



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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: INTERNMEDICIN OCH INFEKTION

## KUNSKAPSBASERAD VÅRD

### KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

#### ANTIBIOTIKARONDER

Antal avd där antibiotikaronder genomförs

- **Mål:** 5 avd
- **Resultat:** I snitt under året **5 avdelningar (med 2 besök/v)** men med varierad inriktning. Under januari-mars och augusti-oktober genomfördes som planerat systematiska antibiotikaronder 2 ggr/v av infektionsspecialist på avd 76 (allmän internmedicin), avd 1 (njurmedicin), avd 65 (urologi), avd 74 (lungmedicin) och avd 37 (geriatrik) (=5 avdelningar). Pga covid-pandemin har sedan arbetet styrts om och fördelats där insatserna behövts mest, dvs: periodvis dagliga besök (och minst 2 ggr/v) avd 76, fortsatta ronder 2 ggr/v på avd 1, avd 74 och avd 37, därtill ronder på avd 32 (även detta geriatrisk avd som vårdar covidpatienter). Fokus har legat på avdelningar som hanterar covidpatienter.
- **Analys:** Arbetet med antibiotikaronder har under 2020 inte kunnat ske lika systematiskt som planerat (dvs ingen möjlighet att se över även patienter med mindre komplicerad infektionsproblematik) under delar av året med hänsyn till covid-19. Dock har ett gediget antibiotikaarbete genomförts där infektionskonsulter varit inkopplade kring de flesta antibiotikaordinationer i samband med covidpatienter. Kunskapen om att sekundära bakteriella infektioner i samband med Covid-19 är mer ovanligt än först befarat (frånsett hos patienter med IVA-vård) har bidragit till att antibiotikaanvändningen i samband med Covid kunnat stramas upp och förbättras.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Utökning av antibiotikaronderna har skett under 2020 jämfört med 2019 som planerat, men pga covidpandemin har resurserna fått fördelas till de avdelningar där patienter som normalt vårdas vid infektionskliniken nu vårdats samt avdelningar som hanterat covidpatienter.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

Inledningen av 2021 börjar som slutet av 2020 dvs infektionsläkarnärvaro för avstämning av antibiotika och covidrelaterade frågor på avd 1, avd 76, avd 74, avd 37 och avd 32 samt fortsatt närvaro IVA/IMA. När pandemin klingar av, återta strukturerade traditionella antibiotikaronder på de avdelningar som ses mest i behov med bl.a. åter involvering av kir/urologblocket med mål att trappa upp till 6 avdelningar/v men med som tidigare nerdragning under sommaren.

## TÄCKNINGSGRAD SILFS KVALITETSREGISTER

- **Mål:** > 30 %
- **Resultat:** 33 %
  
- **Analys:** 235 pneumonidiagnoser har satts på kliniken under året, och av dessa är 78 registrerade i SILFs kvalitetsregister. Totalt sett ses ett mindre antal pneumonier jmf med 2019 – förmodligen då vi haft hög andel covid-19 patienter och bakteriella pneumonier vårdats på andra avdelningar. En påminnelse gick ut under hösten vilket tycks ha haft effekt med tanke på upphämtningen från förra årets första kvartal.
  
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Kommunikation till läkargruppen om indikatorn. "Automatiserad påminnelse" via sekreterare.
  
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Mer utförlig information till underläkare som tjänstgör tillfälligt på kliniken. Upprepade påminnelser till läkargruppen. Återkoppling till läkargruppen avseende innehållet i registret för att tydliggöra registrets funktion.

## REGISTRERING AV HCV I INFCARE HEPATIT

- **Mål:** > 87%
- **Resultat:** 95 %
  
- **Analys:** Ny rutin där medicinska sekreterare registrerar i kvalitetsregistret Infcare i samband med dokumentation av journalanteckningen efter mottagningsbesöket, leder till den höra täckningsgraden.



