



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: KIRURGI OCH UROLOGI

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

OBESITASKIRURGI

Ytterligare operation inom 30 dagar efter obesitasoperation

Datakälla: SoReg

Resultat:

Täckningsgrad SOReg

	Tot	K	M
Antal opererade 2020	106	78	28
Antal patienter som rapporterats till SoReg	106	78	28
Täckningsgrad av rapporterade till SOReg	100%	100%	100%

Reoperation inom 30 dagar p g a komplikation

	Tot	K	M
Samtliga patienter som opererats för obesitas	106	78	28
Antalet patienter som omopererats inom 30 dagar p g a komplikation	2	0	2
Andelen patienter som omopererats inom 30 dagar p g a komplikation, %	2%	0%	7%

Analys: Covid-19 pandemin har inneburit en reduktion av elektiv kirurgi. Detta gäller även obesitaskirurgi varför antalet operationer är klart mindre 2020 jämfört med året innan. Antalet patienter som reopererats inom 30 dagar är på samma nivå som för riket.



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

TÄCKNINGSGRAD I SVENSKA BUKVÄGGSBRÅCKSREGISTRET

Resultat:

Täckningsgrad i rapportering till Svenska Bukväggsregistret

	Tot	K	M
A. Antalet patienter inom bukväggskirurgi totalt på sjukhuset 2020.	176	86	90
B. Antalet patienter av dessa som rapporterats till Svenska Bukväggsbråcksregistret	176	86	90
C. Andelen patienter som rapporterats till Svenska Bukväggsbråcksregistret, % (C=B/A)	100%	100%	100%

Analys: Rapportering till registret har fortlöpt som vanligt under året. Täckningsgraden är 100 %.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Under 2020 har vi gått med i SUMMER studien för navelbråck. En dubbelblind studie där patienterna lottas till suturplastik eller operation med onlay nät. Trots Covid har vi kunnat inkludera patienter i studien. Vi har även fortsatt med robotkirurgi av större bukväggsbråck, dock har denna verksamhet och övrig bukväggsbråck kirurgi bedrivits i betydligt mindre omfattning pga. av Covidpandemin.

POSTOPERATIVA SÅRRUPTURER

Andelen som fått postoperativ sårruptur efter öppen bukkirurgi (ej appendektomier) inom 14 dagar

	Tot	K	M
Totala antalet patienter som genomgått öppen bukkirurgi (ej appendektomier). Gynekologi och urologi ska ej ingå.	339	162	177
Antalet patienter som fick sårruptur inom 14 dagar. Gynekologi och urologi ska ej ingå.	4	0	4
Andelen patienter som fick sårruptur inom 14 dagar	1%	0%	2%



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

Analys: I resultatet ingår samtliga öppna kirurgiska bukingrepp, elektiva som akuta under år 2020, urologiska ingrepp exkluderade. Samtliga patienter som fått sårruptur inom 14 dagar var män. Manligt kön finns beskrivet i litteraturen som en riskfaktor för sårruptur.

Genomfört förbättringsarbete 2020: En strukturerad sökordsterm Bukväggförlutning och suturkvot har tagits fram, för korrekt registrering samt uppföljning av suturkvot och trådval i relation till sårrupturer. Rutinen implementerad i läkargruppen samt operationssjuksköterskemallen på centraloperation i december.

AKUTA KOLECYSTITER, OPERATION UNDER VÅRDTILLFÄLLET

Täckningsgrad	Tot	K	M
Totalt antal galloperationer	652	415	237
Antalet av dessa som rapporterats till Gallriks	652	415	237
Andelen av galloperationer som rapporterats till Gallriks, %	100%	100%	100%

Andelen kolecystiter som opereras inom vårdtillfället

	Tot	K	M
Totala antalet patienter < 75 år som genomgått galloperation, kolecystectomi	268	171	97
Antalet patienter < 75 år som opererades inom vårdtillfället	241	159	82
Andelen patienter < 75 år som opererades inom vårdtillfället	90%	93%	85%

Analys: Danderyds Sjukhus genomför flest galloperationer i Sverige och 37% av dessa är pga. akut kolecystit. 90% av patienter vårdade för akut kolecystit opereras under det akuta vårdtillfället. Verksamheten följer gällande rekommendationer som förordar tidig kolecystektomi i denna patientgrupp.



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 ERAS-PATIENTER MED LÅGT HB SOM ERHÅLLIT JÄRNINFUSION (ERAS= ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY)

Mål > 0 %

Resultat: Av samtliga patienter som vårdats enligt ERAS vårdprogram från den 1/1 till den 31/12 har 27 patienter som uppfyller kriterierna (Hb <115 och samtidigt Ferritin <30) erhållit järninfusion. Tio patienter har ett Hb-värde under det satta gränsvärdet men Ferritin-värdet saknas. Dessa patienter har ej fått järn. Ett par av dessa har fått blodtransfusion preoperativt. Två patienter som uppfyllde kriterierna för järninfusion har ej fått detta. En av dessa uppmärksammades på ERAS-inskrivningen och erhöll järn några dagar postoperativt.

Analys: Uppskattningsvis har ca 180–200 patienter opererats under 2020 och av dessa har endast två uppenbara fall missats varav ett upptäcktes några dagar preoperativt och patienten erhöll järn postoperativt. Desto fler patienter saknade korrekt provtagning vilket kan innebära att fler än två patienter har missats. Patienter med Hb <100 har ej fått järn då de samtidigt haft ett högt Ferritin. Ett par patienter fick blodtransfusion istället.

Förbättringsarbete: Med tanke på att det är i genomsnitt ca 2 patienter per månad som erhåller järninfusion så borde vi kunna vara mer generösa och även substituera de med endast ett lågt Hb-värde särskilt med tanke på att Ferritin kan vara falsk förhöjt på denna patientgrupp. Detta borde fungera resursmässigt och blodtransfusion kan då undvikas.

