i nivå med föregående år då 111 samtal registrerades. Vi kan således inte se någon ökning.

Analys: Andelen förväntade dödsfall där brytpunktsamtal registrerats enligt SPR är 57%. Andelen väntade dödsfall är 63%. Således finns utrymme för förbättring. En notering är att avseende gruppen som avlidit med eller av covid-19 har 70% haft ett brytpunktsamtal.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Genomfört förbättringsarbete 2020:

Planerat förbättringsarbete 2021: Frågan hänförs till klinikens palliativa råd.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.

Öppnandet av ADVOR

Arbetet med att öppna platser för COVID

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 2021 för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom verksamhetsområdet

Resultat/analys 2019 jämfört med 2020: Vi har generellt goda resultat, detta trots våra upplevelser under covidpandemin. Index 2020 har förbättrats med en punkt och ligger 3 punkter högre än snittet för sjukhuset.

Det som klart faller ut är patientens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Det är en fråga som vi haft uppe men inte kommit till konsensus eller beslut om hur vi ska gå vidare med. Många anser dock att patienterna engageras och vi har kontakt med de flesta patienter som anmält någon felaktighet eller brist. Detta är en fråga som kommer finnas kvar att arbeta med.

En annan del att ta upp är upplevelsen av förutsättningar att ge god vård. Här har vi sämre resultat bland omvårdnadspersonalen det är sannolikt till dels en bemanningsfråga relaterat till den sjuksköterskebrist som råder. Vidare är frågan om förbättringar efter negativa händelser och här har engagemanget från MLA är en viktig roll.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fokus på var vi bättre kan använda patientens och anhörigas upplevelser och tankar för att förbättra vården.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Medarbetarrapporterade vårdavvikelser i Händelsevis

Syfte: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från medarbetare

Mål: Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år

Mål: Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser

Resultat: Under året har 20% färre avvikelser skrivits jmf med föregående år 417 st 200 jmf med 521 året innan. Av dessa bedömdes 20 st (5%) ha lett till en vårdskada.

Analys: Det är svårt att säga vari minskningen av rapporterade avvikelser beror. Det är dock oroande om avvikelser inte skrivs av olika skäl såsom tidsbrist eller trötthet. Under våren hade vi minskat inflöde av vanliga hjärtpatienter och ett relativt bra platsläge. Detta möjliggjorde att det fanns tid för vården och stressen minskade. Dock har vi under året haft en annan stress, relaterad till covid. Dels är det rädsla för att bli smittad, även en etisk stress. Det som har fallit ut positivt är det goda samarbetet mellan samtliga medarbetare och enheter. Under 2019 såg vi en ökning av antalet tromboflebiter och ett samband med en ny typ av pvk som har börjat användas. 2019 rapporterades 19 tromboflebiter varav 5 av allvarlig karaktär med pus och bakteremi. 2020 har 15 tromboflebiter rapporterats varav 4 av allvarlig grad med bakteremi. Under året har antalet avvikelser relaterade till KAD ökat och vi kan se att det varit knutet till enhet och åtgärder har vidtagits. Vi har även ett antal avvikelser kring att patienter saknar pvk, återkoppling har givits till den enhet som det gäller. Under pandemin har vi på vissa enheter fått arbeta med patientgrupper som är nya för oss samt vi har förskjutit en del högrevård till vanlig vårdavdelning för att göra plats för patienter med covid-19. Detta innebär en stor risk men vi kan inte se att detta ger utslag i allvarliga avvikelser. Personal har dessutom fått arbeta mycket övertid och har haft svårt att få ut ledighet, detta leder även det till en ökad risk för avvikelser men det är inte heller det något vi kan se i våra avvikelser.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Under året har vi haft fokus på PVK:er relaterat till flera allvarliga tromboflebiter med sepsis under sommaren.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt arbete med fokus kring PVK:er.

