



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>

## KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

### VERKSAMHETSOMRÅDE: DS GERIATRIKEN

### KUNSKAPSBASERAD VÅRD

### KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

Se bilaga sid 7

## SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

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

- Har haft en intensiv lärandekultur och reflektion för att i alla yrkesgrupper snabbt kunna implementera ny kunskap för bästa möjliga vård vid covid-19.

### PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

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

*Kort beskrivning av er analys utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) - frågorna i medarbetarundersökningen och vilken /vilka åtgärder ni planerar att genomföra 2021 för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom verksamhetsområdet*

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** Resultatet 2019 var HSE-index 77 och 2020 var HSE-index 73.
- **Analys:** 2019 var svarsfrekvensen 85% (166/196) och 2020 var den 52% (85/163). I stort sett samtliga svarsalternativ ligger 1-2 tiondedelar lägre än förra året. Inga specifika områden sticker ut. Med den låga svarsfrekvensen 2020 bedöms analys högst vanskelig.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

Vår största utmaning är att kompetenssäkra vården för en trygg och hållbar arbetsmiljö. Planeras internutbildning inom flera olika områden för att sträva mot målet.

### VÅRDAVIKELSEHANTERING

## Medarbetarrapporterade vårdavvikelse i Händelsevis



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>

**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:** 2019 232 vårdavvikelser/196 månadsanställda. 2020 163 avvikelser/163 månadsanställda
- **Analys:** Efter riskrund 201110 beslutats att vi behöver arbeta mer strukturerad med avvikelser vid narkotikasvinn.  
Vårdavvikelser kopplade till felaktig administrering tros kunna avhjälpas genom ändrad struktur i läkemedelsrum där vi sedan en tid tillbaka har planerat att strukturera efter ATC-koder. Detta arbete återupptas när belastningen minskar.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Ett mer strukturerat arbetssätt kring analys 2 har införts med tydlig återkoppling till arbetsgruppen.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Att förbättra återkopplingen samt uppmuntra till avvikelser genom ökad fokus på frågan vid APT när covid så medger.  
Alla uppmanas att gå den obligatoriska utbildningen i patientsäkerhet på Lärtorget.  
Revidering av rutinerna runt fallprevention är påbörjad.

## 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:** 4 ärenden har inkommit till Patientnämnden, 2 ärenden till IVO, ett fåtal ärenden via 1177 och 4 synpunkter från patient/anhörig.
- **Analys:** Vi har haft ett lägre antal ärenden under 2020 än tidigare år.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Arbetet har fokuserat på att implementera DSAB's arbetssätt avseende patientsäkerhet.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsatt implementering.

## RISKANALYSER



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

- **Resultat:** Minianalyser utförs vid alla negativa händelser där det kan tänkas föreligga vårdskada.
- **Analys:** Den vanligaste avvikelserna gäller fallolyckor.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Upprätthålla befintliga rutiner trots covid.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Säkra att alla riskanalyser följer DSAB's rubriksstruktur.

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:**  
Lex Maria angående seskretess journal via nätet: Pågående ärenden  
Lex Maria angående pleuratappning: Pågående ärenden
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Direkta åtgärder har vidtagits. Inväntar svar ifrån IVO.

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

*Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA*

- **Resultat:** Vid höstens PPM var 25 riskfaktorer dokumenterade på våra 59 inläggande patienter. Av dessa 25 var 8 ej korrekt odlade vilket innebär 68% följsamhet.
- **Analys:** Årets resultat var sämre än vid tidigare mätningar och det beror på att det har skett en organisationsförändring. Tidigare har kravet varit att odla riskfaktorer på alla patienter som kommer från annan avdelning. Då vi numera är samma vårdgivare faller det kravet bort när vi tar emot patienter ifrån DSAB och vi ärver då resultaten om odlingar har missats tidigare i vårdförloppet, vilket tyvärr har hänt vid ett antal tillfällen enligt denna PPM.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inte arbetat med detta under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Kan vara ett omfattande arbete att undersöka om riskfaktorer är korrekt odlade innan patienterna anländer på geriatriken då man behöver veta om riskfaktorerna i så fall fanns redan vid första inskrivningstillfället på sjukhuset. Vissa patienter kan ha ett långt vårdförlopp innan de kommer till oss. Men vi planerar att jobba på att vid inskrivning hos oss ska vi rutinmässigt kolla mikrobiologisvar för hela vårdförloppet för att upptäcka om odlingar ej har tagits.

## FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

*Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt*



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>

Datakälla: Rapportor

- **Mål:> 66%**
- **Resultat: 65%**
- **Analys:** Vi har konstaterat att vi har ett behov av ett förbättringsarbete men ingen djupare analys har ännu utförts.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Det har varit stort fokus på hygien och alla vårdavdelningar har haft genomgång med representanter ifrån Vårdhygien. Alla vårdenhetschefer har haft morgonsamling inför arbetspassets start och hygien har varit en av de viktigaste frågorna under året.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Alla hygienombud/observatörer ska gemensamt ta fram en handlingsplan utifrån de observationer som har gjorts.

