



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: MEDICINSK SPECIALISTVÅRD

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

DIABETES TYP 1

Datakälla: NDR

1. Andel med HbA1C ≤ 70 mmol/mol (Målnivå 80%)
2. Andel med Blodtryck $\leq 140/85$.
3. Andel som gjort ögonbottenundersökning senaste två åren
4. Andel som gjort fotundersökning det senaste året

- **Resultat:** 1. HbA1c 84,2 % 2. Blodtryck 73,1 % 3. Ögonbotten 95,3 % 4. Fotundersökning 80 %
- **Analys:** Resultatet gällande HbA1c har sjunkit något sedan 2019; från 85,8 % till 84,2 % 2020 (kvinnor 43 %, män 57 %). Resultatet ligger dock över målnivå, riksgenomsnittet på 81,7% och Stockholm på 82,7%. Pga pandemin genomfördes närmast enbart imperativ vård 2020. Patienterna fick inte den uppföljningen och uppbackningen som de skulle ha behövt för att nå ett HbA1c på ≤ 70 mmol/mol.

Andelen patienter med välreglerat blodtryck har sjunkit under året; från 86,5 % 2019 till 73,1 % 2020 (54 % män, 46 % kvinnor). Detta innebär att resultatet hamnar under riksgenomsnittet 80,8 % och Stockholm 78,8 %. Pandemin har inneburit att fysiska besöken ändrades till digitala, vilket har gjort att blodtryckskontroller inte har kunnat kontrolleras och patienterna har undvikit att gå till sjukvården i onödan. Sedan några år finns ett standardiserat arbetssätt där undersköterskorna mäter blodtryck inför varje besök. För att minska fysiska kontakter under pandemin har detta lagts ner tills vidare. Det är känt att blodtryck taget av läkare är högre än av sjuksköterska eller undersköterska.

Andelen patienter som gör en ögonbottenundersökning de senaste två åren är hög; 95,3 % (56 % män, 44 % kvinnor), vilket ligger en bit över riksgenomsnittet på 86,8% och Stockholm 90,8%.

Andel patienter som gjort fotundersökning det senaste året är 82 % (58 % män, 42 % kvinnor). Det är högre än riket i genomsnitt där 68,4% och motsvarande 66,7% i Stockholm gjort en sådan undersökning.



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

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under 2020 har det funnits minskade möjligheter att arbeta enligt standardiserade metoder där det blivit fler digitala kontakter än tidigare. Långtidssjukrivningar och uppsägningar har påverkat produktionen negativt.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Under 2021 hoppas verksamheten kunna återgå till rutiner och därmed nå högre följsamhet förutsatt att fysiska besök är möjliga och det finns tillgänglig personal.
Verksamheten fortsätter som tidigare remittera patienter till ögonmottagningen. Det mest optimala vore ifall ögonmottagningar själva tog över ansvaret och bokade patienter på sina väntelistor istället för att vänta remiss årligen från diabetesmottagningar. Detta framkallar onödigt administrativt arbete.

SJÄLVDIALYSPROCESSEN-ANDEL PATIENTER I SJÄLVDIALYS

- **Mål:** >27%
- **Resultat:** 28 %
- **Analys:** Det pågår ett omfattande arbete med att informera patienter om att självdialysbehandling och då främst peritonealdialys (PD) eller hem-hemodialys (HHD) är förstahandsalternativet, självhemodialys på dialysenhet andrahandsalternativ och att assisterad dialys är förbehållet dem som inte kan sköta sin dialys själva. Man kan inte välja assisterad dialys om man har förmågan att själv lära sig. Detta innebär bland annat att samtliga patienter bedöms via peritoneal- eller självhemodialysmottagningen gällande individuell potential att utföra behandlingen själv.

Under 2021 har antalet Hem-HD patienter ökat och vid årsskiftet var det 15 patienter som ansvarade för sin bloddialysbehandling i hemmet. Fler patienter tränar för hem-HD jämfört med 2019 och fortsatt ökning av antalet Hem-HD förväntas under 2021. Några patienter har transplanterats under året. Träningstakten har ökat efter att hem-HD-enheten flyttade från Kupolen till hus 10. Många patienter måste tränas per år för att upprätthålla 15 Hem-HD-patienter och ännu fler för att öka antalet.

PD-verksamheten är mycket aktiv med många träningar under året. Många patienter har varit svårt sjuka. Flera patienter har bytt behandlingsregim från PD till HD och i första hand Hem-HD.

Utvecklingen av självdialys har i viss mån begränsats av Covidpandemin då information om egenvård via njursviktssjuksköterskorna har behövt pausas när personal stöttat i covidvården.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Predialysmottagningen startade under 2020. En gång per månad har vi behandlingskonferens där planering för bra dialysstart görs. Patienter med GFR



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

<15 ml/min och progress flyttas över från mottagningen i hus 15 till Predialysmottagningen i hus 10. Patienter som närmar sig dialysstart kan på det viset oftare komma på läkarbesök och samtidigt skapa kontakt med sköterskor på blivande behandlingsenhet, dvs PD- eller Hem-HD-sköterskor. Patienter som närmar sig dialysstart får lättare kontakt med PAS och PAL vid problem eller tilltagande symtom. Att PD- och Hem-HD-enheten ligger i samma byggnad är en stor fördel, bland annat underlättar det för patienten att fortsätta med hembehandling vid byte av behandlingsregim.

En annan framgång för klinikens satsning på själv- och hembehandling var invigningen av självdialysenheten på Löwetalysen under året. Vid årsskiftet var det 6 självständiga själv-HD-patienter på Löwet och det förväntas öka till >10 under 2021. Målet är att öka dialysens öppettider för att patienterna ska få möjlighet till flexibla dialystider.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Öka antalet Hem-HD-träningar och att antalet patienter med Hem-HD stiger till 18-20. Fokus för PD-gruppen är att fortsätta träna många patienter och särskilt fokus på att träna fler kvinnor för PD-behandling. Vid årsskiftet var andelen kvinnor i PD 24% och andelen kvinnor med själv- eller hem-HD 48%. Fortsätta med nära samarbete med Självdialysenheten på Löwets dialysenhet där rörligheten mellan själv-HD och hem-HD patienter ska vara stort för bästa rekryteringen till Hem-HD samt för utökad träningskapacitet.