Av det totala antalet inrapporterade avvikelser fördelas de, siffror inom parentes 2019:

1. Behandling/ omvårdnad 131 (174)



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

2. Dokumentation/ info.överföring	63 (104)
3. Patientolycksfall	58 (79)
4. Läkemedel	42 (34)
5. IT/teknik/MT	37 (45)
6. Utredning/bedömning/diagnos	34 (32)
7. Tillgänglighet	14 (11)
8. Vårdhygien	10 (14)
9. Regelverk/ juridik	3 (4)
10. Extern avvikelser	2 (5)
11. Bemötande	2 (4)
12. Strålning	1 (2)
13. Destruktiva/självdöds handl.	0 (0)
14. Hot och våld	0 (1)
15. Oväntat dödsfall	0 (0)

Enskilda synpunkter på vården från patienter/närstående

Mål: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från patienter/närstående

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

Resultat: Antalet inkomna klagomål via Patientnämnden ligger på samma nivå som föregående år 17 st 2020 (18 st 2019). Via 1177 har 9 klagomålsärenden inkommit och 9 brev från patient/anhöriga gällande brister i vården. Från IVO har ett enskilt ärende inkommit.

Analys: Resultaten ligger i nivå med föregående år. Av de ärenden som kommer via 1177, brev och telefon gäller flertalet bemötande eller bristande omvårdnad samt frågor gällande diagnos och behandling. Ca en tredjedel av PaN-ärendena gäller lite allvarligare händelser såsom missad eller försenad diagnos.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Vi hade planerat åtgärder som syftar till att öka delaktigheten kring patientens vård och behandling. Bland annat skulle en uppstramning av utskrivningssamtalet göras och vi planerade att tydliggöra att vi välkomnar anhöriga att vara med vid alla patientsamtal. Vi har även tagit fram en förbättrad informationsfolder. Frågan skulle



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

även lyftas på läkarmöten under året. Diskussion om ev patient/anhörigrepresentation i processarbetet förs. Tyvärr har arbetet avstannat relaterat till fokus på covidvården. Anhöriga har under stor del av året ej kunnat delta i utskrivningssamtal relaterat till besöksförbud.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsättning av arbetet.

RISKANALYSER

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

Resultat: Under 2020 har risk och konsekvensanalyser gjorts avseende:

- Covidpandemin
- Besparingsåtgärder
- Nya arbetssätt: ADVOR och Elfysverksamhet
- Sammanhållen mottagning

Analys: Antal inträffade vårdskador har inte ökat under 2020 trots pandemi och vissa besparingsåtgärder. De verksamhetsförändringar som gjorts har inte heller lett till en ökning av vårdskador som vi kan se.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

Under 2020 har 5 anmälningar enligt Lex Maria gjorts.

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:**
 - Fokusområde PVK med granskningar, översyn av dokumentation och rutiner.
 - Nya rutiner vid elkonverteringar
 - Flera utbildningsinsatser
 - Översyn av röntgensvar

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

Målnivå > 68 % aktivitetsplan för riskpat Datakälla: Qlikview



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

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



Resultat: 98% av patienterna har inte fallit under vårdtiden. Andelen som skadat sig i samband med fallet är 0,7%. Då vi enligt beslut inte skriver slutanteckningar på våra dagvårdspatienter får vi en låg täckningsgrad för andel vårdtillfällen med dokumentation under "fall under aktuell vårdtid", 77%.

Analys: En fjärdedel av våra patienter har fallrisk, ffa sker fallen nattetid och i samband med toalettbesök. Åtgärder som sätts in är inte alltid tillräckliga då patienten ibland glömmer eller får bråttom eller underskattar risken

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: >71 %

Resultat: 84,2% av patienter utskrivna från slutenvård fick en läkemedelsberättelse under året. Räknar man med dagvården är resultatet lite lägre, 77,4%. Räknat på alla patienter som skrevs ut dvs även från akuten ligger resultatet ytterligare något lägre 73,4%.

Analys: Resultaten för slutenvården ligger på samma nivå som föregående år. En förbättring kan ses på de som skrivs ut från dagvårdsenheterna.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

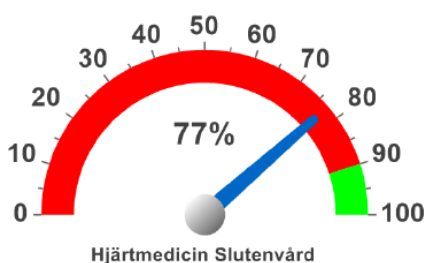
Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Andel riskbedömda för MRSA 92 %	Andel med risk för MRSA av riskbedömda 19 %	Andel korrekt odlade av de som har risk för MRSA 66 %
Andel riskbedömda för VRE 91 %	Andel med risk för VRE av riskbedömda 1 %	Andel korrekt odlade av de som har risk för VRE 70 %
Andel riskbedömda för ESBL 91 %	Andel med risk för ESBL av riskbedömda 1 %	Andel korrekt odlade av de som har risk för ESBL 75 %

Andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering enligt vårdprogram



Resultat: Av 113 patienter vid mätningen hade 21 riskfaktorer. Av dessa var 17 hanterade korrekt i alla led. Om man tittar på riskapplikationen i Qlick View ser man att 92% av alla patienter är riskbedömda och 66% korrekt odlade.

