



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

KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

VERKSAMHETSOMRÅDE: LOGOPEDKLINIKEN

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.

I samarbete med eHälsa har logopederna på slutenvården fått behörighet att skriva i TC på flera vårdenheter. Detta för att viktiga ordinationer gällande hur patienterna klarar av att äta och svälja mat ska finnas lättåtkomlig på respektive vårdenheter. Förhoppningen är att på detta sätt få följsamhet till ordination och undvika att patienter blir serverade konsistenser som kan äventyra deras hälsa.

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:** MSE-index var 77 jämfört med 79 år 2019.
- **Analys:** Största sänkningen finns på frågan "Min chefs chef ger förutsättningar för en säker vård". Covidsamtal har hållits med klinikkens medarbetare och där har framkommit att man önskat tydligare lokala riktlinjer för Logopedkliniken istället för sjukhusgemensamma. Vi har dragit slutsatsen att indexsänkningen för MSE som helhet till stor del speglar Covidläget.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Återgå till kommunikation kring patientsäkerhet så som det var planerat för 2020 (men som inte blev pga Covid-19). Genomgång av inkomna avvikelser och planerade åtgärder på APT.

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



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

Mål: Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser

- **Resultat:** Under året inrapporterades 55 vårdavvikelser vilket är färre än året innan. Majoriteten av avvikelserna handlade om att personal inom slutenvården inte följer logopedens ordinationer gällande konsistensanpassning. Övriga avvikelser rörde tolkavvikelser, administrativa misstag (såsom skanningsfel, att patienter hamnat på fel väntelistor osv.). Tydlig ökning av avvikelser där medarbetaren själv rapporterat misstag som denne har begått eller där man upptäckt brister i system/rutiner. Inga covid-relaterade avvikelser har inkommit.
- **Analys:** Liten mängd inrapporterade avvikelser under den tid som en stor del av medarbetarna hade andra arbetsuppgifter/befann sig i workshift. Under hösten ökade avvikelserrapporteringen igen. En orsak till minskningen är att pandemin gjort att tolkar ej kunnat bokas som vanligt till mottagningen, därav har inte heller lika många tolkavvikelser rapporterats.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under Covid-pandemin har fokus varit att medarbetarna ska fortsätta avvikelserrapportera. Förbättringsarbete har inte skett.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Återgång till och fortsatt uppmuntra diskussionerna kring patientsäkerhet på APT, klinikdagar etc.

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:** 6 st synpunkter har inkommit från 1177, det är en ökning med 5 ärenden jämfört med 2019. Inga enskilda ärenden från IVO eller Patientnämnden har inkommit.
- **Analys:** Vi har blivit bättre på att hänvisa patienter till att använda 1177 för sina ärenden vilket är en trolig orsak till ökat antal ärenden.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Klagomål diarieförs och kort kommentar samt diariern skrivs in patientens journal. När PSC berättade om hanteringen kring klagomål ledde det till att patientvägledarna kommer att undersöka ifall förfaringsättet ska bli sjukhusövergripande.



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:** När patienter ringer direkt till verksamheten och framför synpunkter/klagomål skrivs inte alltid en avvikelse. Vi kommer fortsätta att hänvisa patienter till 1177 alternativt själva föra in det inträffade i Händelsevis för att inte missa eventuella "trender" och möjligheter till förbättringsåtgärder.