NJURSVIKTSPROCESSEN-BLODTRYCKSKONTROLL VID ALBUMINURI

- **Mål:** >32%
- **Resultat:** 49 %
- **Analys:** Andelen patienter som har ett välreglerat BT $\leq 130/80$ vid samtidig albuminuri har ökat från 32 % till 49 % (63 % män, 37 % kvinnor). Under 2020 har njurmottagningen inte ändrat sitt arbetssätt, men troligtvis har de arbetssätt, framför allt ökad information till personal och patienter, som tidigare införts ökat medvetenheten och därmed har fokus och energi lagts på att bättra blodtryckskontrollen. From 2020 har åldersgränsen ändrats från <80 år till <70 år, vilket kan påverka siffrorna.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under 2020 har njurmottagningen dessvärre pga. pandemin haft begränsade möjligheter att bedriva utvecklingsarbete och preventivt arbete. De har arbetat vidare med gamla arbetssätt som succesivt givit förbättrade resultat.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Om det finns förutsättningar under senvåren eller hösten 2021 planeras patienter bjudas in till ett seminarium om hypertoni vid njursjukdom och albuminuri.

STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP CANCER-



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 MALIGNT MELANOM SOM ERBJUDS KONTAKTSJUKSKÖTERSKA VID DIAGNOSÖVERLÄMNING

- **Mål:** >49 %
- **Resultat:** 55 %
- **Analys:** Under 2020 arbetades det aktivt med återbesök med kontaktsjuksköterska men pga. Covid-19 pandemin var många återbesök, som gällde äldre patienter, tvungna att göras om till telefontider istället. Viss personal var tjänstledig och även uthyrd till andra avdelningar på sjukhuset då det var ont om sjuksköterskor i framför allt slutenvården. Dessutom var flera sjuksköterskor sjukskrivna under året. Vidare kan kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor ha brustit. Läkarna missar i en del fall att boka in kontaktsjuksköterska vid diagnosutlämning.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under början av året identifierades ett behov att utveckla struktur för ett arbetssätt kring patienten med fokus på personcentrering (affektivt stöd) vid diagnosöverlämning och vidare uppföljning i vårdkedjan. Vidare behövdes säkra data genom att göra medarbetarna medvetna om vikten av korrekt dokumentation.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Under 2021 kommer rutinerna ses över ytterligare. Målsättningen är att öka kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor och införa tydliga rutiner vid diagnosöverlämning.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

Redovisa täckningsgrad i registret, andel patienter med utförd validerad smärtskattning samt andel pat med utförd munhälsobedömning

- **Målnivå:** Täckningsgrad >70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning >52%, munhälsobedömning >62%
- **Resultat:** Täckningsgrad 80 %, andel patienter med utförd validerad smärtskattning 25 %, munhälsobedömning 58 %
- **Analys:** Täckningsgraden i svenska palliativregistret har sjunkit från 90,2 % 2019 och till 80,4 % 2020; vårdavdelning 1 95,2 % (94,4 % 2019); vårdavdelning 92 65 % (89,5 % 2019); vårdavdelning 93 80 % (85,7 % 2019). Då både vårdavdelning 92 och 93 har vårdat en annan patientgrupp än tidigare relaterat till Covid, behövs journalgranskning för att kunna avgöra om patienterna avlidit på avdelningen eller på en högre vårdnivå, vilket kan bidra till den minskade täckningsgraden lokalt med inte på sjukhusnivå.

Andelen patienter med utförd validerad smärtskattning når inte upp till målnivå; resultatet på 25 % 2020 innebär en minskning från 55,6 % 2019. Samtliga enheter har minskat andelen



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

dokumenterad smärtskattning; avdelning 1 från 77,8 % 2019 till 36,4 % 2020, avdelning 92 från 54,5 % 2019 till 25,0 % 2020 samt avdelning 93 från 28,6 % 2019 till 0 % 2020. Minskningen kan troligen bero på att det inte varit fokus på smärtskattning under året.

Andel genomförd munhälsobedömning var 58,3 %, vilket är en förbättring mot 2019 då 45 % bedömdes. Både vårdavdelning 1 och 93 har förbättrat sitt resultat; avdelning 1 från 33,3 % 2019 till 63,6 % 2020 och avdelning 93 från 29 % 2019 till 60 % 2020. Vårdavdelning 92 nådde 73 % 2019 och landade 2020 på 50 %.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under 2020 har avdelning 92 och 93 ändrat på sina rutiner gällande registrering i kvalitetsregistret; tidigare låg ansvaret på chefer att registrera dödsfallen efter att läkarsekreteraren fått in underlag om ett dödsfall. Nu registrerar den patientansvariga sjuksköterskan i palliativa registret. På vårdavdelning 1 fyller ansvarig sjuksköterska i formuläret, men vårdsamordnaren registrerar i registret samt kontrollerar att samtliga dödsfall registreras.

Vårdavdelning 1 hade en planerad kompetenssatsning avseende munhälsa, vilket har skjutits på framtiden relaterat till Covid. Dock har samtliga medarbetare erhållit en pennlampa för att lättare kunna se in i munhålan i samband med bedömning och omvårdnad.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** För att driva gemensamma frågor i slutenvården behöver verksamhetsområdet en palliativ grupp med representanter från alla avdelningar och gärna olika professioner. Det har kommit upp som ett förslag tidigt under 2020, men det har inte varit möjligt att starta ett under rådande omständigheter. Ett av de främsta uppdragen får bli att säkra data, dvs få upp täckningsgraden och sedan att dokumentera utförd validerad smärtskattning och munhälsobedömning. De ändrade arbetsrutinerna kring registrering i kvalitetsregistret på avdelning 92 och 93 får utvärderas om det behöver justeras för att säkerställa dataregistrering under 2021.

ANTAL DOKUMENTERADE BRYTPUNKTSSAMTAL I SJUKHUSGEMENSAM LÄKARMALL

Datakälla: Qlikview

- **Målnivå:** >fg år, dvs >112
- **Resultat:** 128
- **Analys:** Antalet dokumenterade brytpunktssamtal enligt den sjukhusgemensamma dokumentationsmallen fortsätter att öka, nu 128 stycken mot 112 2019. Flest upprättas inom slutenvården, totalt 115 stycken; vårdavdelning 1 64 stycken (49 2019), avdelning 92 33 stycken (28 2019) samt vårdavdelning 93 18 stycken (30 2019). Inom öppenvården skrevs 2019 5 stycken och nu 2020 13; Diagnostiskt centrum 1 (1 2019), Löwetdialysen 2 (1 2019), DS dialysen 4 (0 2019) samt njurmottagningen 6 (3 2019).