Analys: Vi har fortsatt inte lyckats komma i mål med arbetet för att förbättra handhavandet. Vi har dessutom sämre resultat är föregående år då vi uppnådde 87% måluppfyllnad.

Planerat förbättringsarbete 2021: Återuppta arbetet med att förbättra andelen korrekt hanterade riskpatienter.

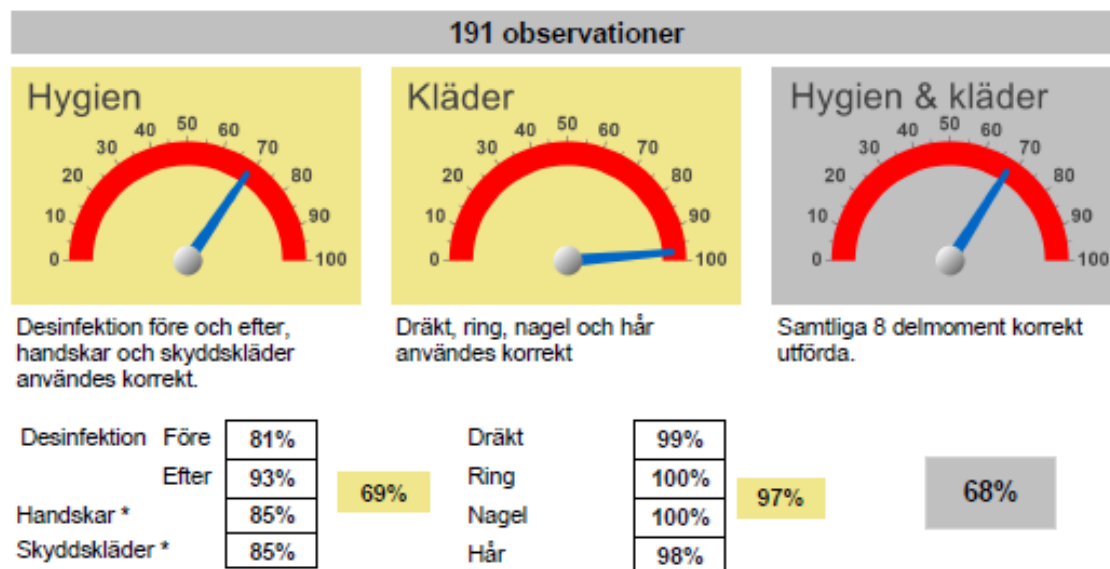


Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor



* När det inte är relevant att använda handskar/skyddskläder ingår observationen inte i beräkningen.

Mål: > 66%

Resultat: På kliniken har 191 observationer gjorts. Andelen där alla 8 delmoment utförts korrekt är 68%. Detta är en avsevärd förbättring jämfört med 2019 då vi hade ett resultat på 45%.

Analys: Pandemin har medfört ett stort fokus på BHK och det har givit resultat. Framför allt ser vi att vi nu är bättre på att sprita händerna både före och efter, men även bättre på att använda skyddskläder.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Stort fokus har lagts på detta under året.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt fokus.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

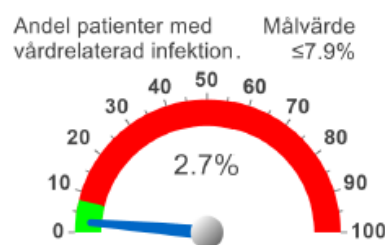
VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 7,7 % förekomst, särredovisa egenförvärvade VRI

Antal ineliggande patienter

113

	Antal	Andel
Patienter med vårdrelaterad infektion	3	2.7% 3/113
Som uppstått till följd av vården på sjukhuset	1	0.9% 1/113
Med antibiotikabehandling för VRI	3	2.7% 3/113



Resultat: 2,7% (3/113) av patienterna hade drabbats av en VRI vid de två mätningarna. Av dessa hade 0,9% (1/113) uppstått som en följd av vården på sjukhuset.