## PATIENTUPPLEVD KVALITET

Redovisa resultat från **eventuellt** genomförda mätningar, öppen- och slutenvård Datakälla: Rapportor, Webropool, Touchpoint eller 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
<b>Delaktighet och involvering</b>	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"				
<b>Information och kunskap</b>	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"				
<b>Helhetsintryck</b>	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"				



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>

- **Mål:** I samband med utskrivning ska vi erbjuda alla patienter att svara på enkät
- **Analys:** Vi har tidigare haft patientenkät via webropol men i och med verksamhetsövergången så har vi haft en del IT-problem och enkäten har ännu inte kommit till stånd.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Att åter igen få till stånd en lösning för patientenkät.

## ÖVRIGT

### INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

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

IVO har gjort en granskning avseende vården vid geriatriska kliniker i region Stockholm.

I ett normalläge hade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommit ut för att kunna möta vårdpersonalen och ställa frågor, men i och med rådande situation gör de för tillfället inga platsbesök.

Istället skickar IVO ut en enkät till ett urval av undersköterskor, sjuksköterskor och läkare på verksamhetens samtliga avdelningar för ineliggande patienter. De ska ha tjänstgjort under covid-19-pandemin under dag/kväll eller natt dygnet den 22 april 2020.

Enkäten har gått till en sjuksköterska, en undersköterska, en läkare per avdelning samt en undersköterska och en sjuksköterska som jobbat natt på respektive avdelning.

IVO har ytterligare gjort ett tillsynsärende på all geriatrik med fokus på covid-vård och smittspridning.

Inget svar finns.



Danderyds Sjukhus

I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

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>



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>

## INRAPPORTERINGSMALL 2020

sid 1 (2)

MILJÖCERTIFIERING/MILJÖDIPLOMERING	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Rapporteringskrav rörande miljöcertifiering respektive miljödiplomering har gjorts enligt instruktion på Vårdgivarguiden – Miljökrav i avtal	ja			Ja/Nej
LÄKEMEDELS MILJÖPÅVERKAN	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Antal anställda inom verksamheten (inklusive AT- och ST-läkare) som den 31 december 2020 hade rätt att förskriva läkemedel	24			
Antal av dem som någon gång (inte enbart de som gått under 2020) har genomgått utbildningen "läkemedels miljöpåverkan"	24			
Andel av de anställda inom verksamheten (inklusive AT- och ST-läkare) som den 31 december 2020 hade rätt att förskriva läkemedel som någon gång gått utbildningen "läkemedels miljöpåverkan"	100%	#DIVISION/0!	#DIVISION/0!	
EKOLOGISKA LIVSMEDEL	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Råvarukostnad för livsmedel till patientmat	1 408 318 kr			Kronor
Råvarukostnad för livsmedel till patientmat som är baserade på ekologiskt framställda produkter	566 956 kr			Kronor
Andel av råvarukostnad för livsmedel till patientmat som är baserade på ekologiskt framställda produkter	40%		#DIVISION/0!	
DRIVMEDELSFÖRBRUKNING	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Årsförbrukningen av drivmedel i liter uppdelat per bränsle har bifogats inrapporteringen (se MALL DRIVMEDEL ASIH nedan)				Ja/Nej
VRI	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Andel VRI våren 2020	Ingen data			
Andel VRI hösten 2020	14%			
Populationens storlek våren 2020	Ingen data			Antal
Populationens storlek hösten 2020	57			Antal
VRI I EGEN VERKSAMHET	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Antal avslutade vårdtillfällen	2839			
Antal avslutade vårdtillfällen med uppkommen VRI i egen verksamhet	16			
Andel avslutade vårdtillfällen med uppkommen VRI i egen verksamhet	1%			
SVEDEM	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Antal patienter där demensdiagnos fastställts under året	117			
Antal patienter som avböjt att medverka i SveDem (exklusionsgrupp)	2			
Antal patienter som inte har kunnat ge sitt samtycke till att medverka i SveDem (exklusionsgrupp)	32			
Antal patienter där demensdiagnos fastställts under året som har registrerats i SveDem	83			
<b>Täckningsgrad SveDem</b>	<b>100%</b>			
Redovisa resultat från fråga 1.1 i SveDem rörande mediantiden från remiss till påbörjad utvidgad minnesutredning	23			Dagar
SVENSKA PALLIATIVREGISTRET	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Antal dödsfall under året (oavsett när vårdtillfället/vårdperioden påbörjades)	93			
Antal dödsfall under året (oavsett när vårdtillfället/vårdperioden påbörjades) med reservnummer (exklusionsgrupp)	0			
Antal dödsfall under året (oavsett när vårdtillfället/vårdperioden påbörjades) som avled på korttidplats på SÄBO under vårdperioden (exklusionsgrupp ASIH)				
Antal dödsfall under året (oavsett när vårdtillfället/vårdperioden påbörjades) som har registrerats i Svenska Palliativregistret	93			
<b>Täckningsgrad Svenska Palliativregistret</b>	<b>100%</b>	<b>#DIVISION/0!</b>	<b>#DIVISION/0!</b>	
Från Svenska Palliativregistret bifogas resultatet för 2020 från datatabell	GERIATRIK	ASIH	SPSV	
Eftersamtal erbjudet (%)	91%			
Munhälsa bedömd (%)	84%			
Antal vårdtillfällen/vårdperioder i urvalet (väntade dödsfall)	74			



Danderyds Sjukhus

I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

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>