



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: NEUROLOGI

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

DIREKTINLÄGGNING PÅ STROKEENHET

Redovisa resultat samt täckningsgrad i registret

- **Mål: 90%**
- **Resultat:** 69% (64% 2019)
- **Analys:** DS har lägst antal vårdplatser i Regionen i förhållande till patientvolymen, vi är näst största Strokeenheten i landet 2019 (vg se Riksstroke) och vi har sett en ökning av strokefall under året 2020. Medianvårdtiden ligger på 5 d för stroke på DSAB och ligger bland de lägsta i landet. Det beror delvis på att vi har så pass effektiv kedja vidare till Ger/Rehab, men även att vi har ett paramedicinskt team som gör våra bedömningar snabbt och möjliggör snabba beslut ang hemgång/rehab/ger.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Tack vare coronasituationen har vi fått en ssk som koordinerar 3/5 veckodagar på avd 73. Hon vet exakt vilka pat som är lämpade för Direktinläggning och inte och ligger säkert bakom en del av ökningen på 5% för Direktintag sedan 2019.

Under mars månad nådde vi faktiskt målet för Direktintag på Strokeenhet tack vare en minskning av antalet sökande på AKM med ospecifika neurologiska symtom under pandemins början (covidrädsla). Detta gav möjlighet för de rena stroke-inläggningarna att hamna direkt på Strokeenheten!

- Vi har förtydligat vårt interna dokument för "Flyttbara från Strokeenhet" i situationer av extrem överbelastning på larmen.

Planerat förbättringsarbete 2021: En Strokespecialistrad är införd kontinuerligt fr o m v 2. Att implementera den nya riktlinjen för "Flyttbara från Strokeenheten" ffa joutid.



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

implementering av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke TIA enligt regionala och nationella direktiv.

REPERFUSIONSBEHANDLING VID HJÄRNINFARKT

- Andelen som har fått trombolys/trombektomi-behandling*
- Andelen patienter som fått trombolys-behandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhuset (Mål $\geq 50\%$)*

- **Resultat:** 16%. Samma resultat som 2018 och 2019

Analys: Vi har ett triageringsystem i Stockholm där tydliga stroke går direkt till NKS. Därför redovisas reperfusionsgrad på regionnivå sedan 2018. En mindre ökning av antalet trombektomier 2020 jmf 2019; 26 st resp 17. Ett utvidgat tidsfönster för direkttriagering av stor stroke håller på att implementeras.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Vi har en strokespecialist hos oss som tjänstgör på NKS var ca 6:e v för att öka förståelsen för vår strokevård på DS och även sprida information till verksamheten på DS hur de tänker på trombektomisidan.

Planerat förbättringsarbete 2021: Fortsätta samarbetet med NKS. Vårdförlopp Stroke TIA se ovan

MEDIAN DOOR TO NEEDLE-TID VID TROMBOLYS

- **Mål < 40 min**
- **Resultat:** 34 min. Riksstroke tittar nu bara på andel som fått trombolys inom 30 min och där låg DS på 44%

Analys: Mediantiden har stadigt minskat sedan 2018; 40,5 - 37,5 - 34 min för 2020 inkluderat patienter som fått trombolys på annat sjukhus först (oftast KS)). Om vi tar våra egna patienter som fått trombolys som 1:a sjukhus ser vi en markant förbättring sedan 2018; 40 - 39 - 35 min! Även andelen trombolys givet < 30 min har ökat på DS (när KS-patienter exkluderats) sedan 2018; 29 - 33 - 39%.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Ständiga förbättringar av strolarmskedjan sker inom ramen för en arbetsgrupp för Strolarmsprocessen (involverar rtg + AKM) och dels kontinuerlig kompetensutveckling inom personalgruppen/nyrekrytering.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta implementera nya riktlinjer som infördes 2020



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

ANDELEN DÄR INITIAL BEDÖMNING AV SVÄLJFÖRMÅGA GJORTS

- **Mål:**
- **Resultat:** 91%

Analys: Ny kvalitetsindikator för Regionen. Ger ett kvitto på "god strokevård" om vi förbättrar oss vilket vi gjort medvetet sedan 2018; 76 ->86 -> 91%.