Analys: Vi har tidigare haft problem med tromboflebiter, vi har under året haft stort fokus på området och kan se att antalet tromboflebiter minskat. Ett problem är att de pvk:er som används generellt på sjukhuset inte har ett lämpligt förband. Detta gör att instickstället många gånger är oskyddat och dessutom är pvk:n ej fixerad vilket gör att den lätt glider vilket är en mycket stor risk för att irritera kärlet och att föra in mikrober. Vid en pvk-granskning som genomfördes under hösten kunde vi notera att många pvk:er inte skyddades av yttre förband och att innerförband var smutsiga och blöta. Detta leder till ytterligare hög risk för infektion.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Förbättringsarbete kring pvk:er genomfört

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt fokus på pvk:er

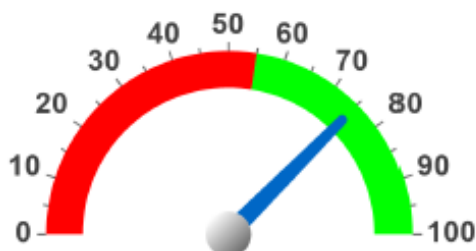


Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PAT MED KAD RESPEKTIVE CENTRALVENÖS INFART SOM HAR DOKUMENTERATS I AVSEDD MÄTVÄRDESMODUL I TAKE CARE

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 54 %

Andel CVI (slutenvård) som är registrerade i avsedd mätvärdesmodul i TC av totala antalet CVI



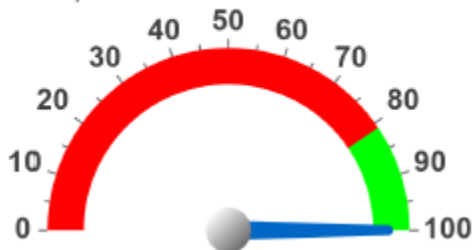
	Antal	Andel(%) patienter med korrekt hantering		
		Dokumentation		Okulär bedömning
		Mät-värden	Aktivitets-plan	Datum 3-vägs-kran
CVK 1	1	100%	100%	100%
CVK 3-4	1	100%	100%	100%
CDK	0			*
SVP	1	0%	100%	0%
Piccline	1	100%	100%	100%
/CVI	4	75%	100%	75%
/Patient	4	75%	100%	75%

Resultat: 75% (3/4) av CVI:erna var dokumenterade i mätvärden. En SVP (subcutan venport) var ej dokumenterad.

ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD

Datakälla: Rapportor, Målnivå 81 %

Andel patienter med Med CVI som har aktivitetsplan "Central kärlaccess aktiverad".



	Antal	Andel(%) patienter med korrekt hantering		
		Dokumentation		Okulär bedömning
		Mät-värden	Aktivitets-plan	Datum 3-vägs-kran
CVK 1	1	100%	100%	100%
CVK 3-4	1	100%	100%	100%
CDK	0			*
SVP	1	0%	100%	0%
Piccline	1	100%	100%	100%
/CVI	4	75%	100%	75%
/Patient	4	75%	100%	75%

Resultat: 100%



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 3% egenförvärvade kat 2-4 inkl A/B, aktivitetsplan > 65 %



Andel patienter med förvärvade trycksår kat 2-4

Antal patienter som varit inskriva >24h och som var utan trycksår kat 2-4 vid ankomsten. (se även punkt 4 på första sidan)	41
... som har förvärvade trycksår kat 2-4 under vårdtiden	2

2 av 41 = 4.9%

Andel patienter med förvärvade trycksår kat 2-4 4.9%



Andel patienter som riskbedömts avseende trycksår inom 24 tim från inskrivning

Antal patienter ...	43
... som riskbedömts avseende trycksår inom 24 tim från inskrivning	42

42 av 43 = 97.7%

Andel patienter som riskbedömts avseende trycksår inom 24 timmar 97.7%





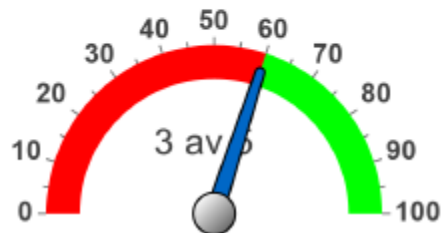
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Riskpatient och/eller patient med trycksår vid observation, som har förebyggande åtgärder ordinerade/vidtagna (aktivitetsplan eller på annat sätt). Endast patienter inskrivna 24h eller mer ingår.

