

Vårdavtalets kvalitetsindikatorer

Indikator	Andel patienter med stroke som vårdas på strokeenhet		
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Miniminivå/Målnivå
2010	99%	88%	
2011	95%	89%	72%/90%
2012	92%	95%	83%/90%

Indikator	Andel patienter insjuknande i hjärninfark som fått trombolysbehandling		
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Målnivå
2010	1 %	12%	
2011	8 %	13%	10%
2012	5.6%	12.4%	10%

Kommentar:

Inför tidigare års redovisningar har fullständiga journalgranskning genomförts på samtliga patienter med diagnoskod 163. Målet med granskningarna var att se hur många av dem som hade indikation för trombolys och hur många av dem som också fick det. Resultatet jämfördes med data som vi fått ut från Riks-Stroke registret. Orsaken till denna granskning var att vi på indikatorn Stroke/Trombolys fått ett resultat långt under miniminivån. Vi ville med den granskningen visa att vi faktiskt hade trombolyserat alla patienter som hade indikation, att ingen hade missats. Resultatet med journalgranskningen blev att vi under år 2010 inte hade indikation på att trombolysera fler än vad vi hade redovisat att vi gjort i Riks-Stroke.

Alla strokealarm som inkommer till akuten bedöms i samband med bakjour avseende trombolys. Vi bedömer att samtliga patienter har fått en adekvat bedömning.

Befolkningen i vårt upptagningsområde är äldre än genomsnittet. De söker sjukvård senare och har många gånger långa avstånd till sjukvård. Detta medför att tidsaspekten blir avgörande för eventuell trombolys.

Indikator	Andel strokepatienter som var ADL oberoende tre månader efter akutfasen	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	77%	64%
2011	55%	
2012	77%	75%

Indikator	Rapportering till RIKS-Hia (kvalitetsregister)(yngre än 80 år)		
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Målnivå
2010	100%	95%	
2011	100%		75%
2012	100%	96%	

Indikator	Täckningsgrad i cancer register				
	Prostatacancer	Blåscancer	Cancer coli	Maligna melanom	Krav
År					
2010	ea	ea	100%	100%	
2011	92%	88%	100%	100%	95%
2012	100%	100%	100%	100%	95%

Täckningsgrad= Antalet patienter som diagnostiserat med diagnos delat med antal patienter som är inrapporterade till cancerregister

Kommentar:

Täckningsgraden gällande prostatacancerregister har förbättrats från 92% till 100%. Täckningsgraden gällande kvalitetsregister för blåscancer har förbättrats från 88% till 100%. Kontaktsjuksköterska är ansvarig och för in siffrorna vartefter. Vi har skapat system som gör att vi har bättre översikt över patienterna. De ansvariga för cancerregistren(INCA) kan inte presentera exakta siffror förrän senare i år.

Indikator	Täckningsgrad i Svenska höftprotesregistret		
	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Krav
År			
2010	100%		
2011	100%		97%
2012	100%		97%

Indikator	Täckningsgrad i Svenska knäprotesregistret		
	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Krav
År			
2010	-		
2011	100%		97%
2012	100%		97%

Indikator	Andel protesopererade höftfrakturpatienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur		
	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Miniminivå/Målnivå
År			
2010	ea	ea	
2011	67%	70%	47%/55%
2012	58%	63%	51%/63%

Kommentar:

Fler inkilade frakturer 2012 som ej skall protesopereras.

Indikator	Andel patienter med höftfraktur som opererats inom 24 timmar efter ankomst		
	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Miniminivå/målnivå
År			
2010	92%	61%	
2011	81%	71%	57%/
2012	85%	79%	57%/71%

Indikator	Täckningsgrad i rapportering till Svenska Obesitas registret (SOReg)		
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Målnivå
2010	ea		
2011	100%		
2012	100%		95%

Indikator	Andel av kirurgiska operationer i slutenvård där WHO's checklista för säker kirurgi används ny 2012	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	ea	
2011	ea	
2012	83%	

Kommentar:

Ej infört på samtliga discipliner på sjukhus 2012. 2013 deltar samtliga.

Indikator	Andel patienter ned postoperativa komplikationer inom 30 dagar vid elektiv galloperation ny 2012	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	ea	
2011	ea	
2012		

Kommentar:

Teknisk miss vid rapportering, efterrapportering sker till september.

Indikator	Andel av patienter med riskfaktorer där MRSA odlingar tagits enligt vårdprogram		
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Miniminivå/Målnivå
2010	62%	71%	
2011	76%	74%	
2012	75%		76%/87%

Kommentar:

Datakvalitet/Felkälla: Samtliga avdelningar medverkar. Resultatet inkluderar även patienter som de senaste 6 månaderna varit i kontakt med sjukvård/tandvård utanför Sverige

Analys: Liten försämring av resultatet i jämförelse med 2011, 1 %. Arbetet pågår ständigt med att förbättra följsamheten till handlingsprogrammet. Mål >90 % komplett odlade patienter med riskfaktor. Åtgärd: använda "att göra listan" som en påminnelse, dokumentation i TC på avsedd plats.