Genomfört förbättringsarbete 2020: En ny dokumentationsmall för "Sväljscreening" har införts så att vi ser hur vi ligger till i realtid i Qlikview. Blir en bra återkoppling till personalgruppen. En ökad medvetenhet på DS övriga avdelningar som oftare ringer och frågar hur en sväljbedömning görs. Ett enträget och strukturerat arbete har initierats på chefsnivå på våra stroke- och neuroavd.

Planerat förbättringsarbete 2021: Slutföra Strokekompetensutbildningen för personalgrupp som påbörjat denna under 2019 (avstannat pga Corona).

TÄCKNINGSGRAD I SVENSKA PARKINSSONREGISTRET

- **Mål:** > 8%
- **Resultat:** 155 registrerade per den 31/12 -20 av 1090 (unika patienter under 2019 och 2020) patienter vilket ger 14%
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Omfördelat tid för Parkinson-ssk för registrering. Utbildning kring registret för läkare på mottagningen. Omfördelat tid för Parkinson-läkare för att kunna förbättra struktur och logistik kring registrering.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta förbättra logistiken, samt fortsätta prioritera tid för detta

ANDEL MS SOM STARTAR FÖRSTA BEH INOM 3 MÅN

- **Mål:** >79%
- **Resultat:** Av patienter med remiss 2020 (21 patienter) startade 71% sin behandling inom 3 månader. Patienter med terapistart 2020 (23 patienter) låg på 74% inom 3 månader
- **Analys:** Acceptabelt med anledning av dels Corona och dels av att vi nu initierar vaccination före behandlingsstart på ett flertal patienter.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Jobbar fortfarande med förbättring. Kommer att strama upp rutiner för vaccination med sannolikt fler patienter med start av Tysabri under vaccination, vilket möjliggör snabbare terapistart.



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

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:** 94 % (18 avlidna 2020 varav 17 rapporterade). 40 % har validerad smärtskattning och 20 % har munhälsobedömts sista levnadsveckan
- **Analys:** Andelen smärtskattade har stigit från 10 % 2019 till 40% 2020, men vi når ännu inte målet. Munhälsobedömning är ny för året och detta värde får vara utgångspunkt för förbättringsarbete 2021
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Utbildning av de palliativa ombuden, föreläsningar av palliativa konsultteamet

ANTAL DOKUMENTERADE BRYTPUNKTSSAMTAL I SJUKHUSGEMENSAM LÄKARMALL

Datakälla: Qlikview

- **Målnivå:** > fg år
- **Resultat:** 36 st vilket är färre än föregående år då 48 brytpunktssamtal genomfördes.
- **Analys:** Det minskade antalet kan bero på färre antal avlidna inom vår verksamhet under 2020, 17 st jämfört med 35 st 2019
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Siffrorna talar för att brytpunktssamtal har genomförts innan överföring till palliativ enhet
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Förbättrad dokumentation av genomförda brytpunktssamtal.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur



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

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:** HSE-index 2020 är 80 jämfört med 2019 då det låg på 79. Båda årens resultat ligger över sjukhusets totala resultat
- **Analys:** Reflektion kring avvikelser och teamarbetet har införts och fortsätter under 2021. Koordinator har införts på avd 78 och funnits i stort sett dagligen. Pga covid har insatserna inte kunnat utföras fullt ut
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Reflektioner kring omvårdnaden kommer att genomföras, förhoppningsvis med större regelbundenhet än under 2020

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:** 210 avvikelser har rapporterats i Händelsevis under 2020, fördelat på ca 150 anställda
- **Analys:** Vanligast förekommande avvikelse rör vård och behandling (64 st), patientolycksfall (45 st) samt läkemedel och dokumentation/informationsöverföring – vardera 27 avvikelser
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Infört omvårdnadsronder nattetid
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Omvårdnadsronder även dagtid. Mätning av vårdtyngd för att tydliggöra omvårdnaden

Enskilda synpunkter på vården från patienter/närstående

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



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

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

- **Resultat:** Ett trettiotal enskilda ärenden har inkommit, samt ett tiotal via 1177
- **Analys:** Flertalet avvikelser rör dokumentation, kommunikation och bemötande. Flera positiva omdömen har inkommit via 1177
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Klinikens analysgrupp har nu ett strukturerat arbete med regelbundna möten. Återkoppling till enheterna på APT. Fokus på brister gällande rutiner och kommunikation. Personlig återkoppling rutin vid misstag på individnivå
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta analysgruppens strukturerade arbete