Antal riskpatienter och/eller patienter med trycksår vid observation ...	5
... som har förebyggande åtgärder ordinerade/vidtagna (aktivitetsplan eller på annat sätt)	3

3 av 5 = 60.0%

Riskpatient och/eller patient med trycksår vid observation, som har förebyggande åtgärder ordinerade/vidtagna (aktivitetsplan eller på annat sätt) 60.0%

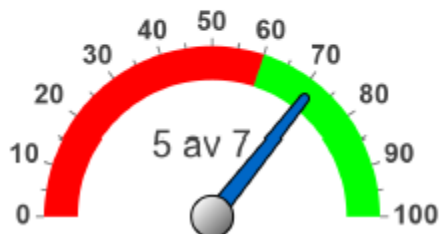


Riskpatient och/eller patient med trycksår/tryckskada vid ankomst som har förebyggande åtgärder ordinerade/vidtagna i aktivitetsplan eller på annat sätt i journalen inom 24 timmar

Antal riskpatienter och/eller patienter med trycksår vid ankomst...	7
... som har förebyggande åtgärder ordinerade/vidtagna i aktivitetsplan eller ordinerade på annat sätt i journalen.	5

5 av 7 = 71.4%

Riskpatient och/eller patient med trycksår/tryckskada vid ankomst som har förebyggande åtgärder ordinerade/vidtagna i aktivitetsplan eller på annat sätt i journalen inom 24 timmar 71.4%



Resultat: 4,9% (2/41) hade förvärvade trycksår kat 2-4 under vårdtiden.

Analys: Vid PPM-mätningen ser vi en hög andel riskbedömda 97,7%, tyvärr ser vi i mätningen att endast 60% (3/5) har förebyggande åtgärder insatta vid observationen. Ser man istället på de som bedömts vid ankomst som riskpatient har 71,4% (5/7) av dessa förebyggande åtgärder insatta. Här kan vi se att det är viktigt med en fortlöpande bedömning under vårdtiden. Tittar vi på bedömning av risk och insatta åtgärder över tid i QlickView applikationen ser vi att vi har en hög andel riskbedömda 95% och att ca 8% av våra patienter har risk samt att åtgärder är insatta på 70% av dessa.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

OPLANERAD ÅTERINLÄGGNING INOM 30 DAGAR SAMT INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

Datakälla: Qlikview SAS rapporten

Mål:

Resultat: 11% (7,8% till samma klinik) återinlades oplanerat under året det ligger kvar på samma nivå som föregående år. Andel patienter över 80 år som återinlades inom 7 dagar var 5% (2,8% till samma klinik) det är en ökning jmf med föregående år då 4% av 80+ lades in igen inom 7 dagar.

Analys: För kliniken viktigt att mäta då vi infört akuta dagvårdsenheter och har korta vårdtider som korats ytterligare.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Akut dagvård implementerad inom alla hjärtklinikens processer exklusive hemostas.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Qlikview Målnivå > 80% nutritionsbedömning



Resultat: 95% av patienterna blev nutritionsbedömda (94% 2019)

Analys: Under året har vi under perioder tagit bort obligatet för sökordet relaterat till den stora belastningen under pandemin. Andelen patienter med risk för undernäring är 11% och av dessa har 69% en aktivitetsplan.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med rondmallen för att tillse att de som har risk för undernäring får åtgärder insatta.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt arbete med rondmallen.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANTAL PAT MED SÅR DÄR SLUTANTECKNING UNDER TERM "SÅR UNDER AKTUELLT VÅRDTILLFÄLLE" FINNS DOKUMENTERAD

Datakälla: Qlikview Målnivå > fg år

Sår under aktuellt vårdtillfälle, antal unika individer: 16							
Sårtyp	Antal sår som fanns vid ankomst	Antal sår som uppstått under vårdtiden	Antal sår totalt	Antal sår (kat 2-4 AB)	Andel sår (av totalen) som förbättrats	Andel sår (av totalen) som försämrats	
akut sår	1	1	2	0	0%	0%	
annan typ	1	2	3	0	0%	0%	
bensår/fotsår	5	0	5	0	0%	0%	
operationssår	3	0	3	0	0%	0%	
trycksår	1	3	4	0	25%	0%	
-	0	0	0	12	-	-	
Total	11	6	17	12	6%	0%	