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

Vårdavdelning 93, som vårdat andra specialiteter än vanligt detta året mot tidigare relaterat till Covid, drar själva slutsatsen att detta kan ha påverkat antalet genomförda brytpunktssamtal. Journalmallen finns tillgänglig på VOts samtliga enheter förutom hudmottagningen där behov inte har identifierats.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** De tidigare fasta ronderna på avdelning 92 och 93 med palliativa teamet sker nu vid behov efter att läkargruppen bland annat haft föreläsningar i palliativ vård.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Strävan mot att den palliativa processen startar tidigare, gärna redan i öppenvården, finns. Diskussion behöver föras i läkargruppen hur vi under 2021 kan öka antalet brytpunktssamtal.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.

Njurmedicinska kliniken

- Njurmedicinska kliniken viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020 har på alla enheter handlat om Covid-19 relaterade åtgärder. Anpassning av lokaler, utbildningsinsatser i skyddsåtgärder vid risk för smitta och triage i entréer på mottagningarna för temperatur- och symptomkontroll har varit generella på kliniken. Dialysen på Danderyd har arbetat med separata flöden, egna ingångar för de Covid-19 positiva patienter som dialyserats där. Vårdavdelningen har arbetat med åtgärder mot smittspridning och har tillsammans med hygienläkare, hygiensjuksköterskor och Smittskydd Stockholm arbetat fram en åtgärdsplan.

Reumatologmottagningen

- Jobbat med att minska köerna till mottagningsbesök genom kvällsmottagningar
- Förbättrad CVR från 48% till 99%

Endokrin

- Ökad sjuksköterskebemanning på slutenvården.
- Inom slutenvården lyfts omvårdnadsrisker dagligen tidigt på morgonen.
- Antal överläkare på slutenvården ökad från en till två.
- Ökad följsamhet till basala hygienrutiner.
- På öppenvården erbjuds alla patienter video- eller telefonbesök istället för fysiska.
- Vi har förbättrat preoperativa rutiner inför operation; det finns ett nytt PM, det görs obligatorisk journalanteckning för ID-märkning och personal fyller i en check-lista.



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

- Under sommaren lyckades vi hålla vårdplatser öppna samt hade eftervårdsplatser med hjälp av läkemedelsdelande underläkare vilket utöver patientsäkerheten även ökade arbetsmiljön till ordinarie personal då semestrarna kunde beviljas.

Hudmottagningen

- Fortsatta frekventa patientkonferenser för verifiering av diagnoser och säkerställning av adekvat medicinsk behandling. Regelbundna genomgångar av aktuella medicinska riktlinjer/vårdprogram. Fortlöpande patologkonferenser en gång per vecka.

Gastro

Under 2020 har arbetet på Gastrosektionen genomsyrats av covidvård. Vårt arbete har anpassats utifrån sjukhusövergripande vårdbehov som har uppstått under pandemin. För att upprätthålla patientsäkerheten har vi satsat på utbildningsinsatser både relaterat till förändring av vårdbehov samt i skydds-förebyggande åtgärder. Gastrosektionen har under pandemin samtidigt bibehållit gastromottagningens dagvårdsverksamhet, upprätthållit patientflödet, ökat tillgängligheten på tele Q samt förändrat arbetssätt i 1177 för att underlätta sjukvårdskontakten för sektionens patienter.

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

Njurmedicinska kliniken

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** Njurmedicinska kliniken har totalt sett samma resultat gällande hållbart säkerhetsengagemang i medarbetaruppföljningen som 2019 med ett HSE - index på 79. Index för Danderyds sjukhus år 2020 är 76. Klinikens medarbetare upplever fortsatt att de kan påtala när något är på väg att gå fel, att man vågar prata om sina misstag och att man blir bra bemött på sin arbetsplats när man behöver hjälp. Klinikövergripande kommer vi att fortsätta arbeta med frågan om och hur vi erbjuder patienterna att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.
- **Analys:** Analys av resultaten får anstå tills alla enheterna haft möjlighet att gå igenom enkäten med medarbetarna. Tidigare planerade förbättringsåtgärder från 2020 har delvis inte kunnat införas eller fullföljas under rådande omständigheter.



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

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Att återuppta de planerade förbättringar från 2020 som fortsatt är aktuella efter genomgång av resultatet från senaste mätningen.

Reumatologmottagningen

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** Inget tillgänglig resultat 2019 p.g.a. chefsbyte, 2020 = 75
- **Analys:** Har inte hunnit analysera/planera arbete pga. Covid-19 och utlånade personal.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Kommer att utföra analys samt påbörja förbättringsarbete under året.

Endokrin

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:**
- **Analys:** Pga. Covid-19 pandemin är detta förflyttad till nästa år.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Kommer att arbetas med under 2021

Hudmottagningen

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** HSE-index för 2020 för hudkliniken är 73, en nedgång jämfört med 2019 års resultat som var 78. Index för Medicinsk Specialistvård 2020 är 79 (index för DSAB 2020 är 76)
- **Analys:** Hudkliniken har haft ett år med osäkerhet, förändringar i organisationsstruktur, bemanning och ledarskap ovanpå pandemin som har inneburit att många periodvis har haft en annan placering och dess kraftiga påverkan på arbetssituationen för medarbetare där flertalet blev omplacerade har säkerligen bidragit till nedgången av HSE-index
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** När sjukhuset/Hudmottagningen åter är i "normalläge" finns bättre förutsättningar för identifiering av områden/aktiviteter för utveckling/förbättring.

Gastro

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** HSE-index för 2020 för gastromottagningen är 85, jämfört med 2019 års resultat som var 83. Index för Medicinsk Specialistvård 2020 är 79 (index för DSAB 2020 är 76). HSE-index 2020 för avdelning 92 var 80. År 2019 delades HSE-index in i yrkeskategorierna sjuksköterskor och undersköterskor vilket var 83 respektive 80.
- **Analys:** Från förra årets mätning är det ingen större skillnad. I gastromottagningens grupp finns det subgrupper i form av chefer och omvårdnadspersonal, vilket kan påverka resultatet. HSE-index 2020 och 2019 för avdelning 92 är tyvärr inte jämförbara eftersom indelning gjordes 2019.



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:** Under 2021 kommer resultatet få diskuteras i varje arbetsgrupp.