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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:** Ny rutin samt infört en extra genomgång som kontroll så att inget missas.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Bibehålla den höga täckningsgraden genom ny rutin (arbetssätt). Om ny indikator ska tas fram behöver detta göras efter diskussion i hela infektionsläkargruppen.

## 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 på verksamhetsnivå:**  
Täckningsgrad i registret: **81,3 %**.  
Andel pat med utförd validerad smärtskattning: **70 %**.  
Andel pat med utförd munhälsobedömning: **70 %**.
- **Analys:** Samtliga mål uppnådd på vo-nivå. På avdelningsnivå varierar dock resultaten i stor grad, men detta beror primärt på pandemins påfrestningar med ändrade arbetssätt, kapacitetsbrist, och omfattande ökning i antal avlidna jmf med tidigare år.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga planerade förbättringsåtgärder varit möjligt att genomföra under året pga covid-19 pandemin.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Re-starta ronder med palliativt konsultteam, föreläsningar r/t palliativ omvårdnad i akutvården, genomgång av datafångst (var hittas data?) till dödsfallenkäten. Undersöka möjligheter till närståendeenkät efter avlidna patienter.

## ANTAL DOKUMENTERADE BRYTPUNKTSSAMTAL I SJUKHUSGEMENSAM LÄKARMALL

Datakälla: Qlikview

- **Målnivå:** > fg år (407).
- **Resultat:** 521 brytpunktsamtal är dokumenterade i sjukhusgemensam läkarmall under 2020 (441 internmedicin, 80 infektion).

2019

2020



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

|                  | <i>Mall</i> | <i>Avlidna</i> | <i>Mall</i> | <i>Avlidna</i> |
|------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| <b>Internmed</b> | 371         | 414            | 441         | 674            |
| <b>Inf</b>       | 36          | 41             | 80          | 99             |

- **Analys:** Även om antal dokumenterade brytpunktsamtal har ökat, så har andelen brytpunktsamtal per avlidna minskat. Detta tolkas vara en "covid-effekt" där sjukdomsförloppet varit så att vi inte haft en traditionell brytpunkt, utan att behandling fortsatt till patienten dör. Syftet med brytpunktsamtalet, att tillsammans med patient och närstående enas om målet med våren (goals of care) har under pandemin delvis uppfyllts genom att blanketten för behandlingsbegränsningar istället fyllts i tidigare i vårdförloppet. Dock är det inte undersökts i vilken utsträckning som patient och närstående involverats i besluten.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Sökorden i journalmallen har uppdaterats för att bättre spegla själva strukturen för brytpunktsamtalet. Mer fokus har lagts på den medicinska bedömningen och kvaliteten på anteckningarna upplevs ha ökat. Sökorden uppfattas även som mer relevanta.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Driva ett arbete att införa termen "Framtidssamtal" som ska stimulera att diskussioner kring "goals of care" förs tidigare i sjukdomsförloppet än vid övergång till vård i livets slut. Diskussion förs båda i forum med den andra akutsjukhusen, Palliativt kunskapscentrum, SÄBO-organisationerna, och regionens norra geriatriska kliniker.

## SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

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

- Noggrann bevakning av avvikelser och synpunkter på vården, samt mycket frekventa ledningsgrupper har varit verksamhetsområdets viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet under ett år med pandemi som medfört nya patientprocesser/arbetssätt, i kombination med att vara ett nytt vo bestående av 2 kliniker som inte hunnit med att skapa en gemensam grund för ledning/styrning och arbetssätt.

## PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

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



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

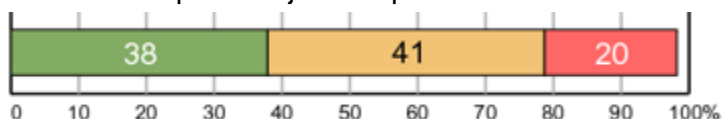
Kort beskrivning av er analys utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) -frågorna i medarbetarundersökningen och vilken /vilka åtgärder ni planerar att genomföra 2021 för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom verksamhetsområdet

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** Verksamhetsområde internmedicin och infektion blev från 1 februari 2020 eget verksamhetsområde, så årets resultat anses vara en utgångspunkt för framtida mätningar och jämförelser. Därför sker ingen jämförelse med tidigare årsresultat.
- **Analys:** 54 % av vo'ts medarbetare svarade på enkäten (182 av 339 medarbetare). HSE-index för 2020 är 73, något lägre än sjukhusets HSE-index på 76. De två påståenden där andel positiva (gröna) svarande inte dominerar fördelningen på den 5-gradiga skalan är:

1) På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser.



2) På min arbetsplats erbjuder vi patienten att vara del i vårt patientsäkerhetsarbete.



På dessa två påståenden är det lika många som inte instämmer, eller bara delvis instämmer till påståendet.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**
- Utforska olika metoder för återkoppling av avvikelser och patientärenden, med fokus på begreppsförståelse (risk, tillbud, negativ händelse, vårdskada, etc) till medarbetargruppen. Öka kunskapen om systemfel och undvikbarhet.
- Utveckla/Identifiera och testa metod för att få en bild av patienternas perspektiv på patientsäkerhet.

## VÅRDAVVIKELSEHANTERING

### Medarbetarrapporterade vårdavvikelser i Händelsevis



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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 vårdavvikelse, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från medarbetare

**Mål:** Öka antalet inrapporterade vårdavvikelse per anställd och år

**Mål:** Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelse

- **Resultat:** Under 2020 är det rapporterat och handlagts 573 avvikelser (ett visst antal är pt fortfarande ej handlagda och avslutade – pt under uppföljning). Jämfört med 618 avvik i 2019, och 679 i 2018 anses 2020 års resultat vara på en acceptabel nivå.
- **Analys:** Covid-19 pandemins utmaningar och påfrestningar går som en röd tråd i samtliga avvik. I den akuta inläggningsprocessen på medicinakuten beskrivas risker och tillbud pga brist på vårdplatser, framför allt högre vårdnivå där det har beskrivits flertal riskabla situationer. Även risker för smittspridning när patientavflödet inte varit effektivt. I början av pandemin skedde flera risker och tillbud i relation till nya riktlinjer (bristande kännedom) och nya arbetssätt (tar tid att lära sig). Vårdplatsbrist och kapacitetsutmaningar underliggande orsaker som följer med in i 2021. Utmaningar också i utflödet av patienter då kommunen ofta hade problem med mottag inför helg/under helgen.  
Frekvent under hela året har patienter fallit, trots riskbedömningar och insatta åtgärder. Flera av de som faller har en infektion, och fallet sker ofta på väg till toaletten. Andra fall är relaterat till att patienten inte har krafter/ork att förflytta sig hela den sträckan de tänkt förflytta sig, och glider ihop på golvet. Inga allvarliga skador rapporterad, för det mesta små hudsår. Majoriteten av fallen anses inte vara undvikbara.  
Et annat område med frekventa avvikelser är i relation till handhavande av hjälpmedel och medicinsk teknisk utrustning. Det är rapporterats att larm på V60 apparat är avslagna, felkopplingar av slangar i centrala anläggningar som används vid O2-behandling (kopplat till medicinsk luft istället för oxygen), ej korrekt öppnat oxygenflaska under patienttransport, och tryckavlastande madrasser som ej kopplat till ström (ingen avlastande effekt).
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Riktlinjer och optimalisering av patientflöden och arbetssätt har utvecklats fortlöpande under året. Test och utvärdering av "fall-stolpe" – ny teknologi för monitorering av patienter som har fallrisk blev inställt pga covid-19 pandemin.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Genomgång/utbildningsinsatser relaterat till behandlingsapparat (V60), och handhavande av transportabla oxygenflaskor samt O2-behandling via central anläggning. Diskutera hur kontrollrutiner av utrustning kan utföras mera systematiskt, t ex via "SerUPP"-ronder.