Vi måste säkerställa att samtliga ERAS-patienter provtas korrekt peroperativt. Några av patienterna som saknar Ferritin-värdet har opererats för malign tumör men majoriteten av de missade proverna ses bland de med benign tumör.

UROLOGI-PROSTATACANCER

Datakälla: NPCR/RCC

Resultat:

Prostatacancer, svarsfrekvens PROM-enkät

	Tot
A. Totala antalet patienter som behandlats för prostatacancer	74
B. Antalet patienter av dessa som svarat på enkäten	72
C. Andelen patienter som svarat på enkäten, % (C=B/A)	97%



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

Prostatacancer, PROM urinläckage

	Tot
A. Totala antalet patienter som behandlats för prostatacancer och som svarat på enkäten	72
B. Antalet patienter som uppgett komplikation i form av urinläckage	10
C. Andelen patienter uppgett urinläckagen som komplikation, % (C=B/A)	14%

Prostatacancer, PROM erektil dysfunktion

	Tot
A. Totala antalet patienter som behandlats för prostatacancer och som svarat på enkäten	59
B. Antalet patienter som uppgett komplikation i form av erektil dysfunktion	26
C. Andelen patienter uppgett erektil dysfunktion som komplikation, % (C=B/A)	44%

Analys: Strukturerad användning av PROM ökar successivt. Det finns fortsatt viss osäkerhet i de mått som följs, bland annat beroende på att utfallen varierar med ålder och samsjuklighet, samt riskerar påverkas av ofullständig återrapportering. Vi följer därför rapporteringen från såväl det nationella registret (NPCR) som en systematisk uppföljning per telefon som sektionen utför 12 månader efter genomgången operation. Resultaten från Danderyds Sjukhus visar sammanfattningsvis att vi ligger väl i nivå med riket gällande risk för postoperativ inkontinens och erektil dysfunktion.



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

STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

Datakälla: RCC/INKA

Redovisa ledtider cancer från remissankomst till behandlingsstart

Resultat:

Sjukhus	Antal SVF med maximal ledtid	Antal SVF - start av behandling/annat avslut	Andel inom tid med maximal ledtid	Antal inom tid med maximal ledtid	Start SVF till behandling/annat avslut (dgr) - median
Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm	833	819	49%	398	32
Danderyds sjukhus AB	717	448	77%	344	28
Karolinska universitetssjukhuset	4 205	4165	61%	2 476	30
Södersjukhuset	1 338	1219	57%	692	30

Analys: Danderyds sjukhus har högst andel patienter med ledtid inom maxgräns då man tittar på totala antalet vårdförlopp jämfört med övriga sjukhus i regionen. Ledtiderna varierar dock stort mellan olika vårdförlopp, se nedan.

ÖVRE GASTROINTESINAL CANCER

Matstrups- och magsäckscancer	Tot	Gallblåsecancer	Tot
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	8	Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	12
Antal patienter som ingår i beräkningen	5	Antal patienter som ingår i beräkningen	8

Levercancer	Tot	Bukspottskörtelcancer	Tot
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	25	Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	10
Antal patienter som ingår i beräkningen	2	Antal patienter som ingår i beräkningen	27



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

Analys: Danderyds Sjukhus äger inte hela vårdkedjan avseende cancer inom ÖGI då vi endast kan påverka tiden fram till MDT. Ovanstående SVF förlopp beskriver ledtider från SVF start till start av första palliativa behandling, vilket bäst avspeglar den del av vårdkedjan som vi kan påverka.

URINBLÅSECANCER

Under 2020 har verksamheten bedrivits under press från en pågående pandemi. Hela omfattningen av pandemins påverkan på diagnostik och behandling av urinblåsecancer kan för närvarande inte bedömas och är föremål för särskild granskning nationellt. Resultaten som redovisas behöver alltså värderas med detta i åtanke.

INCIDENS

Antal nydiagnostiserade fall med urinblåsecancer 2020: 99 (3 fall är inte färdigbedömda och ingår därmed inte i antal).

Jämfört med 2019 har antalet fall minskat med 39. Detta avspeglar tyvärr med största sannolikhet inte en minskning i incidens. Förklaringen ligger sannolikt i att, trots ansträngningar, färre patienter kommit till utredning och diagnos. Sett till hela Region Stockholm/Gotland har antalet registrerade minskat från 556 till 442.

UTREDNING ENLIGT SVF

Antal med utredningstid från remiss till diagnos inom 14 dagar är 21%

Tid från remissankomst till diagnostisk operation, TUR-B, se tabell.

Urinblåsecancer	Tot	K	M
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	23	21	24
Antal patienter som ingår i beräkningen	93	18	75

BEHANDLING

Operation: Antal operationer för urinblåsecancer (TUR-B) är under 2020 enligt Orbit 238 stycken. Av dessa utgör 139 operationer antingen reresektion eller operation av recidiv. För att



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

öka möjlighet till mer exakt uppföljning har vi under andra halvan av 2020 infört en undergruppering vid anmälan till TUR-B i Orbitssystemet där anledning till operation definieras (diagnos/primär, reresektion eller recidiv).

Instillationsbehandling av nydiagnostiserade: Andelen av kategori T1 som erhållit instillationsbehandlingar har gått från 64% (23 av 36) till 27% (6 av 22). Vid en djupanalys framgår att vi under 2020 haft en större andel med omkategorisering efter second resection, avvikande histologi, samsjuklighet samt patientönskemål om att ej gå vidare med Instillationsbehandlingar. Om man samtidigt ser på andel patienter som diskuterats på multidisciplinär konferens, 85%, kan man konstatera att handläggningen skett med förankring.