RISKANALYSER

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

- **Resultat:**
 - Riskanalys gällande flytt av personal mellan enheter pga covid-19 har sammanställts tillsammans med Neurologkliniken.
 - Förenklad riskanalys gällande Teamsmöten med remitterter/skolor har tagits fram i dialog med informationssäkerhetssamordnare.
- **Analys:**
 - Berörda personer har informerats gällande rutiner, riktlinjer och regelbundna avstämningar har hållits.
 - Under covid-19 pandemin har inga återgivning på skolor kunnat genomföras. Teams-möten anses vara det i nuläget enda sättet att genomföra digitala möten förutsatt att man pratar "avidentifierat". Alltid Öppet fungerar inte om det inte är patienten själv eller en vårdnadshavare som loggar in.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Riskanalyserna och tillhörande underlag blir i sig förbättringsarbete när förslagen genomförs.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Arbeta för att förutse risker som skulle kunna leda till vårdskada och i förekommande fall ta fram Riskanalyser.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:** Representant från kliniken har deltagit i Händelseanalys på Södersjukhuset med anledning av att en patient satte i halsen då denne blivit serverad kost som ej motsvarade det som Logopedklinikens logoped ordinerat. Som följd av detta skriver nu logopederna direkt under



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

denna vårdenhet i TC för att övrig personal inte ska missa anteckningen som tidigare legat under "Internmedicin" dit logopederna hör.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Utbildningar planeras att hållas med vårdpersonal både på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus för ökad förståelse gällande sväljningssvårigheter.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor

- **Mål:> 66%**
- **Resultat:** 100%
- **Analys:** Klinikens miljöombud följde medarbetare på Oralmotoriskt Centrum och noterade en total följsamhet till hygienföreskrifter. Givet pandemin och oro för att själv smittas/smitta någon så har hygien och smittspridning diskuterats i en högre utsträckning än vanligt vilket tros ligga bakom resultatet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Hygienföreskrifter har gått igenom vid samtliga möten samt funnits lättillgängligt på intranätet.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatt arbeta för att alla ska vara lika följsamma, även när pandemin är över.

PATIENTUPPLEVD KVALITET

Redovisa resultat från **eventuellt** genomförda mätningar, öppen- och slutenvård Datakälla:

Rapportor, Touchpoint ev andra datakällor

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	78 % anser att de fått vara delaktiga	86 svar/311		



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

	den utsträckning du önskar?"	<p>12 % anser att de inte varit delaktiga 10% svarar "Ej aktuellt" (Rapportor)</p> <p>Den här formuleringen finns inte i Touchpoint. Finns: "Hade du önskat bli mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?": 47% Touchpoint kommer att sägas upp under 2021.</p>	utskickade (28%)		
Information och kunskap	"Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	<p>93% ansåg att de fått tillräcklig information 6% hade velat få mer information 1% svarar "Ej aktuellt" (Rapportor) Touchpoint: 82 %</p>	86 svar/311 utskickade (28%)		
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	<p>94% skulle rekommendera mottagningen 1 % skulle rekommendera mottagningen i viss mån 5 % svarar "Ej aktuellt" (Rapportor) Touchpoint: 86%</p>	86 svar/311 utskickade (28%)		

- **Mål:** Frågorna är omformulerade från föregående år. Formuleringen som låg i styrkortet överensstämmer inte med den formulering som ligger i kvalitetsbokslutet. Den enkät vi har skickat ut är därför inte rakt av jämförbar med Touchpoint-enkäten.



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:** Eftersom svarsfrekvensen för årets patientnöjdhetsenkät var låg ska resultaten tolkas med försiktighet men vi noterar dock att barnens upplevelse av delaktighet drar ner resultatet något jämfört med förra årets enkät. I övrigt är resultaten mycket tillfredsställande.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
 - Enkäter, gjorda i Rapportor, delades ut till fler patientgrupper än tidigare år. Följande diagnosgrupper fick enkäten:
 - Läs-, skriv- och räkneshjälpmedel
 - Dysfagi
 - Tal-, språk-, röst- och talflytsstörning
 - Medarbetarna var inblandade i mycket högre grad än de varit tidigare år med avseende på utformningen av frågorna i enkäterna. Det ledde till färre frågor och förenklade formuleringar.
 - Enkäterna kunde besvaras i pappersform eller genom QR-kod.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**
 - En vetenskaplig studie som undersöker barns upplevelse av att genomgå en utredning och hur delaktiga de känner sig pågå på kliniken. Utifrån resultatet av den studien hoppas vi kunna göra åtgärder som ska leda till att barnen känner sig mer delaktiga i mötet med logopeden.
 - Öka svarsfrekvensen med hjälp av förslag och idéer från medarbetare.
 - Konstruera enkätfrågorna så att de är anpassade för vilket besök som helst under vårdkontakten (nuvarande enkät delas endast ut efter avslutad utredning).