## Enskilda synpunkter på vården från patienter/närstående



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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:** 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:** Under 2020 inkom 44 ärenden från patient/närstående, samt myndigheter gällande synpunkter på vården.
- **Analys:** De flesta synpunkten är relaterat till vård och behandling där patient eller närstående ifrågasätter val av behandling, medicinska bedömningar, och dåligt bemötande. Många tidpunkter för händelserna är under de perioder vi haft en mycket hög belastning pga covidpandemin. Enstaka klagomål relaterat till försvunna värdesaker, ID-stöld, och bristande användning av skyddsutrustning i nära vård har också inkommit. En del klagomål kommer från personer som återkommer med upprepade genmälen och/eller händelser som skett upp till två år tidigare. Allmänt sett är de flesta klagomål individspecifika, dvs det är inte noterat något mönster med återkommande typ av klagomål generellt sett.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Sjukhusets riktlinje gällande hantering av patienters tillhörigheter under vistelse på DS AB (DSVT-S-1455632) er genomgått i personalgruppen. Förtydligande av att det endast är på patientens begäran eller om patienten inte är kontaktbar eller inte har egen handlingsförmåga att sjukhuset tar över hanteringen av patientens tillhörigheter. Dock viktigt att det också informeras om stöldrisk, och uppmuntra patienten i första hand lämna över värdesaker till närstående så de kan förvaras hemma. Detta dokumenteras grundligt i patientens journal. I ett annat ärende, har en person (ej patient) drabbats av identitetsstöld, där någon har konsumerat vård i vidkommandes namn och personnummer (upptäcktes vid mottag av faktura från DS, samt kontroll av den egna journalen). Vid granskning av dokumentationen till det aktuella vårdtillfället framkommer att "patienten" aldrig legitimerat sig med ID-bevis, bara genom att uppge personnummer.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Översyn av vilka möjligheter som finns för säker uppbevaring av ägodelar när man läggs in i slutenvården. Undersöka om det finns funktionella lösningar på avdelningar som i dag har inte låsbara skåp till patienterna (75:an). Påminna om vikten av identitetskontroll vid inskrivningar, överflyttningar, och provtagningar. I takt med att många patienter och närstående nu läser journalen via nätet kan det behövas diskuteras/reflekteras om vi behöver anpassa hur manformulerar sig skriftligt, samtidigt viktigt att se denna utvecklingen som en möjlighet att göra patienterna mera delaktiga i sitt vårdförlopp.



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

## RISKANALYSER

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

- **Resultat:** Inga strukturerade riskanalyser utförda i verksamheten eller på ett mera övergripande systemnivå utförda under 2020.
- **Analys:** Pandemin under 2020 har varit så kapacitetskrävande att riskbedömningar r/t patientsäkerhet mer skett informellt där varje chef/ledare inom verksamheten fortlöpande har bedömt om det finns risker för att händelser ska kunna inträffa, och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet, och återrapporterat på ledningsmöten med verksamhetschef.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** - .
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Upprätta analysgrupp (PSL, PSC) som på ett frekvent och strukturerat sätt bevakar, granskar, och identifierar områden för förbättring.

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:**  
3 internutredningar genomförda, dock inga som genererade någon Lex Maria anmälan.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Patientsäkerhet och arbetsmiljö går ofta hand i hand. Verksamhetsområdets patientklientel utgörs ofta av multisjuka/komplexa patienter vars hantering i kombination med frågor som belastning på akuten, vårdplatsfrågor och riskmedvetande är några exempel på fokusfrågor i kontinuerlig dialog på ledningsgruppsmöten, APT mm.