Resultat: Om man tittar på alla ssk-anteckningar finns totalt 17 sår dokumenterade. Av dessa är 6 st sår som uppkommit under vårdtiden och övriga 11 sår som fanns vid ankomst. Vid sökning på samtliga dryga 6000 slutanteckningar finns ingen dokumentation avseende sår i dessa utifrån resultat i QV sökning. Detta är osannolikt och en granskning skulle behöva göras.

Analys: En underdokumentation är dock högst sannolik.

Genomfört förbättringsarbete 2020:

Planerat förbättringsarbete 2021: Ett förbättringsarbete där man granskar dokumentationen på de patienter som uppvisat sår vid trycksårsmätning kan bli aktuell, alternativt en journalgranskning under en period alternativt stickprov.

PATIENTUPPLEVD KVALITET

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

Vi har under året inte gjort de i normala fall förekommande enkätundersökningarna. Endast två enheter har gjort enkätundersökningar. Hjärtklinikens akuta dagvård som gått ut med 63 enkäter och dessa redovisas under öppenvård samt avd 90 som redovisas under slutenvård.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Dimension	Frågeställningar	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?"	<i>Omvänd frågeställning i enkät. 51% önskade ej bli mer delaktiga och 23% hade önskat bli mer delaktiga.</i>	60	91%	52
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	<i>90% ansåg att de fått tillräcklig information.</i>	59	94%	52
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	<i>92% skulle rekommendera enheten.</i>	59	99%	52

Mål:

Analys: Ett litet underlag som dock visar på goda resultat avseende patientnöjdhet.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Införande av tre separata akuta dagvårdsavdelningar ADVOR (flimmer, svikt och bröstsmärta). Här får patienten tillgång till snabb diagnostik och behandling och kan få sova hemma.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt arbete med att utveckla konceptet.



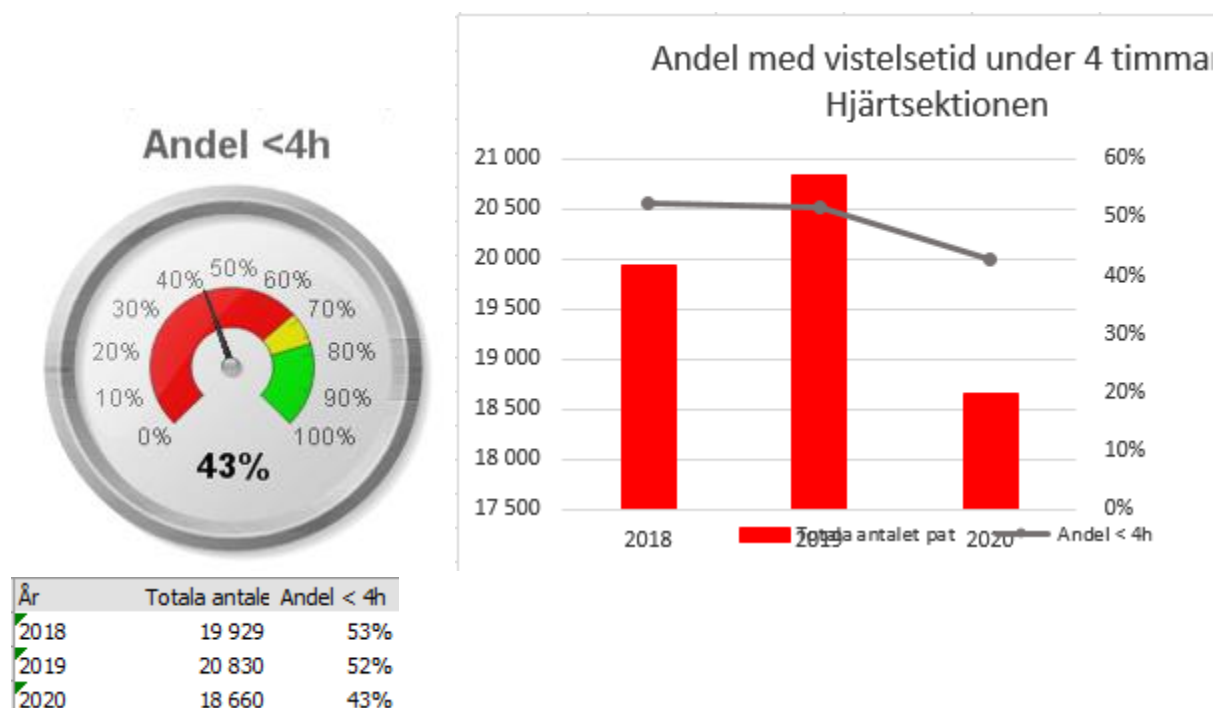
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 78 %