TILLGÄNGLIGHET

Vi ingår inte i Centrala väntetidsregistret (CVR). Manuell räkning visar dock att klinikens mottagningar i Jakobsberg, Lidingö, Åkersberga, Norrtälje samt Oralmotoriskt centrum och Dyskalkyli har väntetider på mellan 5-12 månader. När det gäller OMC och Dyskalkyli är orsaken en för låg beställning inom sjukhusavtalet. För övriga mottagningar beror väntetiderna på underbemanning pga rumsbrist.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERN REVISIONER OCH INSPEKTIONER

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

Inga interna eller externa revisioner/inspektioner har genomförts.



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

ÖVRIGT

Utökad frekvens av gemensam mottagning med tandläkare till var tredje vecka för att motsvara behovet.

Ny ÖNH-mott på sjukhuset öppnade i mars där logopedier från Logopedkliniken vid behov har gemensam mottagning med patienter som annars skulle ha behövt undersökas vid två tillfällen.

Under Covid-19-pandemin har vi inte kunnat genomföra besök som krävt kontakttolk, detta har gjort att flera barnpatienter fått sina besök avbokade. Kliniken var först ut att få tillgång till kontakttolk under hösten när pandemin minskade något. Läget är fortsatt besvärligt pga hög smittspridning.

Patienter som tillhör en riskgrupp/70 + har kunnat få sina besök omgjorda till digitala möten, men i de fall då patienterna inte haft tillgång till nödvändig utrustning har inte heller dessa besök kunnat genomföras vilket inneburit att de fått vänta på utredning och behandling

Logopederna som arbetar med utredning av dyslexi på logopedkliniken har arbetat fram och implementerat hur hjälpmedelsutprovningar ska genomföras och när förskrivning av hjälpmedel till patienter som är i behov av detta ska genomföras. Det nya vårdprogrammet skapades efter analys av insamlade data kring patienters användning av tidigare förskrivna hjälpmedel.

Dyslexi-teamet har också jobbat fram ett vårdprogram för utredning av läs- och skrivförmåga av vuxna flerspråkiga patienter. Logopederna har börjat arbeta utifrån det nya arbetssättet.

Dyskalkyli-teamet och dyslexi-teamet har under 2020 inlett ett samarbete för att kunna samverka kring utredningar som görs med dubbel frågeställning dyslexi/dyskalkyli.

Startat en FoUU-grupp på kliniken där doktorander och specialister ingår. Syftet med FoUU-gruppen är att implementera resultat från genomförda forsknings- och utvecklingsprojekt med klinisk relevans. Identifiera kliniska åtgärder där evidens saknas eller är bristfällig. Fem masterarbeten pågår. En medarbetare har blivit klinisk doktorand. Del i SPETS-projektet på KI.

Startat en ny språkförskoleavdelning, integrerad med 6 språkplatser tillsammans med Värmdö-kommun.

Språkförskolelogopederna har börjat erbjuda fld på språkförskolorna handledning i språkstimulerande strategier (HISS). Detta för att även fld som har fått in sina barn på språkförskolorna ska få fortsätta att "kompetensutvecklas mer praktiskt" och inte bara teoretiskt. Det hoppas vi ska minska glappet mellan det anpassade förhållningssätt som barnen möter på förskolan jmf med i hemmet.

Startat Språkprojektet i syfte att ge en mer evidensbaserad vård inom barns tal- och språk.



Danderyds Sjukhus

I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

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