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

Njurmedicinska kliniken

- **Resultat:** Vid Njurmedicinska kliniken har antalet inrapporterade avvikelser minskat med nästan 23 % under 2020. Det innebär att antalet skrivna avvikelser per anställd har minskat från 3,4 2019 till 2,6 2020. Inom dialysverksamheterna är det flest avvikelser gällande läkemedel och behandling. Fall är fortsatt den mest frekventa avvikelserna på vårdavdelningen, patientgruppen som vårdas är multisjuk och har därmed en ökad risk för fall.
- **Analys:** Minskningen av rapporterade avvikelser är spridd över alla enheter. Om den här minskningen är relaterad till pandemin får framtiden utvisa men det finns anledning att tro att stress och tidsbrist minskat benägenheten att skriva rapporter. Den enhet som för närvarande rapporterar flest avvikelser på kliniken arbetar med Gröna Korset och där har man legat på ungefär samma antal avvikelser/år sedan 2017.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Varje enhet uppmuntrar medarbetare att skriva avvikelser och arbetar aktivt med inrapporterade avvikelser. De presenteras för medarbetare och/eller lyfts på APT eller i liknande forum. Skrivna avvikelser leder till förändringar i arbetssätt och uppdatering av riktlinjer så de anpassas efter aktuell vårdssituation. Dialysenheterna har arbetat med att förbättringar kring kärlaccesshanteringen bland annat gällande dokumentationen kring accesser och de har även arbetat med flödet kring accessoperationer för att förbättra både för personal och patienter. Roslagsdialysen fortsätter arbeta med gröna korset och uppföljning av avvikelser. De har bland annat skapat elektronisk kalender för att systematisera bokning av ronder och arbetat med checklistan för självdialys. Avdelningen har arbetat mycket med förbättringar gällande Covid-vården, rutinförbättringar till exempel gällande njurbiopsi tillsammans med mottagningen och med ny



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

preoperativ checklista och ändrat arbetssätt tillsammans med anestesi/operation. Sårkompendium har utarbetats efter avvikelser gällande sårbehandling. Läkargruppen arbetar mycket med en stöttande kultur i arbetsgruppen. De diskuterar skeenden och förlopp, inte inblandade individer, för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för patientsäkerhetsarbetet.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**
 - Att på respektive enhet fortsätta lyfta patientsäkerhetsarbetet.
 - Följa upp de förbättringsarbeten som startade under 2020

Reumatologmottagningen

- **Resultat:** Totalt 7st
- **Analys:** Gällde minskad tillgänglighet och TeleQ under våren
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Ökat bemanningen i TeleQ 1–2 dagar i veckan med god effekt.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatt arbete enligt 2020

Endokrin

- **Analys:** Vi har haft många fall på slutenvårdavdelning och vi kommer att fortsätta arbeta med detta under kommande året. Vi har rutiner för att försöka undvika fall; vid varje patient upprättas riskbedömning och åtgärdsplan. Patientklientelet på avd 93 är äldre vilket ökar risk för fall.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Vi fortsätter göra vårt bästa, uppmärksamma problematiken samt nu har vi ökad personaltätheten. Så länge vi inte kan bemanna varje patientrum konstant med personal kommer problemet inte att hindras helt.

Hudmottagningen

- **Resultat:** Få rapporterade vårdavvikelser (5), ingen negativ händelse.
- **Analys:** En orsak till den låga siffran inrapporterade vårdavvikelser kan vara minskad verksamhet på grund av rådande pandemi.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Vårdavvikelserna har presenterats och grundligt diskuterats på APT.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatt planering kommer att ske utifrån inkomna avvikelser under 2021.

Gastro



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

- **Resultat:** Vårdavvikelser på gastromottagningen och avdelning 92 berör i största utsträckning läkemedelshantering, patientflöde och fall.
- **Analys:** Gastromottagningen: behov av riktlinjer för läkemedelshantering. Avdelning 92: Behov av förankring och att synliggöra områden som avvikelserna gäller
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Gastromottagningen: två avvikelser handlar om förväxling av läkemedel. För att säkerhetsställa läkemedelshanteringen har en checklista har arbetats fram, är en inarbetad rutin. Avdelning 92: Föreläsningar och förankring av riktlinjer gällande specifika omvårdnadsåtgärder, exempelvis vid ascitesdrainage. Arbeta med fallprevention genom regelbunden avstämning av fallrisk. Synliggjort patientflödet med avstämningar i hela arbetsgruppen med hjälp av översyn av mötesstruktur.

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.

Njurmedicinska kliniken

- **Resultat:** Njurmedicinska kliniken har under året fått 2 ärenden via 1177, 4 PaN-ärenden och ett enskilt ärende via mail som gällt information i samband med smittspårning av Covid-19.
- **Analys:** Synpunkter på vården som inkommer från patienter eller närstående hanteras och besvaras i första hand skriftligt av respektive chef och/eller klinikchef. I vissa fall följs det skriftliga svaret upp av ett telefonsamtal från patientsäkerhetscontroller. Patient och/eller närstående erbjuds om möjligt ett möte på sjukhuset för att prata igenom aktuell händelse.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
 - Genomgång av rutiner för hantering och diarieföring av inkomna brev har lyfts på kliniken.
 - Förstärkning av smittspårningsresurs och förtydligande på informationsbrevet vem avsändaren är.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Att öka kunskapen hos klinikkens medarbetare gällande att rapportera muntliga synpunkter från patienter och närstående i Händelsevis.

Reumatologmottagningen



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

- **Resultat:** Totalt 6st
- **Analys:** Gällde fram för allt önskan om läkarbyte eller klagomål på enskild resurs/besök/bedömning.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Patienten har besvarats direkt. Inga förbättringar har varit aktuella.

Endokrin

- **Resultat:** Det PAN-ärendet som fanns är avslutad och var ej av karaktär som kräver förbättringsarbete.

Hudmottagningen

- **Resultat:** 1 PaN ärende inkommit samt ett från IVO (gällande journalförstöring)
- **Analys:** Antalet synpunkter på vården lägre jämfört med 2019
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Synpunkter har presenterats och diskuterats på APT
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Synpunkter och myndighetsärenden presenteras och diskuteras på APT och personalmöten för att främja användningen av patient/närståendes synpunkter i verksamhetens förbättringsarbete

Gastro

- **Resultat:** 1 IVO ärende och 4 person/enskilda ärenden.
- **Analys:** Inget ärende har varit av karaktär som lett till förbättringsarbete

RISKANALYSER

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

Njurmedicinska kliniken

- **Resultat:** Njurmedicinska kliniken påbörjade en riskanalys under 2020 som gäller flytt av medicinska behandlingar från mottagningen till dialysmottagningen på Danderyd.
- **Analys:** Denna riskanalys var tvungen att avbrytas på grund av att personal och lokaler behövde användas för Covid-19 relaterat arbete.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Det uppföljningsarbete som var planerat har under rådande omständigheter inte kunnat slutföras.