RISKANALYSER

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

- **Resultat:** Riskanalys rörande covid-vård: förflyttning av personal mellan enheter,
- **Analys:** Berörd personal har informerats avseende gällande rutiner och riktlinjer, regelbundna avstämningar för att fånga upp problem
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta konsekvens- och riskanalys relaterat till expansion av verksamheten bl a NIMA/NAVE

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:** Dubbelcheck mot ordination och praktiskt handhavande för nya sjuksköterskor vid injektion i CVK. Föreläsning av sjukhusapotekare. Genomförd utbildning på Lärtorget
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Utbildning gällande CVK och rimlighetsbedömning för alla nya sjuksköterskor

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



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:** 78% har aktivitetsplan, 3,1% har fallit och 0,6% med skada
- **Analys:** Andel med aktivitetsplan har minskat jämfört med 2019 (86%) och antalet fall har ökat något. Den pressade situationen med covid bedöms ha bidragit till denna försämring
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Infört omvårdnadsrundor nattetid
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Omvårdnadsrundor även dagtid. Försöka hitta metod för att identifiera de med högst fallrisk och de som riskerar att skada sig vid fall

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

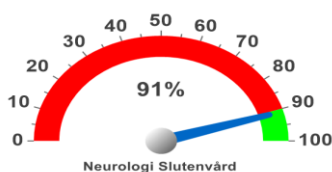
Datakälla: Qlikview Målnivå: >71 %

- **Resultat:** 76 %
- **Analys:** Liknande resultat som 2019, över målnivån. Mycket stor omsättning av patienter även under helger.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Bibehålla befintlig nivå, utbildningsinsatser för nya läkare (både yngre och äldre)

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

Andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering enligt vårdprogram



- **Resultat:** 91%
- **Analys:** Förbättrat resultat från 2019 då 80 % var korrekt odlade
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Utbildningsinsatser för att öka kunskapen om vilka patienter som ska odlas
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatta utbildningsinsatser

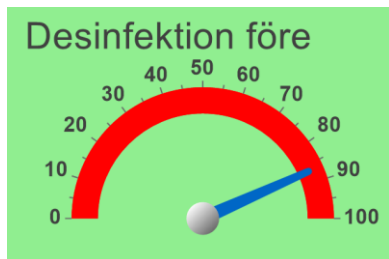
FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor



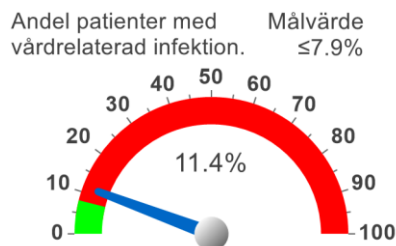
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare



- **Mål:** > 66%
- **Resultat:** 87 %
- **Analys:** Klar förbättring från 2019 då resultatet låg på 68 %
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Pandemin har synliggjort behovet av handhygien
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Föreläsningar av vårdhygien

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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



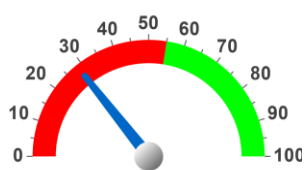
- **Resultat:** Totalt 11 % VRI, varav 9 % har uppstått på DS
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Mobilisering av patienter och begränsa tid med KAD

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

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 54 %

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

2/7 = 28.6%



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





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:** Endast två patienter ingår i CVI-mätningen (1 CVK och en CDK). CVK:n var registrerad i mätvärden. 2 av 7 KAD var registrerade
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatta diskussioner kring vikten av dokumentation

ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD

Datakälla: Rapportor, Målnivå 81 %

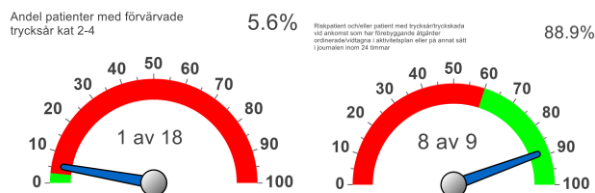
Andel patienter med Med CVI som har aktivitetsplan "Central kärlaccess aktiverad".