## 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

- **Resultat:** Fallförekomsten bland patienterna är hög inom verksamhetsområdet, något som speglas båda i data från QW och antalet fallrelaterade avvikelserapporter i Händelsevis. Andel som riskbedöms inom 24 timmar var under 2020 hög, på hela 95 %, varav 39 % identifierades ha en risk för fall. Hela 80 % av dessa hade en aktivitetsplan med





|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

fallförebyggande åtgärder upprättat i sin journal. Målnivå gällande aktivitetsplan för riskpatienter anses uppnått.

#### Andel som fallit, med och utan skada:

| Indikator                  | Infektion | Internmedicin |
|----------------------------|-----------|---------------|
| Andel pat som fallit       | 2,8%      | 3,6%          |
| Andel som fallit med skada | 0,8%      | 0,9%          |

- **Analys:** Vid granskning av fall-data från QW och avvik som rapporterats i H-vis är det identifierad att alla bedömningar och aktuella åtgärder finns dokumenterade i patientens journal. Journaltexter framkommer ofta att patienten uppmärksammas på sin fallrisk och motiveras kontakta personalen för hjälp med förflyttningar både i och ev utanför patientrum, komma och in-/ut av säng. Det att be om hjälp tycks vara svår för en del patienter, då de ändå, på eget initiativ väljer att förflytta sig själva utan mänskligt stöd – ofta vid behov för att gå till toaletten, lokalen för de flesta fallen. Många patienter i dag har också kognitiva sjukdomar med ändrade beteendemönster som gör fallriskpreventiva åtgärder till en utmaning (till exempel sänggrind som patienter tyvärr kan klattra över).

De vanligaste skadorna som registrerats är ömmande områden, eller hudskador. Inga allvarliga skador är registrerats, och alla som fallit är uppföljda av läkare med tanke på allvarligare skada.

Analysgruppen bedömer att dessa fall inte var undvikbara. För att komma dit behövs personal som kan närvara hos patienten hela tiden, och den kapaciteten finns inte i dag.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Infektionskliniken planerade test av ny teknologi för fallvarning, dock blev det för svårt att utvärdera effekt under pågående pandemi så testet ställdes in.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Verksamhetsområdets avdelningar har i flera år arbetat med att reducera fallförekomsten. För 2021 planeras inga större projekt, vi väljer att följa sedvanliga/fastställda rutiner och praxis.

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

Datakälla: Qlikview Målnivå: >71 %

- **Resultat:** Intermedicin 78,8 %, Infektion 83,5%.
- **Analys:** Båda klinikerna ligger över målnivån.



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

Majoriteten av de som skrivs ut från sjukhuset, oavsett om de ska till hemmet, eller annan vårdgivare får utskrivningsmeddelande och läkemedelsberättelse. För vårdtillfällen under april månad observeras en nedgång som tolkas ha samband med covid-19 pandemin.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Kontinuerlig handledning av nyanställda och randande läkare på Vo.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inga nya förbättringsåtgärder planerade. Fortsatt utbildning av nyanställda och randande läkare på Vo.

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

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

- **Resultat:** 83 % av patienterna blev korrekt handlagda för MRSA under 2020.  
**Analys:** Covid-19 pandemins utmaningar med införandet av nya arbetssätt, nya kollegor, och ändrade patientflöden inom verksamhetsområdet (flödesavdelningar) har nog påverkat resultatet. Det samma har PPM mätningarnas urval, då det under vårmätningen var 2 avdelningar som inte deltog.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Infektionskliniken kontinuerade arbete där vårdsamordnare dagligen följt upp (vardagar) om alla inneliggande patienter har odlats enligt riktlinjerna.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Diskutera möjligheter för tillämpning av infektionskliniken koncept också inom andra avdelningar på Vo't.

## FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor Mål > 66 %.

- **Resultat:** I 74 % av de 69 observationer (alla yrkeskategorier) som utfördes inom vo't desinfekterade medarbetare händerna före patientkontakt.
- **Analys:** Bakomliggande orsaker till att vi inte har en följsamhet på 100 % till handdesinfektion före patientkontakt anses vara stress, sluss, och patientsalar där handdesinfektion inte kan uppevaras då de vanligen behandlar patienter som kan finna på att dricka medlet. Några observatörer var nya i uppdraget och kan haft det svårt med själva observationsmetoden.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Covid-19 pandemin medförde stop i lokala aktiviteter. Dock har det varit en ständig strävan för alla medarbetare att dagligen följa med på



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

aktuella/uppdaterade riktlinjer och rutiner gällande vårdhygien/smittskyddsåtgärder och implementera detta i båda existerande, samt nya arbetsätt.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Utvalda observatörer ska utbildas i metod för datainsamling så samsyn för metod och vad som ska observeras skapas, och risker för feltolkningar etc elimineras. Observatörer ska också få delta i större grad när resultaten analyseras med syfte att identifiera förbättringsåtgärder.

## VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

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

- **Resultat:** Under året är det genomfört två PPM mätningar, varav 2 avdelningar inte deltog under vårmätningen pga omställningar av patientflöden i relation till covid-19 pandemin. Av de 138 patienter som är mätningarnas urval, blev andel patienter med VRI: 8 %, varav 1,4 % uppstått till följd av vården.
- **Analys:** De vårdrelaterade infektionerna som uppstått till följd av vården (2 stk) är relaterad till läkemedelsbehandling (Closs.diff), och övrigt ingreppsrelaterat ingrepp (UVI/KAD).
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete genomfört under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inga nya förbättringsåtgärder planerade i nuläget.

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

Datakälla: Rapportor, Målnivå <54 %

- **Resultat:** 76,2 % av patienterna med KAD har dokumentation, och 78 % av patienterna med CVI har dokumentation i TC/mätvärdesmodulen.
- **Analys:** På båda indikatorerna är resultaten för 2020 en god del högre än målnivån. Speglat mot avvikelser identifieras inga brister i rutiner relaterat till dokumentation.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga åtgärder inplanerade i 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Några nya förbättringsåtgärder bedöms inte vara nödvändiga i nuläget.



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

## ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD

Datakälla: Rapportor, Målnivå 81 %

- **Resultat:** 100 %.
- **Analys:** Samtliga patienter med CVI hade en aktivitetsplan aktiverat. Dock hade inte alla korrekt datummärkning vid okulär bedömning (67%). Hög arbetsbelastning under mätperioderna kan ha varit en bakomliggande orsak.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga åtgärder inplanerade i 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Påminna om vikten av datummärkning av CVI (och andra infarter).

## PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

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

- **Resultat:**

Andel patienter (inl> 24 t) med egenförvävade trycksår kat 2 – 4 inkl A/B: 10,7 %, dvs 6 av 56 patienter.

Andel riskpatienter med insatta åtgärder/Aktivitetsplan inom 24 timmar efter inskrivning: 84,4 %.

Andel riskpatienter/pat med sår som vid observationstillfället hade insatta åtgärder/aktivitetsplan och varit inskrivna> 24 timmar: 69,4 %.

Andel patienter som riskbedöms inom 24 t efter inskrivning: 100 %.
- **Analys:** Så och si alla patienter riskbedöms för trycksår vid inskrivning i avdelning, och majoriteten får också upprättat åtgärder/aktivitetsplan i journalen. Bakomliggande orsak till den höga förekomsten kan bero på bristande inspektion av hudkostymen vid inskrivning och att det då inte upptäcks t.ex. trycksår kat 1. De flesta trycksåren i PPM var lokaliserade till sacrum. Integritet och kapacitetsbrist kan ha medfört att denna lokalisering inte blivit inspekterat. Kategori 2 trycksår är kliniskt svårt att särskilja från inkontinensassocierad dermatit, och kan som "differentialdiagnos" kanske inte uppmärksammas under bedömningen? Journalen/mallarna har inte smarta lösningar för effektiv dokumentation av åtgärder som sker frekvent, så följsamhet till insatta åtgärder är svårt att analysera. Data från QW visar att 1,1 % (19 pat) på internmedicin och 1,8 % (12 pat) under året förvärvat trycksår under aktuellt vårdtillfälle under 2020. Djupanalys tyder på att många fick trycksår relaterat till oxygenbehandling (maskens tryck mot näsrygg etc).