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:** Bevaka och följa upp åtgärder som är fortsatt aktuella från tidigare riskanalyser.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

Njurmedicinska kliniken

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:** En händelseanalys initierad 2020 som kommer att slutföras under 2021.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Att synliggöra dokumentation och uppföljning av planerade åtgärder från förbättringar, utredningar och händelser.

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

Målnivå >68 % aktivitetsplan för riskpat Datakälla: Qlikview (riskapp)

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

- **Resultat:** 80 % (vårdavdelning 92 och 93) och 69 % (vårdavdelning 1) upprättar aktivitetsplaner för fallriskpatienter
3,6 % (avd 92 och 93) och 3,3 % (avd 1) av patienterna har fallit, med/utan skada under aktuellt vårdtillfälle.
- **Analys:** Andelen aktivitetsplaner som tas ur QlikView baseras på en daglig uppdatering, vilket speglar verkligheten bättre än PPM. Utifrån PPM hade 56 % av fallriskpatienterna ordinerade åtgärder i form av en aktivitetsplan 2019 för de aktuella vårdavdelningarna. Tidigare har vårdavdelning 1 analyserat varje fallavvikelse för en djupare förståelse och underlag till fallförebyggande arbete. Det visade sig att fallen är vanligare nattetid och tidig morgon när bemanningen är som lägst och därmed lägst närvaro hos patienterna. Liknande har avdelning 92 noterat; att de flesta fallen hade kunnat undvikas om en medarbetare hade varit närvarande då patienterna många gånger fallit relaterat till nedsatt kognitiv funktion. Fallavvikelser skrivs för med underlag för närmare analys. Vårdavdelningarna arbetar på liknande sätt med att riskbedöma och ordinera åtgärder. Vid identifierad risk informeras omvårdnadspersonalen muntligen inför sitt arbetspass om föreliggande risk. Patienterna märks med den sjukhusgemensamma rosa armbandet samt att vårdavdelning 92 och 93 märks sängen med en rosa rondel, vilket även är en sjukhusgemensam markering. Den muntliga rapporteringen har inte varit lika tydlig i samband med att uppstartsmöten på avdelning 1 under hösten relaterat till utbrott av Covid. Andelen patienter som faller ligger i nivå med 2019; avdelning 1 3,4 % och den förra medicinkliniken, där avdelning 92 och 93 ingick, 3,3 %.



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

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under året har vårdavdelning njurmedicin 1 börjat använda sig av riskappen under veckodagarna för att få en jämnare återkoppling om följsamheten till rutinen att riskbedöma och dokumentera åtgärder hos riskpatienter. Vårdavdelning 92 och 93 har under året valt att inte använda sig av appen relaterat till tidigare buggar i appen och ojämn uppdatering.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Daglig användning av riskappen i QlickView uppmuntras trots att det fortfarande finns mindre utvecklingspunkter i applikationen. Den erbjuder trots detta ändå ett tillräckligt stöd för att öka följsamheten och kunna återkoppla till enskilda medarbetare.
Rutinen behöver etableras vidare på vårdavdelning 1 under 2021 då de personer som haft åtkomst till riskappen delvis har bytts ut.

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlickview Målnivå: >71 %

- **Resultat:** 76,8 %
- **Analys:** Andelen patienter som erhåller en läkemedelsberättelse i samband med utskrivning från VO Medicinsk specialistvård har minskat från 80,3 % 2019 till 76,8 % 2020 som helhet. Variationen mellan de tre vårdavdelningarna skiljer sig dock; avdelning 93 har ökat från 83,0 % 2019 till 84,1 % 2020, avdelning 1 har ligger kvar på cirka 80 procent (80,1 % 2019 mot 79,4 % 2020) och avdelningen 92 har minskat från 77,1 % 2019 till 65,5 % 2020. Minskningen på vårdavdelning 92 förklarar som troligen Covidrelaterad då det skedde en markant minskning av andelen LMB mars/april samt oktober/november då avdelningen helt eller delvis var omställd som Covidavdelning.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förutom återkoppling om resultat och regelbunden diskussion på läkar-APT informeras randande ST-läkare om rutinen med att delge patienten en läkemedelsberättelse i samband med utskrivning.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Arbetet planeras att fortsätta på liknande sätt som 2020 där tertialresultat får återkopplas till respektive läkarchef.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

- **Resultat:** 75 %
- **Analys:** Vårens PPM ställdes in på grund av Covid medan höstens mätning genomfördes. Resultatet visar att 75 % av riskpatienter med riskfaktorer för MRSA hanterades korrekt



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

enligt vårdprogram, vilket ligger i nivå med 2019 där resultatet var 77 %.

Vårdavdelning njurmedicin 1 minskade sin hantering från 67 % 2019 till 60 % 2020, vårdavdelning 92 minskade från 86 % 2019 till 50 % 2020 samt vårdavdelning 93 låg kvar på ungefär samma nivå (93 % 2019 mot 89 % 2020).

Andelen riskfaktorer för MRSA har inte ökat på dessa tre avdelningar under 2019 och 2020 utan ligger kvar på nivå eller har minskat. Detta innebär ett observandum till 2021 där följsamheten bör öka.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Årets förbättringsarbete skulle ske utifrån vårens PPM eftersom en mätning innebär en möjlighet till samtidig analys av de journaler som granskas. Eftersom vårens mätning uteblev föll även fokus på följsamheten av ARB-odlingar.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Vårdavdelning 1 och 92 behöver ha extra fokus på att odla riskfaktorer för MRSA under 2021, vilket bland annat kommer att innebära fortsatt användning av riskappen på daglig basis. Varje PPM innebär också en möjlighet till djupdykning avseende journalgranskning. Vidare diskussion behöver föras om det behövs kompetenssatsningar eller annan åtgärd beroende på var det brister.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor

- **Mål:** >66%
- **Resultat:** 68 %
- **Analys:** Vårens PPM BHK hann genomföras av Dialysmottagningen Danderyd samt Roslagsdialysen innan Covid drog igång. Resultatet landade på en följsamhet på 85 % gällande handdesinfektion före patientkontakt.

Njurmottagningen arrangerade ett hygienevent för sina medarbetare med bland annat tipspromenad.