PROSTATACANCER

Sammanfattning: Omhändertagandet av män med prostatacancer har under 2020 påverkats av pandemin med COVID-19. Urologsektionen har deltagit aktivt i arbetet på Regionalt Cancercentrum och följt de rekommendationer som initierats därifrån angående omhändertagande av män med prostatacancer under pandemin. Det har bland annat inneburit en minskad omfattning av operation av prostatacancer av mellanrisktyp, samtidigt som omhändertagandet av män med högrisksjukdom eller metastaserad dito har fortgått mer oförändrat.

Resultat: För män som inkom till Danderyds Sjukhus som led i diagnostik av prostatacancer erhöll 95% tid till mottagning inom 14 dagar jämfört med rikssnittet 55% och 79% erhöll kontakt med kontaktsköterska. Tidig diagnostik och viss icke-kurativ behandling av prostatacancer sker till stor del inom den urologiska öppenvården utanför Danderyds Sjukhus. Vid Danderyds Sjukhus genomgick 32 män operation för prostatacancer under året jämfört med 66 året innan, samtliga genomfördes med robot-assisterad teknik.

79% av operationerna genomfördes med nerv-sparande teknik (jämfört med 79% nationellt) och 74% av patienterna hade ej någon allvarlig inkontinens efter operationen (72% nationellt). Under 2019 genomfördes 87% av operationerna med radikalt resultat, men under 2020 sjönk andelen till 58%. En granskning av operationstider per operatör har genomförts.

Under 2020 har utrustning för MR/fusionsbiopsier införskaffats. Implementeringen har varit något förlängd på grund av utmaningar med den tekniska installationen, men är färdig 2021-01-25.



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

Analys: Danderyds Sjukhus erbjuder god kvalitet avseende operationsresultat, men har under 2020 genomfört färre operationer än tidigare år. Detta relaterar till ett minskat inflöde av patienter pga. COVID-19. En större andel av operationerna genomfördes med icke-radikalt resultat under 2021, orsaken till detta är okänd.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Temporära förändringar i verksamheten har gjorts i enlighet med föreskrifter från RCC för att optimera patientsäkerhet under pågående pandemi. Arbete för installation av MR/fusionsbiopsier har genomförts.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt noggrann kontroll av kvalitet enligt parametrar i Nationella Prostatacancerregistret (INCA NPCR). Särskilt fokus på radikalitet inklusive kontakt med patologiavdelningen. Implementering av MR-riktade biopsier senast Q2 2021. Intention att återfå operationsvolymen såsom innan pandemin.

SVF NJURCANCER OCH NEFROURETEREKTOMIER

Resultat/Analys: Antalet njurcanceroperationer vid Danderyds sjukhus minskade under 2020, som en följd av minskat inflöde pga. pandemin. 47 patienter behandlades med någon form av kirurgisk intervention, en minskning med 40% från föregående år då 78 patienter behandlades. Danderyds sjukhus är trots denna minskning fortsatt en av de största enheterna i Sverige.

Beställarna har under föregående år fattat beslut om att implementera förslaget om regional nivåstrukturering där Danderyd kommer bli en av tre enheter i regionen som fortsätter att behandla njurcancer. Man kan därför förvänta en fortsatt ökning av antalet behandlingar. Konsensus råder fortsatt om att beslutet skall implementeras och arbete pågår regionalt för att det skall komma i mål. Andelen minimalinvasiva ingrepp fortsatte att öka i form av laparoskopi, resektioner och ablationer. Bland annat pga. fortsatt regionalt ansvar för ärftliga njurtumörer.

Antalet robotassisterade nefroureterektomier fortsätter att öka, under 2020 gjordes 15 vilket gör Danderyds till en av de 2–3 största utförarna av denna kirurgi nationellt. De kirurgiska resultaten har varit bra och glädjande nog drabbades ingen patient av någon allvarlig komplikation under året.

Laparoskopiska nefrektomier ersattes succesivt av robotassisterade nefrektomier under året och från och med 2021 kommer laparoskopiska nefrektomier fasas ut helt till fördel för robotkirurgi.

94 % av patienterna utreddes med DT thorax, 100 % av patienterna med metastaserad sjukdom diskuterades på multidisciplinär konferens, 97 % av patienterna tilldelades en namngiven



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

kontaktsjuksköterska och 100 % av patienter med T1a tumörer behandlades med nefronsparande kirurgi eller ablation.

Väntetid från remiss till operation försämrades tyvärr ytterligare under 2020. 31% av patienterna får behandling inom stipulerade 41 dagar (målnivå 80%). Detta ligger under riksgenomsnittet och beror till del på större del ablationspatienter och till del pga. prioriteringar vid fördelning av operationsresurser under neddragningen pga. pandemin. Vi ser också på brist på operationsresurser, personal och undanträngningseffekter från andra urologiska operationer när Karolinska Sjukhuset minskat sitt uppdrag.

Planerat förbättringsarbete 2021: Samtliga metastaserade fall diskuteras på MDK enligt gällande vårdprogram. Från och med hösten 2019 har vi utökat detta så samtliga fall som kan bli aktuella för kirurgi diskuteras på MDK. Detta görs för att höja kvaliteten på de behandlingsrekommendationer som ges patienterna vid diagnos. Ett arbete pågår med de två andra opererande enheterna i Stockholm för att införa sjuksköterskeledda njurcancerdispensärer för patienterna som följs upp efter kurativt syftande kirurgi.

Urologsektionen planerar också att minska ledtiderna från genomförd röntgenundersökning till patienten för svar på röntgenundersökningen genom ett samarbete mellan röntgenkliniken och urologmottagningen.

På sektionen pågår flera forskningsprojekt om njurbäckencancer-kirurgin som resulterat i ett flertal publikationer under året.