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga planerade åtgärder, men evidensbaserade rekommendationer gällande förebyggning och behandling förmedlats ut till avdelningarna.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Aktiviteter för att öka kunskap om IAD, trycksår relaterat till medicinsk teknisk utrustning, och trycksår i den terminala fasen.

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

Datakälla: Qlikview Återinläggningar Mål: Redovisa/Analysera

### Resultat:

| Indikator  | Infektion 2020 | Internmedicin 2020 |
|--|----------------|--------------------|
| Andel utskr som lett till oplanerade återinläggningar på DS inom 30 dgr                    | 11,6%          | 13,8 %             |
| Andel utskr som lett till oplanerade återinläggningar på egna kliniken inom 30 dgr         | 4,8%           | 6,6%               |
| Andel utskr pat > 80 år som lett till oplanerad återinläggning på DS inom 7 dgr            | 7 %            | 6,4%               |
| Andel utskr pat > 80 år som lett till oplanerad återinläggning på egna kliniken inom 7 dgr | 1,4 %          | 2,6%               |

- **Analys:** Majoriteten av patienterna som vårdas på någon av verksamhetsområdets avdelningar är äldre och multisjuka. Inga undvikbara återinläggningar till egna kliniken/vo är identifierade. De återinläggningar som sker på sjukhuset är oftast pga ny diagnos. Andel som återinläggs inom 30 dgr har per år reducerats med några %-andelar sedan 2018.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Framtagna förbättringsåtgärder efter analysarbete 2018 vidarefört under 2020 (tydligare bedömningar av eftervårdsinsatser, vårdplaneringskoordinatorer, hög följsamhet till lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården).
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Några nya förbättringsåtgärder bedöms inte vara nödvändiga i nuläget.



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

## FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Qlikview Målnivå> 80% nutritionsbedömning

- **Resultat på verksamhetsnivå:** Nutritionsbedömning har utförts hos 95 % av patienterna.
- **Analys:** Målnivån uppnått båda på vo- och klinikinivå, och tecken på hög följsamhet till riskbedömning vid inskrivning av patienten.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förbättringsarbete har inte varit möjligt att genomföra pga Covid-19 pandemin.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Översyn av rutiner och arbetssätt kring nutrition och informera/utbilda i vikten av att dokumentera alla åtgärder som ordineras. Översyn av hur det fungerar med vätske-kaloriräkningslistor på de olika avdelningarna. Identifiera eventuella utbildningsinsatser. Uppmärksamma diskrepans mellan logopedordinationer och läkarbeslut relaterat till sväljproblematik.

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

Datakälla: Qlikview Målnivå> fg år (> 511).

- **Resultat på verksamhetsnivå:** Under 2020 har mallen "Slutanteckning ssk" använts 67 gånger där det samtidigt finns dokumentation under termen "sår under aktuellt vårdtillfälle".
- **Analys:** Jämfört med 2019 resultat; 511 anteckningar, har de skett en kraftig reduktion, som är ett resultat av de förenklade vårdrutinerna som infördes i slutenvården pga Covid-19 pandemin: dvs slutanteckning prioriterades bara vid övergång till annan vårdgivare, och inte där patienterna utskrevs till hemmet.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Förbättringsarbete har inte varit möjligt att genomföra pga Covid-19 pandemin.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**  
Översyn och uppdatering av mallar och termer, samt implementera användning av utskrivningsanteckning istället för slutanteckning (region beslut i mars 2020 som ej blev uppmärksammat i verksamheten).  
Information om, och genomgång av syfte med dokumentation relaterat till aktuell term.