Under hösten deltog all slutenvård samt fyra öppenvårdsenheter; DS dialysen, Löwet dialysen, Roslagsdialysen samt Gastromottagningen. Slutenvården visar att avdelning 1 kvarhållit sin följsamhet från 39 % 2019 till 40 % 2020, avdelning 92 ökat från 90 % 2019 till 100 % 2020, avdelning 93 minskat från 82 % 2019 till 40 % 2020. Avdelning 92 ser en tydlig koppling till sitt resultat och se insatser som gjordes i samband med att avdelningen fick ta emot Covidpatienter under våren och hösten.

Roslagsdialysen visar 95 % följsamhet till handdesinfektion före patientkontakt, vilket ligger i linje med 2019 som var 92 %. Gastromottagningen deltog för första gången under hösten och fick ett diskussionsunderlag inför kommande hygienarbete.



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

Löwetdialysen och DS dialysen valde mätmetoden självskattning under hösten. De visade bägge hög följsamhet; 100 %, vilket utgör ett intressant diskussionsunderlag tillsammans med de kommentarer som fångades. Självskattning bidrar inte till PPM resultatet, vilket gör att självskattning inte är förstahandsvalet som mätmetod, men ett alternativ beroende på enhetens förutsättningar.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** BHK har varit i fokus på ett centralt sätt under 2020 tack vare Covid. Användning av basala hygienrutiner mellan patienter och olika arbetsmoment har därmed fått en större fokus och engagemang. Inom njurkliniken har öppenvården deltagit i mätning av följsamhet till BHK sedan flera år. Under 2020 har enheterna uppdaterat de handlingsplaner som upprättades 2019 och de har arbetat enligt dem i möjligaste mån med tanke på Covid. Vårdavdelning 1 genomförde en hygienrond med Vårdhygien i början av året och identifierade åtgärder delvis har genomförts under året.
Planerat förbättringsarbete 2021: Under 2021 planeras att flertalet av öppenvårdsenheterna medverkar i någon form av BHK-mätning beroende på förutsättningar. De uppmuntras även att formulera handlingsplaner utifrån sina enheters förutsättningar för att säkra följsamhet till BHK.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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

- **Resultat:** 0 %
- **Analys:** Vårens PPM ställdes in på grund av Covid, men höstens genomfördes. Resultatet påvisade ingen vårdrelaterad infektion vid mättillfället inom verksamhetsområdets slutenvårdsverksamhet. När 2019 års resultat räknas ihop hade dessa tre vårdavdelningar 10,2 % patienter med en vårdrelaterad infektion varav 5,7 % var förvärvade på DS; 10,5 % på vårdavdelning 1, 8,0 % på vårdavdelning 92 samt 12,0 % på vårdavdelning 93. Antalet riskfaktorer som kopplas till ökad risk för vårdrelaterad infektion var 1,28 per patient 2019 och 1,03 2020, vilket kan ha en viss påverkan på resultatet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Varje PPM innebär en möjlighet till djupare inblick avseende ett nuläge och därför har varje enhet uppmuntrats till att analysera sitt resultat för att identifiera förbättringspunkter. Exempelvis noterades en ökad andel vårdrelaterade infektioner kopplade till urinkatetrar på vårdavdelning 1 2019, vilket har gjort att avdelningen hade flertalet aktiviteter kopplat till kateterskötsel inplanerade, men som sköts på framtiden pga Covid.



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:** Uppmuntran till analys av resultat kvarstår 2021 för underlag till vilka insatser som kan vara aktuella.

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

Datakälla: Rapportor, Målnivå: >54 %

- **Resultat:** 67 % avseende KAD och 67 % avseende centralvenösa infarter (CVI)
- **Analys:** Slutenvården nådde 67 % följsamhet 2020 med att registrera KAD i mätvärden, vilket är en försämring mot 2019 där 73 % registrerades. Vårdavdelning 1 ligger kvar på samma följsamhet (60 % 2020 mot 62,5 % 2019), vårdavdelning 92 hade inga KAD i samband med PPM 2020 och nådde 75 % 2019, vårdavdelning 93 hade full följsamhet 2019 likt 2020.

Både avdelning 92 och 93 hade full följsamhet med att registrera CVI i mätvärden 2020 medan avdelning 1 nådde 33 %. Detta innebär att avdelning 92 har ökat sin följsamhet från 60 % 2019, 93 hade inga CVIer i samband med PPM 2019 samt att vårdavdelning 1 ligger kvar på samma nivå (30 % 2019).

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inför vårens mätning avseende CVI gick samtliga dialyseheter igenom sina centrala infarter och registrerade dem i mätvärden enligt rutin då detta identifierats som ett förbättringsförslag 2019.

Planerat förbättringsarbete 2021: Registreringar av infarter i mätvärden är ett förbättringsarbete som behöver samordnas med lokala dokumentations- och utbildningsansvariga 2021. Registrering av infarter utgör förutom en tydlighet i patientens journal även underlag till infektionsverktyget som kommer användas mer framöver för kvalitetssäkrande arbete.

ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD

Datakälla: Rapportor, Målnivå: 81 %

- **Resultat:** 100 %
- **Analys:** Samtliga centralvenösa infarter hade en dokumenterad aktivitetsplan 2020 mot 93 % 2019. Vårdavdelning 1 ökade andelen aktivitetsplaner från 90 % 2019 till 100 % 2020, vårdavdelning 92 har bibehållit full följsamhet 2019 som 2020 och vårdavdelning 93 nådde 100 % 2020, men hade inga CVI i samband med PPM 2019.



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

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Upprättande av aktivitetsplaner vid förekomst av centrala infarter har inget utgjort något fokus under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Följsamhet till att upprätta aktivitetsplaner generellt kommer att ingå i dokumentationsgruppens arbete och eventuellt tillägg om andra behov identifieras vid exempelvis PPM.

