



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

## KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

### VERKSAMHETSOMRÅDE: REHABILITERINGSMEDICIN

## SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### **Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.**

1. Klinikövergripande säkerhetsgrupp har initierat ett årshjul för att strukturerat månadsvis följa upp dokument, genomföra scenarioträning och bidra med chefs- och medarbetarstöd.
2. Sektionsledningen i samverkan med Smittskydd, Vårdhygien och del av sjukhusledningen har genomfört åtgärdsförslag för att bromsa smittspridning och konsekvenserna för patienter.

### **PATIENTSÄKERHETSKULTUREN**

#### **Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur**

**Resultat 2019 jämfört med 2020:** Klinikövergripande HSE-index är kvar på samma nivå, 80 % som år 2019. Sektionerna ligger kvar ungefär på samma nivå som 2019. Smärtrehabilitering som hade gått ner i HSE-index 2019 har gått upp 2020 från 63 % till 71 %.

**Analys:** Personalen gjordes delaktig i arbetet genom intervjuer och har bidragit till att finna orsaksområden och åtgärdsförslag vid smittspridningen. Den goda effekten av att inhämta bredare åsikter vid förändringsarbete sågs. Delaktigheten av patientintervjuer likaså. Fokusgrupper kunde också rekryteras på detta sätt. Högspecialiserad smärtrehabilitering har arbetat med att öka antal avvikelser, vilket gett resultat. Andelen avvikelser i förhållande till föregående år har ökat med 59%. Patientrådet på slutenvården testades i december 2019. Under vårterminen 2020 genomfördes två tillfällen innan det tog paus p.g.a. pandemin. I december 2020 startades det upp igen, nu med färre deltagare. Detta har dock fört med sig fördelen att patienterna hinner diskutera mer. Utvärderingen för tillfället i december var precis som de tidigare utvärderingarna övervägande positiv. Förslagen från patientrådet förs in i organisationen via teamsamordnarmötet och enhetschefer på slutenvården.

**Planerat förbättringsarbete 2021:** Handlingsplan ej upprättad ännu då resultaten från medarbetarundersökningen fanns tillgängliga samt redovisades sent under december månad. Handlingsplan utifrån resultaten av HSE-frågorna kommer upprättas under kvartal 1 2021.

### VÅRDAVVIKELSEHANTERING



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

## 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:** 267 vårdavvikelser har rapporterats inom kliniken under 2020 och antalet anställda var 360 vilket innebär 0,74 rapporterad avvikelse/anställd. Detta utgör en ökning från 2019 då det var 0,6 rapporterad avvikelse/anställd.

Av 267 rapporterade vårdavvikelser 2020 är 199 (75 %) handlagda och klassificerade enligt tabellen nedan.



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

	2019	2020	Antal reg	Summa
Behandling/omvårdnad	65	48	113	113
Utredning/bedömning/diagnos	9	5	14	14
IT/teknik/MT	7	20	27	27
Regelverk/juridik	1	1	2	2
Tillgänglighet	12	3	15	15
Dokumentation/informationsöverföring	37	17	54	54
Läkemedel	24	23	47	47
Vårdhygien	1	2	3	3
Destruktiva/självd destruktiva handlingar	1	0	1	1
Oväntat dödsfall	1	0	1	1
Bemötande	3	1	4	4
Hot och våld	1	1	2	2
Strålning/strålsäkerhet	0	0	0	0
Patientolycksfall	66	76	142	142
Externa avvikelser, har ej HändelseVis	8	2	10	10
<b>Antal reg</b>	<b>236</b>	<b>199</b>	<b>435</b>	<b>-</b>

**Analys:** Inom slutenvårdssektionen rapporterades majoriteten av klinikens vårdavvikelser (ca 70 % år 2020) och avvikelserna är mestadels av mindre allvarlig karaktär. 30 % (25 av 84 st.) av vårdavvikelsena inom öppenvården handlar om att det är störningar i appen "Alltid öppet" under videosamtal med patienter. Därav att vi ser en ökning inom IT/teknik/MT vilket är ett resultat av omställning av vården på grund av pandemin till mer digitala besök.