KOLOREKTALCANCER

Resultat:

Tjock- och ändtarmscancer	
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar: basutredning, fördjupad utredning	Basutredning 28 dgr (av 39) Fördjupad utredning 45 dgr (av 53)
Totalt antal avslutade vårdförlopp med behandling	226
Totalt antal vårdförlopp med avslut innan första behandling	240



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

Analys: 2020 medförde nya belastningar för vår kolorektala cancerprocess. Coronaepidemin gjorde att vi under april-juni hade ca 40% färre startade SVF förlopp jämfört med 2019. Situationen på sjukhuset gjorde också att vi under några veckor skickade all vår cancerkirurgi till Ersta sjukhus efter att vi utrett patienterna på Danderyd. Våra kirurger var också på Ersta och opererade. Sammanfattningsvis har vi under året kunnat hålla våra utredningstider för kolorektal cancer väl inom SVF förloppen både för fall med normal och utökad utredning. Vi fortsätter att successivt öka den minimalinvasiva andelen av kirurgi med sjunkande konverteringssiffror.

Genomfört och planerat förbättringsarbete: Under 2021 ser vi fram mot att få en ny operationsrobot som dels kommer att ge oss möjlighet att operera fler patienter med minimalinvasiv kirurgi men även kommer att underlätta för oss att använda t ex nya tekniker för att visualisera genomblodning i vävnad vilket kan ha betydelse för att optimera t ex tarmanastomoser. Vi har under andra halvan av 2020 med hjälp av projektpengar från RCC Stockholm-Gotland planerat en stor satsning på ett Optimeringscenter inför kolorektal cancerkirurgi. Kortfattat är detta ett multidisciplinärt projekt inkluderande förutom kirurger även kontaktsjuksköterskor, avdelningssjuksköterskor, dietister, farmaceuter och fysioterapeuter. Läkare från hjärt, anestesi, klinisk fysiologi, lung, njurmedicin samt endokrinologer kommer också att delta för att förbättra den preoperativa utredningen och riskbedömning inför kirurgi. En pilotstudie är genomförd under 2020 och en etisk ansökan för en randomiserad studie som kommer att omfatta 560 patienter skickas in i dagarna. Vi planerar att starta detta projekt 1 september 2021.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

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

Resultat: Täckningsgrad > 85 %, Andel patienter med utförd validerad smärtskattning 65 %, munhälsobedömning 30%.

Analys: Täckningsgraden för rapportering till registret är fortsatt hög. Resultatet avseende "Andel patienter med utförd validerad smärtskattning" har under 2020 sjunkit jämfört med tidigare år men ligger fortfarande över målet. När det gäller munhälsobedömning så behövs fortsatt arbete med rutiner kring detta.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Under början av 2020 introducerades en ny palliativ vårdplan samt utbildningstillfällen hölls kring användande av munhälsobedömningsinstrument



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

(ROAG). Utbildningsfilmer från Palliativt kunskapscenter har tillgängliggjorts via Lärtorget bla. film om munvård.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt arbete med rutiner kring munhälsobedömning.

ANTAL DOKUMENTERADE BRYTPUNKTSSAMTAL I SJUKHUSGEMENSAM LÄKARMALL

Datakälla: Qlikview

Målnivå: > fg år

Resultat: 59 st. 2020 (35 ST 2019)

Analys: Fler brytpunktssamtal har dokumenterats under 2020 vilket innebär att målet nåddes. Detta talar för en större kännedom om dokumentationsmallen för brytpunktssamtal. Dock är det svårt att dra några säkra slutsatser eftersom det inte finns några uppgifter kring för hur många patienter samtal borde ha hållits.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Utbildningstillfälle angående palliativ vård och dokumentationsmall för brytpunktssamtal har hållits.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Viktigaste åtgärden för ökad patientsäkerhet 2020.

Kommunikation kring och utbildningar i omhändertagande av patienter med Covid-19 (eller misstänkta fall) har varit de absolut viktigaste åtgärderna för ökad patientsäkerhet under 2020. Detta gäller allt ifrån skyddskläder, provtagningar, dokumentation och hygienrutiner till vårdandet/omhändertagandet av dessa patienter. Under vissa perioder har det dagligen tillkommit – och därtill ändrats i - nya riktlinjer och rutiner som förmedlats till personal på ett inte tidigare beprövat sätt. Samtliga medarbetare ur alla personalkategorier har på olika sätt medverkat till att bibehålla en hög kvalitet på vården trots alla snabba förändringar.



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

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 2019 jämfört med 2020: På kliniknivå är HSE-index 80 (2020) mot tidigare 78 (2019)

Analys: Bättre siffror övergripande på kliniken. Den parameter som är betydligt lägre (3,5) än de andra - men är ändå högre jämfört med förra året - handlar om patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Fördjupning i vad som avses med patientens delaktighet bör ske för att möjliggöra förbättringsarbete.

Planerat förbättringsarbete 2021: Handlingsplaner kommer att upprättas per enhet efter att resultaten presenterats i respektive personalgrupp.

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: Antal inrapporterade avvikelser 2020: 559 st. (662 ST 2019). Andel inrapporterade per anställd 2020: 40 % (181 individer). Föregående år var andelen 38 % (175 individer).

Analys: Antalet inrapporterade avvikelser har minskat jämfört med året innan. Detta kan till viss del bero på den ökade belastning som pandemin medfört. Dock har det skett en liten ökning avseende andel medarbetare som rapporterat in vårdavvikelser. Dessutom är det en aning jämnare spridning på antalet avvikelser per rapporterande medarbetare.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete på enheterna gällande återrapportering av avvikelser till personalen. Patientsäkerhetscontroller varit inbjuden på olika enheters möten för att tala om avvikelserrapportering och handläggning samt diskutera enhetens avvikelser.