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

- **Resultat:** 3 % egenförvärvade kat 2-4 inkl A/B, 43 % aktivitetsplaner
- **Analys:** Årets PPM visar att 3 % av ineliggande patienter hade egenförvärvade trycksår vid inspektion (100 % män). Det är en förbättring sedan 2019 där 13 % av ineliggande patienter hade trycksår.
Vårdavdelning 1 redovisade en förbättring från 8 % 2019 till 0 % 2020, avdelning 92 visade också på en förbättring från 9 % 2019 till 0 % 2020 samt avdelning 93 förbättrade från 22 % 2019 till 20 % 2020.
Andel riskpatienter med ordinerade åtgärder i en aktivitetsplan var 43 % 2020, vilket är en förbättring från 14 % från 2019. Både vårdavdelning 1 och 92 visade 100 % avseende riskpatienter med aktivitetsplaner, vilket är en förbättring från 33 % respektive 17 % 2019. Vårdavdelning 93 har kunde inte påvisa ordinerade åtgärder på sina riskpatienter i form av aktivitetsplaner 2020 likt 2019.
Ur riskappen i QlikView har data plockats ut på daglig basis, vilket speglar verkligheten bättre än PPM. Den visar att VOT riskbedömer 94 % av alla patienter som läggs in i slutenvården för risk för att utveckla trycksår under vårdtider och 76 % erhåller en aktivitetsplan inom 24 timmar.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Vårdavdelningarna har inte genomfört något specifikt förbättringsarbete under året. På vårdavdelning 1 har sårbehandlingsmaterial setts över och anpassats efter senaste tillgängliga kunskap.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Andelen riskpatienter med ordinerade åtgärder i form av aktivitetsplaner förutsätter en regelbunden uppföljning där ett samarbete med lokala dokumentationsstöd och daglig användning av riskappen i QlikView planeras 2021. Kompetens kring trycksårsförebyggande åtgärder och individuell anpassning kring den enskilde patientens förutsättningar och behov behöver planeras med lokala utbildningsstödpersoner.

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

Datakälla: Qlikview

- **Mål:** <fg år
- **Resultat:** Inom 7 dagar: 5,8 % (avd 1), 6,1 % (avd 92 + 93)
Inom 30 dagar: 18,4 % (avd 1), 13,4 % (avd 92 + 93)
- **Analys:** I och med den nya VO-indelningen i QlickView som gjorts under 2020 är det svårt att separera avdelning 92 och 93. De två avdelningarna visar ett resultat på 6,1 % återinläggningar avseende patienter >80 år och inom 7 dagar. Det är en ökning från 5,3 % 2019. Motsvarande resultat på avdelning 1 är 5,8 % 2020 mot 4,8 % 2019. Andelen återinläggningar av patienter över 80 år inom 30 dagar var 18,4 % 2020 på avdelning 1 mot 16 % 2019 och motsvarande 13,4 % på avdelning 92 och 93 mot 14,6 % 2019. Att avdelningarna har vårdat en annan patientgrupp än vanligt kan delvis förklara den ökade återinläggningen där bland annat avdelning 93 har noterat att antalet patienter som överstiger 80 år varit högre. Njurmedicin har sedan många år visat den högsta andel återinläggningar inom 30 dagar på Danderyds sjukhus där tidigare journalgranskningar visats bero på en äldre, multisjuk patientgrupp där återinläggningar i det flesta fall inte kunnat förhindrats.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Under 2020 har ett arbete med att flytta delar av den elektiva verksamheten inom njurmedicin till öppenvården för att dels kunna bereda fler vårdplatser till akut verksamhet samt att samla kompetens. Hittills har en mindre andel planerade accessoperationer flyttats till hemodialysverksamheten.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Ett fortsatt arbete med att flytta mer av den elektiva verksamheten till öppenvården. På lång sikt planeras detta samlas under projektet med Njurcentrum Nord som i dagsläget saknar ändamålsenliga lokaler.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Qlikview Målnivå >80% nutritionsbedömning

- **Resultat:** 99 %
- **Analys:** Rutinen att riskbedöma patienter för undernäring är etablerad sedan flera år och inskrivningsmallen ger tydligt stöd i hur detta ska journalföras. 2019 års två PPM gav ett gemensamt resultat på 83,1 % avseende riskbedömning där vårdavdelning 1 nådde 81,0 %, vårdavdelning 92 78,3 % och vårdavdelning 93 93,3 %. Statistik hämtat ur QlickViews riskapp baseras på daglig uppdatering, vilket innebär att det ger en



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

mycket sanningsenlig återkoppling om hur följsamheten ser ut jämfört med PPM som ger en ögonblicksbild med risk att det inte speglar verkligheten.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Vårdavdelning 93 har under året tagit fram ett alternativ till näringstillskottet Calogen till sina patienter. Denna variant uppskattas av de patienter som vanligen har svårt att få i sig Calogen.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Samtliga vårdavdelningar ska göra omtag med att använda sig av riskappen på daglig basis för att generellt komma åt följsamheten av riskbedömning inom 24 timmar. Det lokala dokumentationsstöd och utbildningsledare får gemensamt stötta sin verksamhet utifrån behov som föreläsningar av kostcontroller, dietist kan stötta omvårdnadspersonalen att individanpassa åtgärder i det akuta skedet som att identifiera långsiktiga åtgärder med patienten och/eller hos nästa vårdgivare.

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

Datakälla: Qlikview Målnivå >fg år

- **Resultat:** En ökning från 233 st 2019 till 2381 st 2020
- **Analys:** Den obligatoriska termen "sår under aktuellt vårdtillfälle" i utskrivningsanteckningen för sjuksköterskor implementerades under februari 2020 i slutenvården i samband med att regiongemensamma termer infördes. Termen implementerades dock redan i slutet av 2019 på vårdavdelning 1 därav ett visst antal redan 2019. Termen är ett förtydligande mot nästa vårdgivare där dokumentationen avseende eventuell sårbehandling blir mer strukturerad och en strävan mot hög följsamhet. Antalet utskrivningsanteckningar 2020 var 3341, vilket ger en täckningsgrad på 71,3 % gällande termen på helårsbasis.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Vårdavdelningarna har inte genomfört något förbättringsarbete under 2020 kopplat till aktuell term.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** För att användningen gällande termen ska fortsätta att öka behöver regelbunden återkoppling gällande täckningsgraden nå slutenvårdsenheterna där vinsten av att informationen når nästa vårdgivare kan vara en motiverande faktor. Återkopplingen ska ske av kvalitetsutvecklare till respektive vårdenhetschef och dokumentationsansvarig per tertial för utvärdering och insättning av eventuella åtgärder.