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

Patientolycksfall samt behandling/omvårdnad är de mest frekvent rapporterade avvikelser liksom det var år 2019. Patientolycksfallen har ökat något från 2019, medan behandling/omvårdnad har minskat.

**Genomfört förbättringsarbete 2020:** De förbättringsarbeten som var planerade under 2020 var svåra att genomföra på grund av rådande pandemi samt ett glapp av patientsäkerhetscontroller på kliniken på ca 4 månader.

#### **Planerat förbättringsarbete 2021:**

De förbättringsarbeten som skulle genomföras år 2020 kommer att genomföras år 2021.

- Utveckla konceptet att introducera nyanställda i vårdavvikelseprocessen.
- Införa månads- eller kvartalsbrev med patientsäkerhetsfokus inom slutenvården för att synliggöra och återkoppla vidtagna åtgärder till medarbetare utifrån rapporterade vårdavvikelser.

## **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:** Synpunkter från patienter och närstående har kommit in enligt tabellen nedan. Utöver detta inkommer synpunkter via nöjdhetenkäter som delas ut till alla patienter som vårdas vid kliniken samt deras närstående. Dessa synpunkter återkopplas direkt till berörd personal eller ansvarig chef.



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

<b>Verksamhetsområden</b>	<b>Antal ärenden från patient/närstående via 1177, brev/VO</b> <b>Edit</b>	<b>Antal nya enskilda ärenden från PaN/VO</b> <b>Edit</b>	<b>Antal nya enskilda ärenden från IVO/VO</b> <b>Edit</b>	<b>De två vanligaste kategorierna från PaN, IVO, 1177, brev /VO</b> <b>Edit</b>
Rehabiliteringsmedicin	29	1	1	Vård och behandling  Bedömning

**Analys:** Ärendet från PaN gällde en patient där remissen avsågs då patienten inte ansågs kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen. Ärendet från IVO gällde dokumentation i en journal på FMU där en del i en anteckning togs bort.

**Genomfört förbättringsarbete 2020:** Patientråd har införts.

**Planerat förbättringsarbete 2021:**

- Se över möjligheter att vara mer delaktig i beslut av mat.
- Vill kunna ha exempel på övningar för att kunna träna mer själv i gymmet eller på avdelningen
- Se över möjligheten för ökad utevistelse för ineliggande patienter

## RISKANALYSER

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

**Resultat:** Målet är uppnått då två stycken riskanalyser är genomförda under 2020 jämfört med noll år 2019. En med titeln: "Risk att falla vid toalettbesök hos patienter med nedsatt förmåga att signalera sitt hjälpbehov" som påbörjades 2019 och som slutfördes under 2020. En riskanalys med titeln " Uppstart av patientverksamhet i öppenvård under pågående viruspandemi för att uppfylla klinikens regionsuppdrag och samtidigt minimera risken för smitta i vårdmiljöer" gjordes under våren 2020



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

**Analys:** Fortsätta försöka öka antalet riskanalyser för att arbeta proaktivt med patientsäkerhet och få in det som ett arbetssätt på områden där behov finns.

**Genomfört förbättringsarbete 2020:** Från riskanalysen: *"Risk att falla vid toalettbesök hos patienter med nedsatt förmåga att signalera sitt hjälpbehov"* har *rond-checklista utökats med läkemedelsgenomgång utifrån fallrisk* genomförts under 2020. Flera av förbättringsarbetena som var tänkta att genomföras under 2020 var på grund av pandemin tvungna att flyttas över till 2021. Från riskanalysen med titeln *"Uppstart av patientverksamhet i öppenvård under pågående viruspandemi för att uppfylla klinikkens regionsuppdrag och samtidigt minimera risken för smitta i vårdmiljöer"* kunde öppenvårdsverksamheten öppnas upp utan att smittspridning har skett.