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: Specifika möten/avsatt tid på möten gällande återkoppling av avvikelser på enheterna som inte ännu har det.

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: De flesta ärenden, oavsett var de har sitt ursprung, handlar om missnöje antingen med vården (behandling, uppföljning) eller väntetider, men också om bemötande och kommunikation. Ca en tredjedel av synpunkterna som inkommit via 1177 (5/16) är tack riktade till olika enheter på kliniken.

Analys: Endast vid enstaka fall har enskilda synpunkter från patienter rört allvarliga avvikelser som inte varit kända sedan tidigare. Dock bör ett mer systematiskt arbetssätt införas, där synpunkter från patienter följs upp (se förbättringsarbete 2021).

Genomfört förbättringsarbete 2020: Har inte genomförts p g a belastning relaterat till pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2021: På olika sätt tydliggöra informationsöverföring genom olika kommunikationsvägar relaterat till patienter och anhöriga för att få struktur på svaren och eventuella åtgärder.

RISKANALYSER

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

Resultat: De riskanalyser som har gjorts under 2020 omfattar främst arbetsmiljörelaterade frågor. I övrigt har det - under vissa tider dagligen – genomförts hastiga förändringar där regelrätta riskanalyser inte varit möjliga.

Analys: Under året har vi tvingats genomföra många snabba omställningar utifrån korta analyser relaterat till pandemin. Detta har medfört en del oförutsedda effekter som fått justeras



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

efterhand och tydliggjort behovet av noga riskanalys vid förväntade förändringar/omställningar. Under pandemin har detaljerade riskanalyser tyvärr fått stå tillbaka.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Utveckling av riskanalyser har fått stå tillbaka relaterat till pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2021: Riskanalyser gällande informationsöverföring (kommunikation och dokumentation) i olika led är prioriterat.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020: Den viktigaste åtgärden utifrån händelseanalyser är utbildning och diskussioner kring rimlighetsbedömning vid läkemedelshantering. Relaterat till pandemin har den inte genomförts i önskad utsträckning.

Planerat förbättringsarbete 2021: Ännu tydligare engagera de medarbetare som varit med om allvarliga händelser för att fånga upp medarbetarnas förslag på förbättringar. Fortsatt utbildning i rimlighetsbedömning avseende läkemedelshantering.

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

Målnivå > 68 % aktivitetsplan för riskpat Datakälla: Qlikview

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

Resultat: På verksamhetsområdet har **69%** av patienterna med risk för fall aktivitetsplan och **1,3 %** (98 st.) har fallit med eller utan skada (DSAB: 3,2%)

Analys: Uppnår med liten marginal målet för dokumenterad aktivitetsplan.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Fortsatt aktivt arbete med fallpreventiva åtgärder och information till patienterna om detta. Bland annat genom användande av fallriskmarkörer som påminner patienter och personal om fallrisk och också informerar andra VO:n vid t ex undersökningar.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fallombudsgrupp på kliniken arbetar gemensamt med fallpreventionsfrågorna (blev uppskjutet 2020 p g a pandemin).

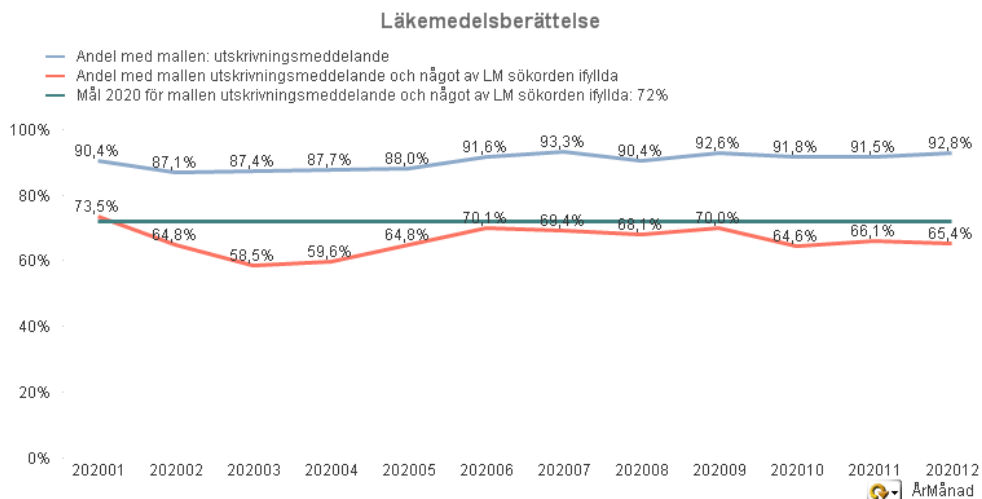


Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview Målnivå: >71 %

Resultat: 66,5 %



Analys: Resultatet ligger i nivå med de senaste årens resultat men målnivån har höjts 2020 så målet nås ej. En nedgång syns under mars-april vilket troligtvis är relaterat till pandemin.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Alla slutenvårdsenheter har nu implementerat åtgärdsbaserade fördefinierade texter för läkemedelsberättelser. Information till läkare är genomfört och en lathund som stöd vid journalföring är framtagen. Fördefinierade läkemedelstexter för ett antal nya åtgärder har också tillkommit under året.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

Resultat: VT 89 %, HT 64 %

Analys: Målet för screening avseende MRSA nåddes nästan vid vårens PPM-mätning men låg lägre vid höstens mätning. Under flera år har rutinen med en ansvarig person som dagligen journalgranskar för att identifiera patienter som behöver screenas tillämpats. Denna rutin har dock periodvis varit svår att upprätthålla med anledning av bemanningsläget.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Temamånad kring hygien samt resistenta bakterier har hållits. Mycket fokus hamnade dock på rutiner vid covidvård.