PATIENTUPPLEVD KVALITET

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



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?"				
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"				
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"				

- **Mål:**
- **Analys:** 2020 års nationella patientenkät sköts upp på grund av rådande pandemi. Ingen annan enkät har delats ut under året som kompensation för detta. Nästa nationella enkät planeras till våren 2021.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

EFFEKTIV VÅRD

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: >36%

- **Resultat:** 31 %
- **Analys:** Andelen patienter med inläggningsbeslut som lämnar akutmottagningen inom 60 minuter ökar hittills årligen för de tre vårdavdelningar som nu ingår i detta VO; 17 % 2018,

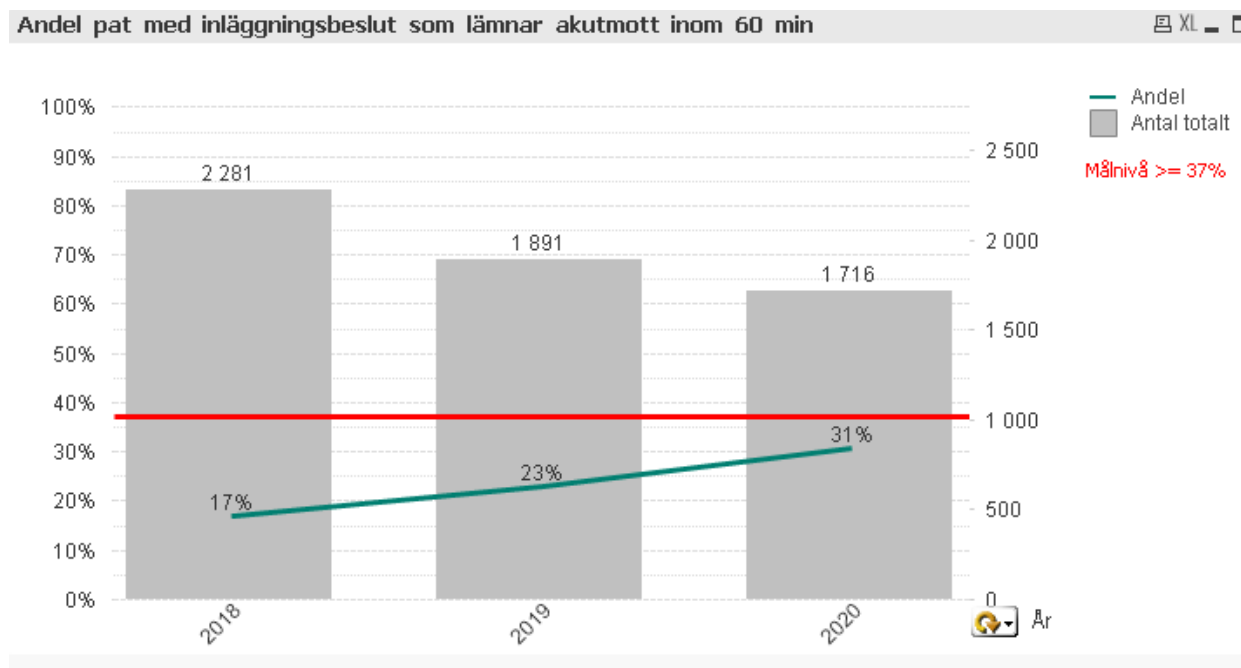


Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

23 % 2019 och nu 31 % 2020. Trots den årliga ökningen når vi inte upp till målnivå. Vårdavdelning 1 ökade från 28 % 2019 till 34 % 2020, avdelning 92 ökade från 21 % till 27 % och avdelning 93 ökade från 21 % till 30 %.

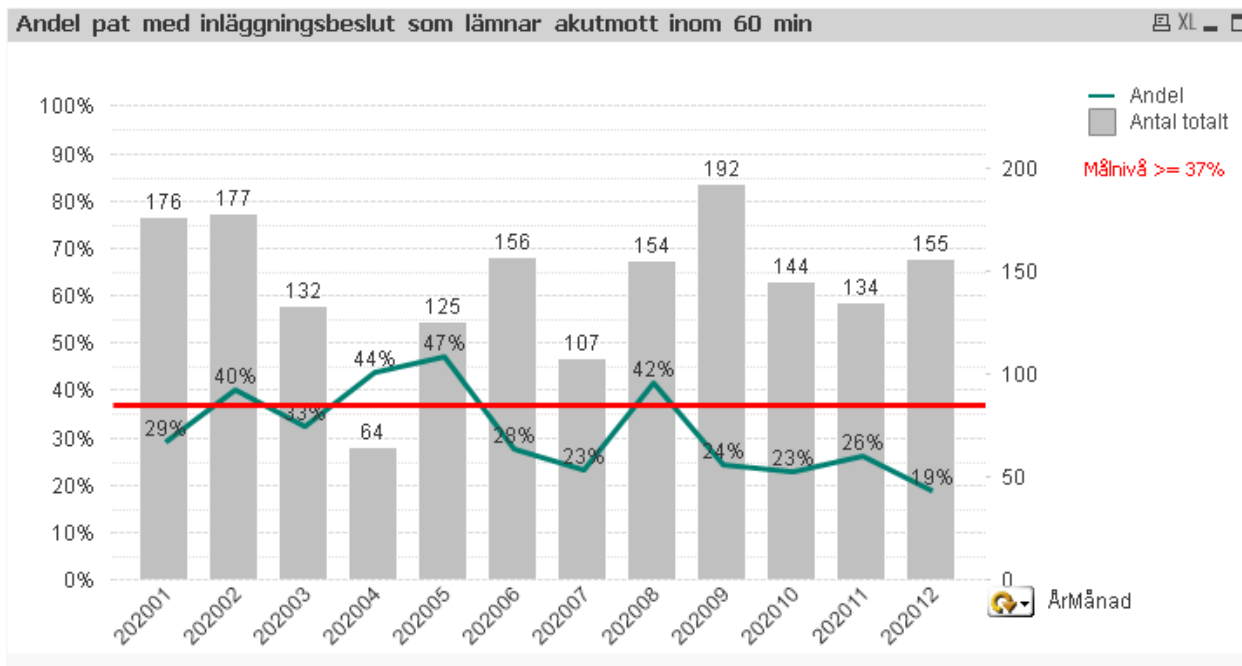
Sett under året minskar andelen patienter som inom en timme lämnar akuten inom en timme under de sista månaderna av 2020, vilket är en trend som behöver bevakas för att kunna nå målet 2021. Minskningen tros beror på det stora patienttryck som sågs under perioden som tillsammans med vårdavdelningarnas svårighet att frigöra platser i samma takt som akutens behov.

Andel pat med inläggningsbeslut som lämnar akutmott inom 60 min





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



- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Då vårdtiderna sjunker för samtliga slutenvårdsavdelningar inom verksamhetsområdet på årsbasis är samarbete mellan patientansvarig läkare och omvårdnadspersonal i team med respektive vårdsamordnare av stor vikt. Inget särskilt förbättringsarbete har genomförts inom detta område under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Andelen patienter som har ett inläggningsbeslut inom en timme behöver följas upp för att bevaka att den minskade trenden bryts och ökar igen. Återkoppling till respektive avdelning per tertial från kvalitetsutvecklare.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

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

Inga revisioner eller inspektioner har genomförts under året.