**Planerat förbättringsarbete 2021:** Från riskanalysen: *"Risk att falla vid toalettbesök hos patienter med nedsatt förmåga att signalera sitt hjälpbehov"* är följande förbättringsarbeten planerade att genomföras under 2021:

- Färgschema för att kartlägga toalettbehov
- Fallpreventionsmånad under mars månad
- Grundmall (patientschema) i Excel med toaschema (färgkodning för toabesök alternativt symbol)
- Besluta och förankra var information om hur patienten tillkallar hjälp bör framgå
- Översyn av dokumentation - målsättning att krympa/strukturera innehåll
- Uppdatera lathund för inläsning av journal inför arbetspass (omvårdnads-personal)

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

### Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:

Ingen lex Maria har genomförts under 2020.

En **händelseanalys** påbörjades under hösten 2019 och slutförs under kvartal 1 2021: *Fall med fraktur*. Åtgärderna som beslutades om och som ska genomföras under 2021 var följande:

- Utöka utbildningstillfällena i fallprevention under 2021 så att även erfaren personal inkluderas, en halvdag per termin (mars och oktober) och en fallpreventionsmånad (mars) med många utbildningstillfällena.
- Förbättra kvällsrapport så att fallpreventionsåtgärder till natten inte missas: skapa rutin så att natt-SSK upprepar fallpreventionsåtgärder hos personer med fallrisk (enl. SBAR).
- Förbättra kommunikationen:  
USK ska alltid rapportera till SSK då ett fall ägt rum.



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

SSK+LÄK bör stämma av med AT+FT/SG efter ett fall som skett på helg/kväll/natt för att se över fallpreventionsåtgärder.

- Se över aktivitetsplan fall och förflyttningsinstruktioner – hur/att de kompar varandra, till exempel när anses fallrisken vara över.
- Testa och sprida kunskap om kartläggning av toalettider
- Att enhetliggöra whiteboard/dagschema-information – var/hur tid för ”planerade toalettbesök” ska stå så att det visualiseras för patienten och teamet (dygnet runt).
- Utvärderar hjälpverktyg såsom Fallpreventionsfolder och FALLGROP om synnedsättningsproblem behöver förtydligas – bör inkludera grava synproblem.
- Utveckla dörrsymbol för synproblem/synnedsättning.
- Sprida information om att ”lift bår” finns i stora apparatförrådet och om när den ska användas: till exempel vid ”handlösa” fall där risk för fraktur kan ha uppstått.
- Justera förflyttningsinstruktion så att förmåga nattetid tydligt framgår.
- Tydliggöra nattens ansvar i bedömningen – vad ingår i nattpersonalens riskbedömning och hur återkopplas det till teamet. Exempelvis genom en veckovis fallriskbedömning/strukturerad förflyttningsbedömning nattetid hos fallriskpatienter görs av nattpersonal och är gjort natten inför Instruktionsmötet (läggs in som valbar aktivitet i Fallpreventionsplanen, dokumentationsmall för ändamålet kan skapas om natten önskar).
- Införa rutin för strukturerad reflektionsstund (Huddle) med avslutande ställningstagande till fallpreventionsåtgärder. Ev. skriva en riktlinje (Inkludera hur rutin bör se ut när fall ägt rum under helg/kväll/natt. Hur återrapportering till teamet ska ske – ska det ev. finnas som stående punkt på teamkonferens).
- Tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika teammedlemmar och hur samarbetsformen ska se ut i fallpreventionsarbetet.

En **internutredning** påbörjades under hösten 2020 och slutförs under kvartal 1 2021: *Smittspridning covid-19 november 2020*. En åtgärdsplan kommer att upprättas under kvartal 1 2021.

**Planerat förbättringsarbete 2021:** Alla åtgärder från händelseanalysen är planerade att genomföras under kvartal 1 2021. Förbättringsarbeten från internutredningen kommer att tillkomma.