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, Mål:> 66%

Resultat: 79 % 2020 (71 % 2019)

Analys: Andelen medarbetare som vid observationerna desinfekterar händerna före patientkontakt ligger över målet och har ökat under 2020 jämfört med året innan. Detta är glädjande och kan eventuellt hänga samman med en ökad medvetenhet kring vikten av god handhygien för att minska risken för smittspridning i samband med pandemin. Samtidigt är det ett mindre antal medarbetare som har observerats så det är svårt att dra generella slutsatser.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Temamånad för hygien har genomförts under året med föreläsningar från vårdhygien, användande av hand-checkapparat samt dagliga frågor kring hygien som diskuterats på enheterna. Dessutom har riktade insatser gjorts kring hygienrutiner med anledning av covidvård vilket redan beskrivits.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsatt arbete med hygienmånader två gånger per år.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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

Resultat:

PPM VRI VT 2020

	Antal	Andel
Patienter med vårdrelaterad infektion	11	20.4% 11/54
Som uppstått till följd av vården på <u>sjukhuset</u>	9	16.7% 9/54
Med antibiotikabehandling för VRI	11	20.4% 11/54

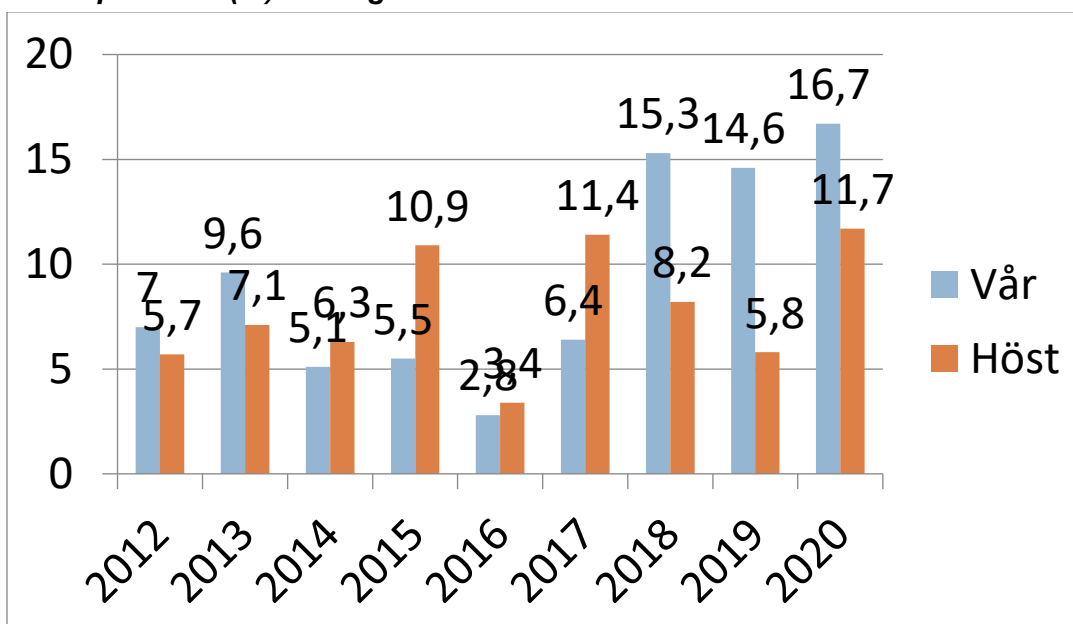
PPM VRI HT 2020

	Antal	Andel
Patienter med vårdrelaterad infektion	7	11.7% 7/60
Som uppstått till följd av vården på <u>sjukhuset</u>	7	11.7% 7/60
Med antibiotikabehandling för VRI	7	11.7% 7/60



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 egenförvärvad VRI kir-uro PPM 2012-2020



Analys: Andelen patienter med VRI på kir-uro kliniken varierar stort vid varje uppföljningstillfälle men ligger högt under 2020. Generellt kan sägas en opererande verksamhet oftast har en högre andel patienter med VRI jämfört med icke opererande verksamheter. En tendens ses att ett färre antal vårdplatser de senaste åren har medfört en större andel patienter med VRI vid PPM-mätningarna. Åren 2012-13 hade ca 90 respondenter i VRI-mätningen jämfört med 60 respondenter 2020. Dessutom opereras sjukare patienter idag än tidigare vilket troligtvis också påverkar VRI-resultaten.



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

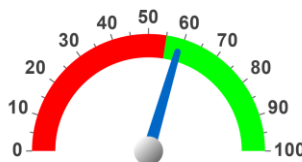
ANDEL PAT MED KAD RESPEKTIVE CENTRALVENÖS INFART SOM HAR DOKUMENTERATS I AVSEDD MÄTVÄRDESMODUL I TAKE CARE

Datakälla: Rapportor PPM, Målnivå < 54 %

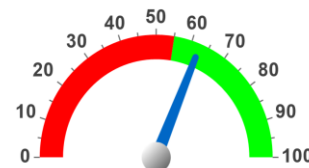
Resultat:

Andel patienter med KAD som har dokumenterats i avsedd mätvärdesmodul i TakeCare.

13/22= 59.1%



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



Andel patienter med KAD som har dokumenterats i avsedd mätvärdesmodul i TakeCare.

12/18= 66.7%



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



Analys: Andelen KAD samt CVI:er som dokumenterats i mätvärdesmodul ligger vid årets två PPM-mätningar över målnivån på 54 %. Önskvärt vore ändå att dokumentationen av in- och utfarter i mätvärdesmodul ökade ytterligare.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Plan för 2020 var att förenkla och därmed förbättra registreringen av KAD och CVI i TakeCare genom att bygga kopplingar från journalanteckning till mätvärdesmodul. Vi har dock avvaktat den regiongemensamma informatiklösningen för in- och utfarter som är beslutad och färdig för implementering. Den har dock pausats pga. pandemin.