Resultat: 43%

Analys: Under 2019 infördes beslutstöden och läsrapporten på hjärtakuten men i början av 2020 kom ju covid-19 som gjorde att hela akutens arbete behövde ställas om. Vi ändrade helt arbetet på sektionerna över till att bedriva ett grönt och ett orange zonarbete, där covid misstänkta patienter vårdades på orange zon och icke misstänkta patienter vårdades på grön zon. Detta medförde att de olika sektionerna blandades ihop och det blev nya arbetsrutiner på hela akuten. Dessa zoner har behövts justeras under hela året beroende på mängd misstänkta/icke-misstänkta covid patienter och således har arbetsrutinerna behövts justeras flera gånger om. Patienter har fått vänta på akuten på covid-svar innan inläggning på de flesta avdelningar förutom HIA och flödesavdelningar, vilket har förlängt vistelsen på akuten. Alla avdelningar har varit hårt belastade så att inläggningsprocessen har varit långsammare vilket förlängt vistelsen på akuten för många.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Preliminärbedömning upphörde pga platsbrist. HADVA stängde och istället kom 3 olika ADVOR, som i sin tur sammanlagt har tagit färre patienter än HADVA gjorde.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Hela år 2020 har man behövt koncentrera sig på att hantera covid-19 krisen och justera arbetssätten på akuten baserad på antal misstänkta och icke misstänkta covid patienter.

Planerat förbättringsarbete 2021: Förhoppningsvis återgång till ett mer normalt sektionsarbete men preliminärbedömning, införande av hjärtssk på hjärtakuten (pilot i 2 månader under hösten 2020 gav goda resultat på flödet till avd.) Digitalisering av EKG bedömning. Förbättring av inläggningsprocessen sjukhusövergripande samt försök att visualisera patientflödet genom akuten.

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING MÅLNIVÅ 40 MIN



Resultat: 0:52:00 H

Analys: Preliminärbedömare blev borttagen, sektionsarbetet stasade och akuten hade ett gemensamt triageteam som inte bara koncentrerade sig på en sektion vilket gjorde att patienter ibland fick vänta lite för länge.

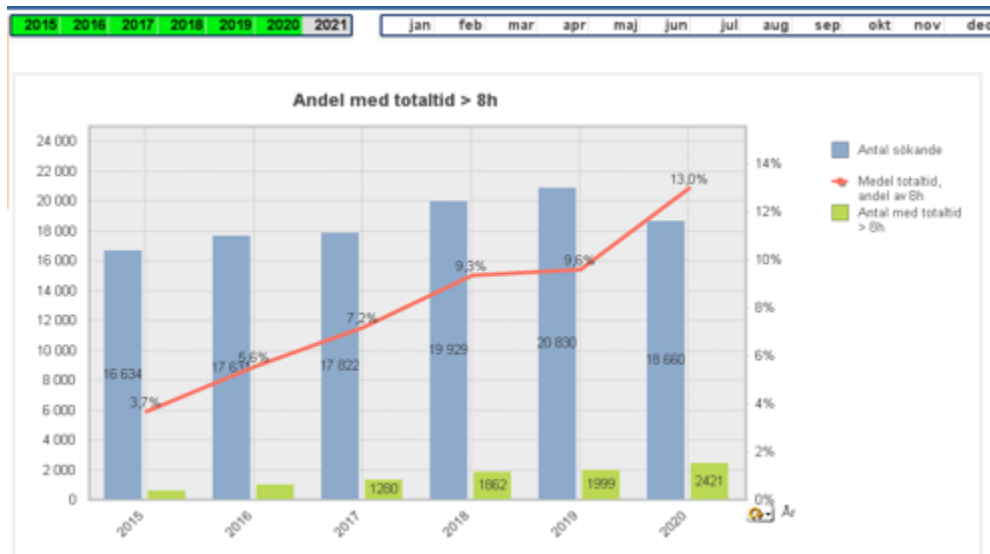
Genomfört förbättringsarbete 2020: Inget