## **FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR**

**Målnivå > 68 % aktivitetsplan för riskpat** Datakälla: Qlikview

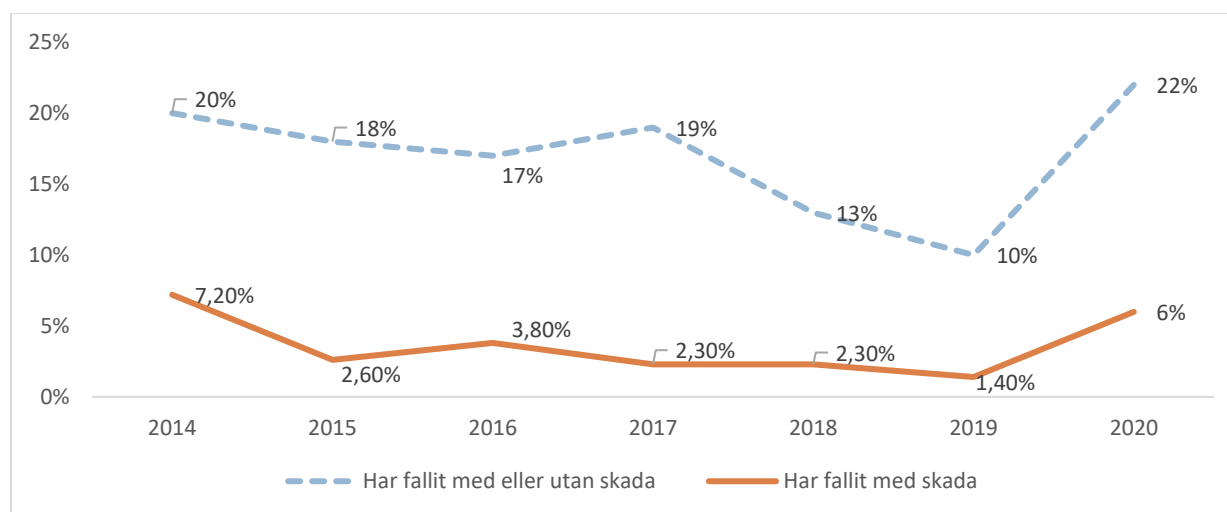
**Målnivå < 2,4 % på sjukhusnivå och på Rehab < 10 %.** Andel pat som fallit, med skada eller utan skada under aktuellt vårdtillfälle



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

**Resultat:** 82% av riskpatienterna har en aktivitetsplan och målet har uppnåtts. 20,1 % av patienterna har fallit (6,2 % av patienterna som har fallit har fått en skada) där målet inte har uppnåtts.

**Analys:** Andelen fallriskpatienter fortsätter att vara hög. Andelen patienter som har fallit har ökat markant och så även de som fallit och ådragit sig en skada. Målet gällande täckningsgraden av dokumenterad fallhändelse under termen "fall under aktuell vårdtid" har uppnåtts (91%).



#### Genomfört förbättringsarbete 2020:

- Dokumentation av fall- standardiserat användandet av fallpreventionsterm i samband med fallhändelse samt i slutanteckning.
- Golvlarm är inköpt och testat samt påbörjat med utbildning
- Uppföljning kring hur fallmarkörer används
- Åtgärdsplan för riskanalysen "Toalettbesök hos fallriskpatienter med nedsatt förmåga att signalera sitt hjälpbehov" är framtagen samt påbörjad med aktiviteter.

#### Planerat förbättringsarbete 2021:

- Fallpreventionsmånad under mars månad
- Grundmall (patientschema) i Excel med toaschema (färgkodning för toabesök alternativt symbol)
- Besluta och förankra var information om hur patienten tillkallar hjälp bör framgå
- Översyn av dokumentation - målsättning att krympa/strukturera innehåll
- Uppdatera lathund för inläsning av journal inför arbetspass (omvårdnads-personal)