- **Resultat:** Endast två patienter, även här var det patienten med CVK som hade aktivitetsplan
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Ständiga diskussioner kring vikten av dokumentation

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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



- **Resultat:** 1 av 18 patienter utvecklade trycksår kat 2-4. Andelen patienter där aktivitetsplan satts inom 24 tim efter inskrivningen har ökat från 2019 62 % till 89 % 2020
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Diskussion kring riskpatienter på morgonmöten



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

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatta diskussioner på morgonmöten och omvårdnadsrundor

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

Datakälla: Qlikview SAS rapporten

- **Mål:**
- **Resultat:** 7,8% återinläggning och 2,8% åter till samma klinik. Patienter >80 år med inläggning ≤ 7 dagar 5 % och 0,6 % till samma klinik
- **Analys:** Liknande resultat som 2019 men antalet återinläggningar till samma klinik för äldre patienter har minskat. Neurologkliniken har platsbrist relaterat till utvidgade uppdraget.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förändrade jourlinjer har medfört ökat stöd till ST-jouren.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Arbetsgrupp som ska titta på inläggningsprocessen, dimensionering av vårdplatser

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Qlikview Målnivå > 80% nutritionsbedömning

- **Resultat:** 98 % riskbedömda avseende risk för undernäring
- **Analys:** Stabil arbetsgrupp med inarbetade rutiner
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Diskuterats på morgonmöten
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fokus ligger på aktivitetsplaner under 2021

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

Datakälla: Qlikview Målnivå > fg år

- **Resultat:** Oklart hur dessa siffror stämmer, men 74 anteckningar har gjorts under termen sår eller sår under aktuellt vårdtillfälle.
- **Analys:** Vid genomgång visar det sig att termen inte varit obligatorisk i sjuksköterskans utskrivningsanteckning, detta är nu åtgärdat
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Justerad dokumentationsmall



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:** Information till sjuksköterskor att denna term ska fyllas i vid utskrivning

PATIENTUPPLEVD KVALITET

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

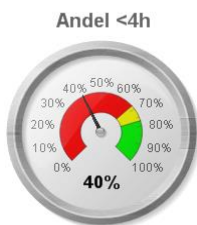
- **Mål:** Ingen mätning av patientnöjdhet har genomförts under 2020
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 78 %



- **Resultat:** 40 % 2020 och 39 % 2019
- **Analys:** Högt inflöde pga covid i kombination med vårdplatsbrist har medfört att de förändrade jourlinjerna inte haft fullt den effekt som vi hoppats på
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förändrade jourlinjer med två parallella jourlinjer på eftermiddagarna
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inläggningsprocessen och förhoppningsvis öppnande av fler vårdplatser

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING MÅLNIVÅ 40 MIN

- **Resultat:** Mediantiden 2020 är 49 min, 48 min 2019



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

- **Analys:** Trots de parallella jourlinjerna på eftermiddagarna har ingen effekt på mediantiden kunnat påvisas. Covid-pandemin har också påverkat den totala belastningen
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förändrade jourlinjer
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Ledningsläkare ska tydligare markera att första bedömning gjorts

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM MÅLNIVÅ 95%

- **Resultat:** Andel patienter med vistelsetid under 8 tim har stigit till 82% 2020 jämfört med 77% 2019
- **Analys:** Förändrade jourlinjer har troligen bidragit till denna förbättring, likaså yttre triage
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förändrade jourlinjer
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Se över patientkategorier som ska tillhöra neuroakuten. Direktinläggningar, utökat antal vårdplatser.

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

- **Resultat:** Andel <8 timmar har ökat från 77% 2019 till 82% 2020
- **Analys:** Förändrade jourlinjer har troligen bidragit till denna förbättring, likaså yttre triage
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Förändrade jourlinjer
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Se över patientkategorier som ska tillhöra neuroakuten. Direktinläggningar, utökat antal vårdplatser

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 36%

- **Resultat:** 36%
- **Analys:** Förbättrat resultat jämfört med 2019 (29%). Platsbristen och covid försvårar inläggningarna
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Utöka direktinläggningarna