Planerat förbättringsarbete 2021: Implementering av den regiongemensamma informatiklösningen för in- och utfarter i linje med sjukhuset plan för införande.



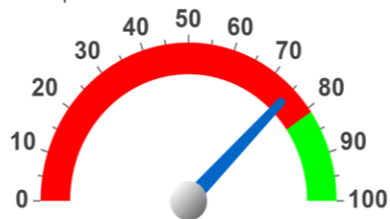
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD

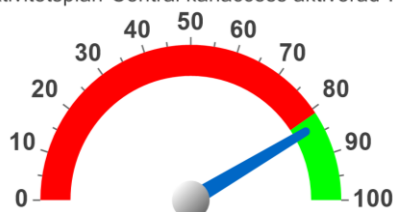
Datakälla: Rapportor, Målnivå 81 %

Resultat:

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



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



Analys: Andelen patienter med CVI som har en aktivitetsplan låg vid vårens mätning något under målet och vid höstens mätning precis över målnivån. Det talar för att det finns rutiner på plats att upprätta en aktivitetsplan även om det fortfarande finns förbättringar att göra.

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

Resultat: 1,1 % egenförvärvade kat 2-4 inkl A/B, aktivitetsplan 62 %

Analys: Målnivån på < 3% egenförvärvade trycksår kategori 2-4 nås däremot inte riktigt målet för andelen patienter med risk för trycksår med upprättad aktivitetsplan.

Genomfört förbättringsarbete 2020: En förenklad aktivitetsplan för dokumentation av mål och åtgärder har införts under hösten. Temamånad kring riskbedömning sår har genomförts och såransvarig sjuksköterska har hållit i flera utbildningstillfällen för medarbetare. I samband med temamånaden hölls även informatikföreläsningar.

Planerat förbättringsarbete 2021: Utvärdering av införd aktivitetsplan.



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

Resultat: Återinläggning 30 dagar: Kir 13 % 2020, Uro 14 % 2020, 7 dagar > 80 år: Kir 7,5 %, Uro 3,5 %

Analys: Resultatet ligger i nivå med förra året.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Arbete har pågått med framtagande av en strukturerad sökordsterm för att kunna registrera de patienter som kommer åter till verksamheten enligt rutinen för direktinläggning. På så sätt kan de bättre följas samt särskiljas från återinläggningarna.

Planerat förbättringsarbete 2021: Färdigställande av termen för direktinläggning i regiongemensam arbetsgrupp samt implementering av arbetssättet i verksamheten.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Qlikview Målnivå > 80% nutritionsbedömning

Resultat: 95 % nutritionsbedömda.

Analys: Andel patienter som nutritionsbedömts dvs. riskbedömts avseende undernäring har legat stadigt på en hög nivå under många år och rutinen har upprätthållits under 2020 trots det ansträngda läget som rått och att obligatoriska söktermer gjordes om till frivilliga under en del av året.

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

Datakälla: Qlikview Målnivå > fg år

Resultat: Finns ej tillräckligt kvalitetssäkrade data att redovisa.



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 KIR/URO

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 78 %

Resultat:

År	Antal pat	Andel < 4h
2018	25 059	40%
2019	25 075	31%
2020	21 645	37%

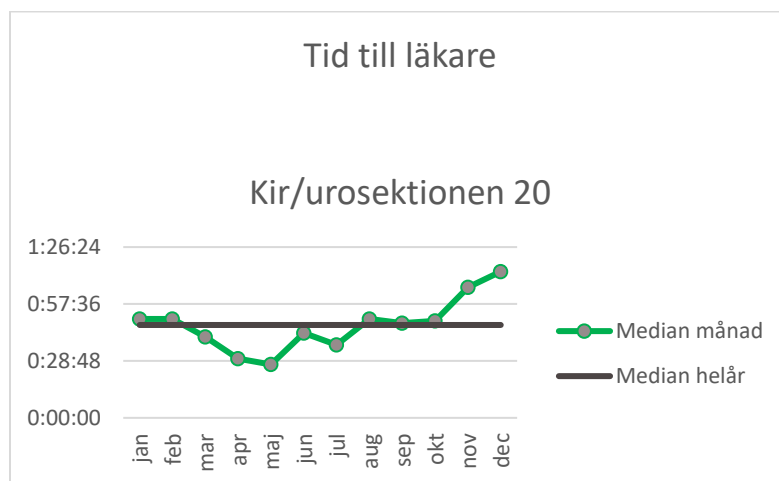


Analys: Vi har kommit närmare 4-timmarsmålet jämfört med året innan, men det är fortfarande en bra bit kvar. Resultatet är dock svårtolkat med tanke på ändrade förutsättningar under pandemin och ett generellt lägre antal patienter på akuten.

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING MÅLNIVÅ 40 MIN

Resultat: Median helår 47 min

Månad	Median månad
jan	0:50:00
feb	0:50:00
mar	0:41:00
apr	0:30:00
maj	0:27:00
jun	0:43:00
jul	0:37:00
aug	0:50:00
sep	0:48:00
okt	0:49:00
nov	1:06:00
dec	1:14:00