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

- Utöka utbildningstillfällena för nyanställda till en halvdag per termin (mars och oktober)
- Förbättra kvällsrapport så att fallpreventionsåtgärder till natten inte missas: skapa rutin så att natt-SSK upprepar fallpreventionsåtgärder hos personer med fallrisk (enl. SBAR).
- Förbättra kommunikationen:  
USK ska alltid rapportera till SSK då ett fall ägt rum.  
SSK+LÄK bör stämma av med AT+FT/SG efter ett fall som skett på helg/kväll/natt för att se över fallpreventionsåtgärder.
- Se över aktivitetsplan fall och förflyttningsinstruktioner – hur/att de kompar varandra, till exempel när anses fallrisken vara över.
- Testa och sprida kunskap om kartläggning av toalettider
- Att enhetliggöra whiteboard/dagschema-information – var/hur tid för ”planerade toalettbesök” ska stå så att det visualiseras för patienten och teamet (dygnet runt).
- Utvärderar hjälpverktyg såsom Fallpreventionsfolder och FALLGROP om synnedsättningsproblem behöver förtydligas – bör inkludera grava synproblem.
- Utveckla dörrsymbol för synproblem/synnedsättning.
- Sprida information om att ”lift bår” finns i stora apparatförrådet och om när den ska användas: till exempel vid ”handlösa” fall där risk för fraktur kan ha uppstått.
- Justera förflyttningsinstruktion så att förmåga nattetid tydligt framgår.
- Tydliggöra nattens ansvar i bedömningen – vad ingår i nattpersonalens riskbedömning och hur återkopplas det till teamet. Exempelvis genom en veckovis fallriskbedömning/strukturerad förflyttningsbedömning nattetid hos fallriskpatienter görs av nattpersonal och är gjort natten inför Instruktionsmötet (läggs in som valbar aktivitet i Fallpreventionsplanen, dokumentationsmall för ändamålet kan skapas om natten önskar).
- Införa rutin för strukturerad reflektionsstund (Huddle) med avslutande ställningstagande till fallpreventionsåtgärder. Ev. skriva en riktlinje (Inkludera hur rutin bör se ut när fall ägt rum under helg/kväll/natt. Hur återrapportering till teamet ska ske – ska det ev. finnas som stående punkt på teamkonferens).

## **ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN**

**Resultat:** Ingår ej som styrmått på Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm.

## **MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN**

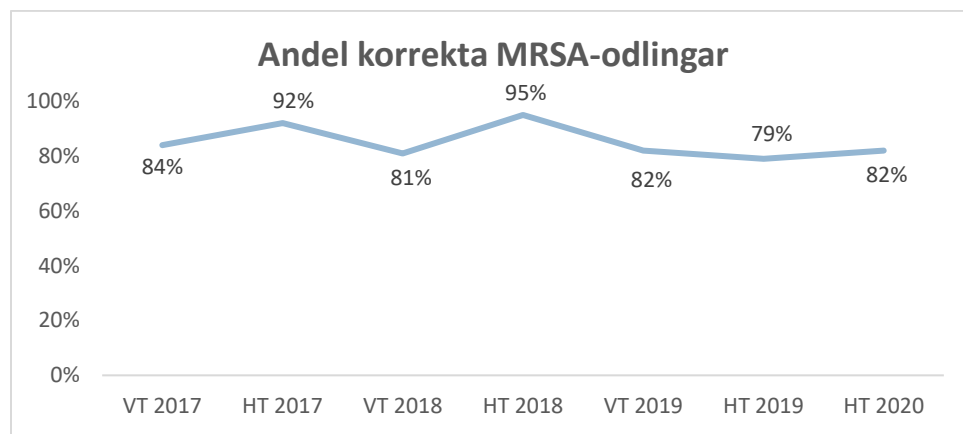
*Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA*



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

**Resultat:** 82 %. Målet är ej uppnått under 2020. Inga patienter hade varit utlandsvårdade vid mättillfället under hösten 2020 så ESBL carba har vi inget underlag för.

**Analys:** 68% av patienterna har risk för MRSA. Majoriteten av patienterna odlas korrekt, följsamheten har ökat något. Det vi ser är att vi har missat att provta fler sår/eksem/hudförändringar än tidigare, men vi har blivit bättre på att provta övriga så som urinkateter, infarter, PEG, trackstoma osv.