## PATIENTUPPLEVD KVALITET



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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>                  |

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

Ingen lokala eller national patientupplevd kvalitetsundersökning blev genomförd under 2020.

## TILLGÄNGLIGHET

### VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

#### ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 78 %

- **Resultat:** 37 %
- **Analys:** Platsbrist - Covid-19 med provtagning på akutmottagningen medförde under våren långa tider på provsvar. Större antal patienter prio *röd* och *orange* än tidigare. "Lättare patienter" sorterades ut redan i yttre triage och handlagdes på närakuten.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Läkarbemannat yttre triage. Nya förstärkningsjourer på helger samt husjour kvällar.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta med yttre triage. Öka närvaron av specialist/sen ST på akutmottagningen. Förbättra handledningen. Korta tiderna på larmrum.

#### MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING MÅLNIVÅ 40 MIN

- **Resultat:** 50 min.
- **Analys:** Ej använt triageläkare inne på akutmottagningen i samma utsträckning som innan covid-19. Mediantiden ligger under 40 min kontorstid, men jourtid finns patienter kvar från eftermiddagen som ännu inte har handlagts färdigt vilket ökar tid till läkare.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Läkarbemannat yttre triage dygnet runt under våren, dagtid under hösten.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta med yttre triage. Öka närvaron av specialist/sen ST på akutmottagningen. Förbättra handledningen. Korta tiderna på larmrum.

#### ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID <8 TIM MÅLNIVÅ 95%

- **Resultat:** 80 %
- **Analys:** Ont om vårdplatser/dåligt avflöde – dålig tillgång på vårdplatser. Problem med covidprover under våren. Patienter från dag/eftermiddag väntar kvar in på jourtid och måste handläggas av nattpersonal.



|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument<br><b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:<br><b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>  | Urspr. version<br>(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:** Flödesavdelning covid. Läkarbemannat yttre triage. Ambulansomstyrning.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inget specifikt pt. förutom det som tidigare nämnts under tillgänglighetsindikatorerna.

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

- **Resultat:** 76 %
- **Analys:** Komplex sjukdomsbild hos dessa patienter samt diffusa symptom. Ånga med luftvägssymtom som behövde screenas för covid. Svårtillgänglig geriatrik, och många gånger utreddes patienterna på akuten innan beslut kunde fattas angående inläggning på geriatriken eller inte. Tider till röntgen, covid-svar och covid-transporter påverkade. Brist på vårdplatser.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Flödesavdelning för patienter med misstänkt covid-19.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Skärpa upp "silverspåret".

#### ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 36%

- **Resultat:** 33 % av patienterna på internmedicinska avdelningar, och 34 % av patienterna på infektionsavdelningar lämnar akutmottagningen inom 60 minuter.
- **Analys:** Brist på vårdplatser, överbelastade avdelningar som har svårt att ta emot, och patienter får ofta köa för att komma till aktuell vårdplats. Svårt för koordinatör att hinna med.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Läsrapport.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Utvärdering av läsrapport, stöd till koordinatör.

## ÖVRIGT

### INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

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

Verksamhetsområdet deltog i sjukhusets externa revision 21 – 24 september 2020. Revisionen identifierade att det finns brister i fastställande och beskrivning av övergripande processer inom verksamhetsområdet. Kombinationen av att vara nytt verksamhetsområde (200201) med nya avdelningar och mottagningar, samt en Covid-19 pandemi, har vo't behövt prioritera om olika





|  |  |
|--|--|
| Namn på dokument   |  |
| <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b> |  |
| Enhet:   | Urspr. version                                 |
| <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>                                  | <i>(datum)</i> 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>                  |

aktiviteter som behövt utföras under pandemin. Många av de aktiviteter som i normalt läge enligt ledningssystem och verksamhetsplan skulle ha utförts har varit nödvändiga att pausa.