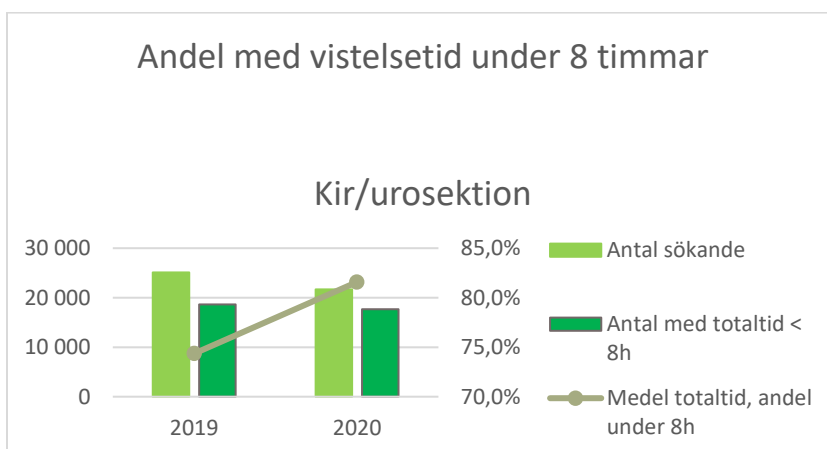
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Analys: Sett på hela året ligger vi här mycket nära målnivån <40 minuter, vilket är bra. Det är tydligt att väntetiderna var kortast under de första pandemimånader mars-maj då bemanningen var högre och patienterna färre.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM MÅLNIVÅ 95%

Resultat:

År	Antal sökande	Antal med totaltid < 8h	Medel totaltid, andel under 8h
2019	25 075	18 646	74,4%
2020	21 645	17 660	81,6%



Analys: Andelen patienter med vistelsetid <8 timmar var även denna kortare jämfört med föregående år. Återigen har det totala antalet patienter varit färre, vilket ökar förutsättningarna för snabbare handläggningstider. Siffrorna visar också att vi lyckats upprätthålla bra flöden trots pågående pandemi.



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 %

Resultat:

År	Antal 80+	Andel < 8 tim
2019	4350	66%
2020	3895	73%

Andel 80+ totaltid < 8h 2020

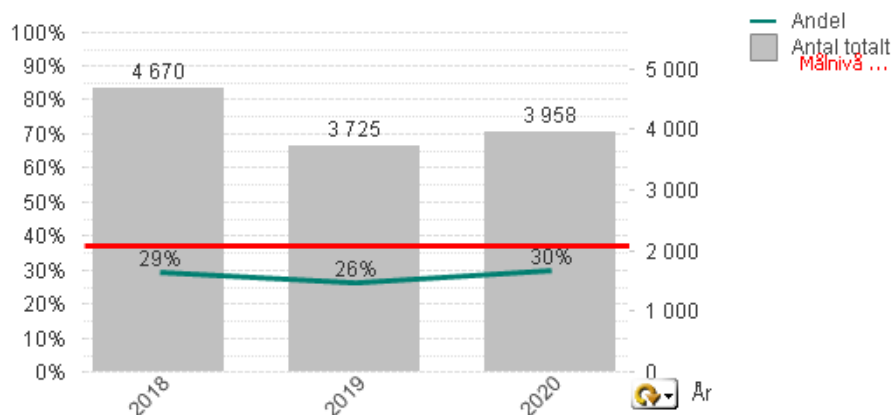


Analys: Detta viktiga mål är ju ännu inte uppnått, även om vi kommit närmare. Förhoppningsvis kan dessa siffror förbättras ytterligare när pandemin lagt sig.

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

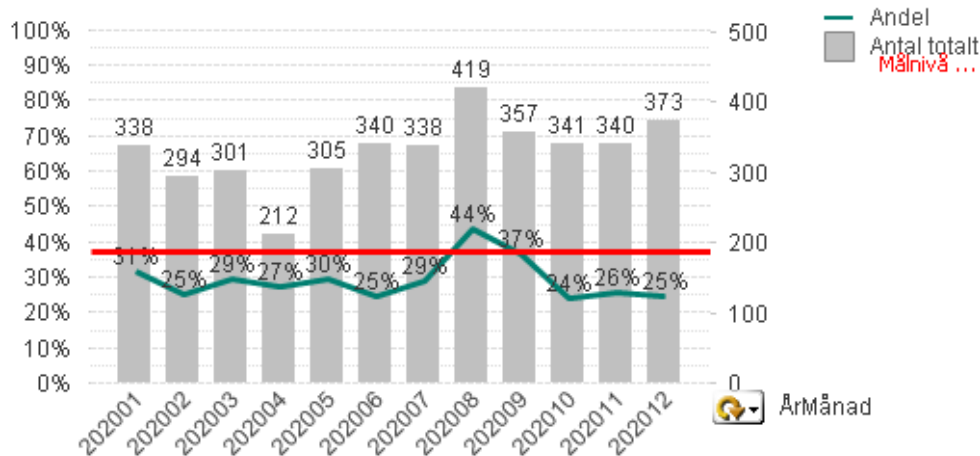
Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 36%

Resultat:





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



Analys: Dessa siffror är ännu inte tillräckligt bra. De visar att vårdplatser fortfarande är en bristvara på sjukhuset och att inläggningsprocessen kan effektiviseras ytterligare.

INTERNA/EXTERN REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Inga revisioner har genomförts 2020.

ÖVRIGT

För att säkerställa korrekt diktering spelade de medicinska sekreterarna in en film som lanserades under hösten. Efter detta har det skett en märkbar förbättring avseende diktaten. Nedan några exempel på detta:

- Fler diktat är uppdelade (tidigare dikterades ofta remisser, etc. i samma diktat som ex mottagningsbesöket)
- Tydligare information om vart remisser ska skickas
- Mallarna och sökorden följs bättre (man dikterar punkt för punkt)
- Lugnare och tydligare diktering
- Färre biljud, så som hummande etc.
- Dikteras tydligare när man önskar ändra/lägga till i tidigare sökord, dvs då sekreterare ska hoppa tillbaka i mallen

Filmen visas nu för läkarkandidaterna under utbildningen. Planen för 2021 är att lägga in filmen i Lärtorget.