### Genomfört förbättringsarbete 2020:

- Detaljbeskrivning av metod för ARB-screening i sjuksköterskans inskrivningschecklista.
- Introduktion av ARB-screeningsmetod av nyanställd personal
- Utöka hygiengruppen med SSK så det är en SSK från varje vårdavdelning

### Planerat förbättringsarbete 2021:

- Uppföljning av användandet av hudinspektionsblankett
- Hygiengruppen fått prioritera smittskyddsarbetet och inte hunnit planera förbättringsarbeten gällande följsamhet till ARB-screening än. Frågan kommer att diskuteras under vårens Hygiengruppsmöten.
- Ansvariga sjuksköterskor på slutenvården ska lära ut och kontrollera kunskapen hos nyanställda gällande ARB-screening.

## FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

*Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt*

*Datakälla: Rapportor*

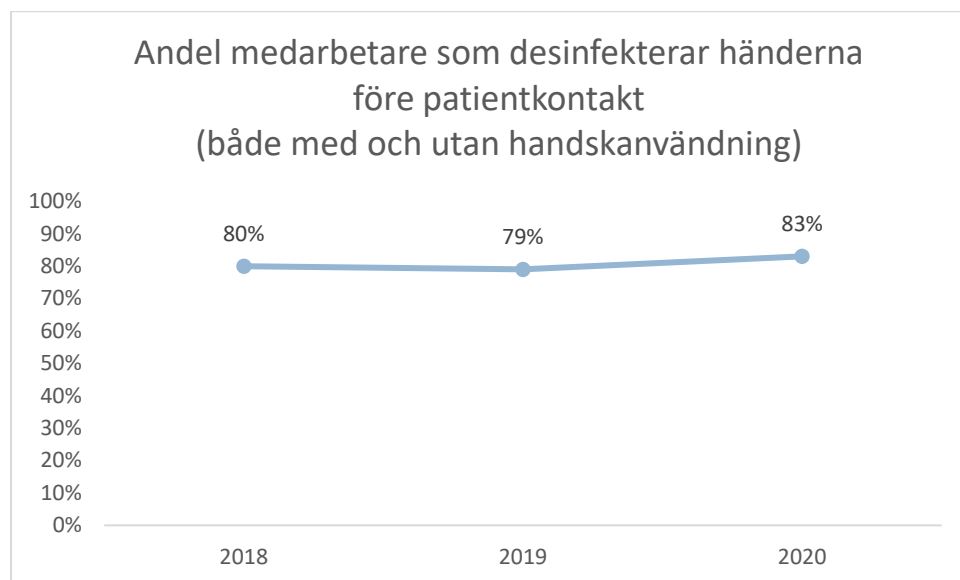


Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>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

### Mål:> 66%

**Resultat:** 83 % i slutenvården. Någon självskattning har inte genomförts under året i öppenvården relaterat till pandemin.

**Analys:** Handdesinfektion före patientkontakt har ökat med 4% från år 2019 till 2020. Det kan bero på att under pandemin har det varit ett stort hygienfokus och personalen fick göra om utbildning i hygien.



### Genomfört förbättringsarbete 2020:

- Lättläst patientinformation för olika sorters smitta är framtagen och finns på avdelningarna.
- Hygienvecka har genomförts under hösten 2020 med föreläsningar och presentation av resultat från hygienmätningarna.
- Fortsatt arbete för "nolltolerans" kring ofölsamhet till klädregler.
- Information- och utbildningstillfällen med efterföljande diskussion.
- Fortsatt styrmått i aktivitetsplan under 2020 och uppföljning av utförande av årlig repetition av Lärtorgsmodul om basala hygienregler.

### Planerat förbättringsarbete 2021:

- Hygienvecka till våren/hösten.
- Fortsatt information- och utbildningstillfällen med efterföljande diskussion.
- Fortsatt arbete för "nolltolerans" kring ofölsamhet till klädregler.