Planerat förbättringsarbete 2021: Införa preliminärbedömare igen.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM MÅLNIVÅ 95%



Resultat: 87%

Analys: Flera patienter har fått vänta längre tid på akuten, tills de har fått komma till avdelning/geriatriken pga att man väntad på covid-19 svar. Avdelningarna har även varit hårt belastade så att inlägningsprocessen har varit långsammare överhuvudtaget.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Inget

Planerat förbättringsarbete 2021: Arbeta vidare med inlägningsprocessen, men även bättre samarbete med DS geriatriken, för en del av de som får vänta längst är geriatriska patienter i väntan på plats och transport till geriatriken.



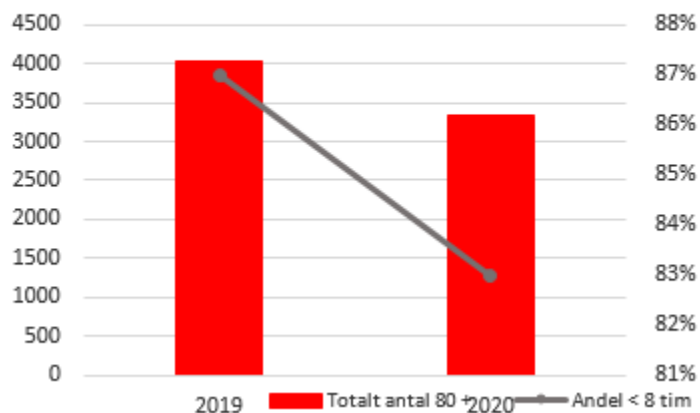
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

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

Andel 80+ totaltid < 8h 2020



Andel 80+ under 8 timmar
Internmedicinsektionen



Resultat: 83%

Analys: Flera patienter har fått vänta längre tid på akuten, tills de har fått komma till avdelning/geriatriken pga att man väntad på covid-19 svar. Avdelningarna har även varit hårt belastade så att inläggningsprocessen har varit långsammare överhuvudtaget.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Inget

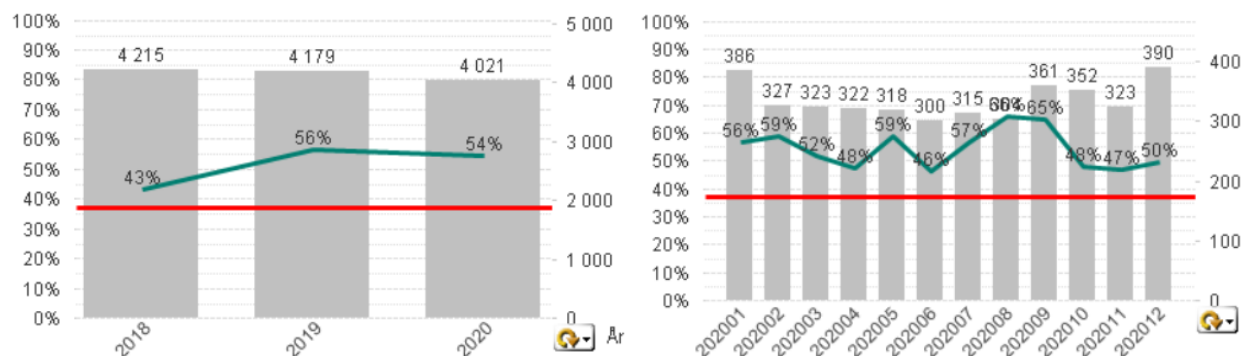
Planerat förbättringsarbete 2021: Arbeta vidare med inläggningsprocessen, men även bättre samarbete med DS geriatriken, för en del av de som får vänta längst är geriatriska patienter i väntan på plats och transport till geriatriken.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 36%



Resultat: 54%

Analys: Vi når målet här

Genomfört förbättringsarbete 2020: Att fylla i inläggningsbeslutet har varit ett förbättringsprojekt hela året som verkar fungera hyfsat bra.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt arbete med inläggningsprocessen