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

- Fortsatt styrmått i aktivitetsplan under 2021 och uppföljning av utförande av årlig repetition av Lärtorgsmodul om basala hygienregler.
- Rutin för muntlig information till patienter med olika sorters smitta ska implementeras
- Rutin för arbetsdräkt utanför sjukhuset (konsultbesök på annat sjukhus, hembesök, träning med olika färdmedel, handla, promenad etc) ska tas fram.

## VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

**Resultat:** Ingår ej som styrmått på Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm.

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

**Resultat:** Ingår ej som styrmått på Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm.

### **ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD**

**Resultat:** Ingår ej som styrmått på Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm.

## PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

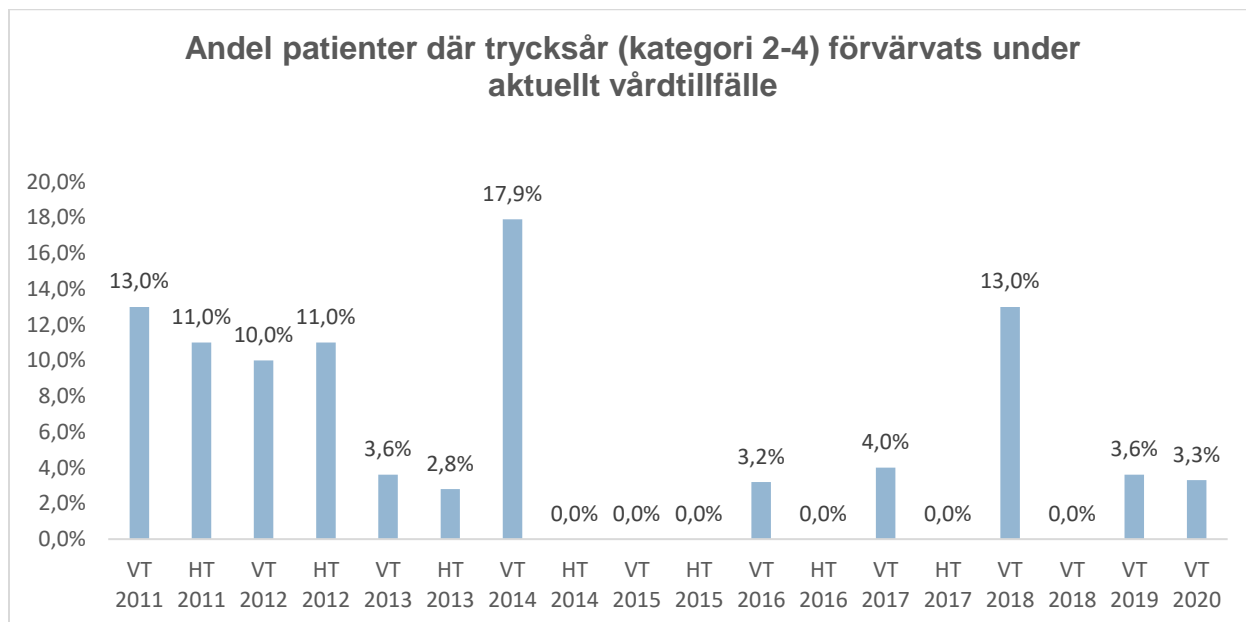
*Datakälla: Rapportor, Målnivå <3% egenförvärvade kat 2–4 inkl A/B, aktivitetsplan> 65 %*

**Resultat:** 3,3 % (1 av 30) egenförvärvade kat 2–4 trycksår vid PPM-mätningen. 100% var riskbedömda och 66,7 % hade en aktivitetsplan insatt vid inskrivning.

**Analys:** Det är inte fler trycksår än tidigare som är förvärvade på enheten (3,6% 2019 (1 av 28)). Dock ser vi fler patienter med förvärvade trycksår efter långvarig IVA-vård (post-covid) i år än tidigare år. Gällande aktivitetsplaner har det sjunkit med 22,2% från 88,9% 2019 till 66,7% 2020. Kontinuiteten och bemanningen på teamen har varit bristande pga. sjukdom bland personal relaterat till pandemin. Det har också varit många bemanningssjuksköterskor som i regel inte öppnat upp aktivitetsplaner och följt andra rutiner som ordinarie sjuksköterskor arbetar mycket med.



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



**Genomfört förbättringsarbete 2020:** Utvecklingen av sortimentet av sårmaterial har fungerat väl. Det finns nu en lista på det material som alltid ska finnas med beskrivning av användningsområde. Vi har försökt minska på vissa kostnader tex genom att byta från Cavilon till Silesse. Däremot har vi valt att satsa på material som kan läka sår snabbare (ex. Debrisoft) men som kostar lite mer. Det har tagits fram sårvårdslådor för att minska smittspridning och kontaminering. I lådorna finns en instruktion för hur de ska användas. Sårvårdslådorna kommer upp vid inskrivning av patienten i inskrivningsmallen då en aktivitetsplan för sår sätts in. Några har börjat fota sår självständigt på avdelningen istället för att ta in sjukhusfotografen och har fått utbildning i hur man lägger in bilderna i journalen. Samarbetet med paramedicinare har också ökat då vi såg att ortoserna skapar många grad 1 trycksår. Påminnelser i sjuksköterskegruppen gällande dokumentation av sår i framförallt utskrivningsanteckningen har också pågått under året.

**Planerat förbättringsarbete 2021:** Vi behöver fortsätta förbättra dokumentationen av sår bland sjuksköterskorna, framförallt "sår under aktuellt vårdtillfälle" i utskrivningsanteckningen samt se att aktivitetsplanerna ökar igen. Undersköterskorna skulle behöva få utbildning i basal sårvård också under året.

## PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Qlikview Målnivå > 80% nutritionsbedömning

**Resultat:** 99 % av patienterna har nutritionsbedömts under 2020.



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

**Analys:** Då resultaten tidigare har tagits från Rapportor och PPM-mätningarna och inte från Qlikview är det inte samma jämförelse. Tittar man dock i Qlikview från 2019 var det 100% som hade nutritionsbedömts så det har gått ner 1%, men håller fortsatt en hög nivå för nutritionsbedömning.

**Genomfört förbättringsarbete 2020:** Kökspersonalen har gjort en e-kurs om "Måltid på sjukhus".

**Planerat förbättringsarbete 2021:** Att patienter ska kunna bli mer delaktiga i att beställa mat.

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

**Resultat:** Detta är ett mått som ska utvecklas mer under 2021 centralt på sjukhuset och behöver inte redovisas för 2020.

### 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 den utsträckning du önskar?"	<b>90,7 %</b> (91% 2019)	<b>90 stycken</b>	<b>80,9 %</b> (74% 2019)	<b>146 stycken</b>
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	<b>90,0 %</b> (94% 2019)	<b>90 stycken</b>	<b>86,8 %</b> (86% 2019)	<b>148 stycken</b>
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till	<b>97,8 % + 100 %</b> (98% 2019)	<b>91 stycken 4 stycken</b>	<b>95,2 %</b> (89% 2019)	<b>148 stycken</b>



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

	någon i din situation?"				
--	-------------------------	--	--	--	--

**Mål:** Andel positiva svar på respektive fråga > än förra årets resultat

**Analys:** För öppenvården är det många färre respondenter på grund av pandemin då den verksamheten har varit nerdragen. Resultaten visar att färre anser att de har fått tillräckligt med information om sin vård/behandling. Gällande delaktighet och involvering samt helhetsintrycket ligger de på nästan samma nivåer som förra året.

För slutenvården visar resultaten på att något färre än förra året har svarat, men inte så stor skillnad. Där har både delaktighet involvering samt helhetsintrycket ökat från förra året medan information och kunskap ligger kvar på ungefär samma nivå.

**Genomfört förbättringsarbete 2020:**

**Hjärnskaderehab slutenvård:** Patientråd är testat och implementerat

**Planerat förbättringsarbete 2021:**

**Hjärnskaderehab slutenvård:** (flyttat från 2020 på grund av pandemin) Följa upp användandet av Teach-back-metod