Indikator	Andel patienter med vårdrelaterade infektioner	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	Mätning 1	2%
	Mätning 2	8%
2011	Mätning 1	7,6%
	Mätning 2	7,8%
2012	Mätning 1	9,6%
	Mätning 2	9,5%

Kommentar:

IVA ingår i antal verksamheter som deltar. Resultatet visar en liten förbättring i jämförelse med tidigare år och är underlag för förbättringsarbete under 2013. Alla vårdavdelningar har egen handlingsplan för tillvägagångssätt och uppföljning av sina resultat och mål. Gemensam uppföljning efter varje studie och förbättrings åtgärd. Mål: < 5 %. Resultat för iva våren, 1 av 4 25% som hade VRI och under hösten 0 av 7st 0% VRI. Förbättringsåtgärder är att bibehålla 0 och lågt värde. Pågår hygieninformation från hygienombud om basala hygienrutiner och att göra en web baserad utbildning (all personal) under 2013. Mål TUFF-certifikat att alla har genomgått den under 2013 och på så sätt få med kunskap och information. Har en nedskrivna rutin för VAP. (Ventilator associerad pneumoni) med ex höjd huvudända 30%. Har en rutin för blåsscanning att följa för att förhindra överfylld urinblåsa. Narkosläkarna kommer att se över och påbörja arbete med CVK-inläggning i kommande förbättringsarbeten.

Indikator	Andel patienter som är riskbedömda enligt Nortonskalan (Trycksårsbedömning) inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning	
	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
År		
2010	79%	57%
2011	78%	55%
2012	Mätning 1 79% Mätning 2 78%	Mätning 1 59% Mätning 2 62%

Kommentar:

Resultaten ingår i verksamhetens förbättringsarbete. Vidtagna förbättringar är: Intensivvårdsavdelningen har 100 % TUFF-certifierade medarbetare. Recertifiering planeras under 2013. Varje vårdavdelning har TUFF ombud. All fast personal skall vara TUFF certifierade, mål 100%. 2013 kommer arbetet med att förbättra resultaten på PPM genomföras. Alla vårdavdelningar har egen handlingsplan för tillvägagångssätt och uppföljning av sina resultat och mål. Gemensam uppföljning efter varje studie och förbättringsåtgärd. Mål: 85 % av patienterna skall vara riskbedömda och dokumenterade i journalen. Åtgärd: använda "att göra listan" som en påminnelse, dokumentation i TC på avsedd plats. Avstämning, dvs egen punktprevalens, 1 gång/månad.

Indikator	Andel patienter som under aktuellt vårdtillfälle förvärvat trycksår	
	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
År		
2010	1%	2%
2011	1,3%	
2012	Mätning 1 2,4% Mätning 2 7,5%	Mätning 1 3,7% Mätning 2 3,6%

Indikator	Följsamhet till basala hygien och klädrutiner	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	Mätning 2 63%	44 %
2011	Mätning 1 46%	55%
	Mätning 2 68%	
2012	Mätning 1 57%	
	Mätning 2 57%	

Kommentar:

För att nå 100 % skall 7 moment genomförs korrekt. De moment som innebär att desinficera händer innan man tar på sig skyddshandskar är det som uppfylls minst. Alla vårdavdelningar har egen handlingsplan för tillvägagångssätt och uppföljning av sina resultat och mål. Gemensam uppföljning efter varje studie och förbättringsåtgärd. Mål 75 % korrekt följsamhet till hygienrutiner samt 100% följsamhet till klädrutiner. 2013 kommer verksamheten att arbeta med att förbättra resultaten på PPM genomföras.

Indikator	Registrering av SAPS3 i SIR		
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt	Målnivå
2010	94%		
2011	100%		
2012	100%		90%

Kommentar:

SAPS3 är ett sätt att beskriva hur sjuk patienten är då den läggs in på intensivvårdsavdelningen (IVA). Ett flertal data från sjuklighet före IVA, orsaker till att patienten kom till IVA, samt avvikande mätvärden i samband med inläggning på IVA, tas med. Vi använder oss av ett dataprogram där alla dessa data matas in. Alla patienter ingår automatiskt i SAPS3-modellen. Vårt resultat innebär att samtliga våra intensivvårdspatienter finns med i detta kvalitetsregister.

Indikator	Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	ea	
2011	SMR 0,70	SMR 0,57
2012	0,56	0,58

SMR (standardiserad mortalitetskvot) beräknas som kvoten av förväntad och observerad mortalitet 30 dagar efter inläggning på intensivvårdsavdelning. SMR på 1,0 innebär att lika många patienter dör som förväntat.

Kommentar:

Riskjusterad mortalitet betyder i hur hög grad patienten överlever efter IVA. Hänsyn tas då till hur sjuk patienten var då den lades in på IVA (SAPS3, se ovan). Överlevnaden mäts 30 dagar efter inläggning på IVA. Ju lägre siffra, desto bättre överlevnad. Medelvärdet i Sverige 2012 var 0,61. Vårt resultat står sig alltså väl i förhållande till andra intensivvårdskliniker i Sverige.

Indikator	Oplanerad återinskrivning på IVA	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	ea	
2011	2,08 %	6,00 %
2012	1,8%	

Kommentar:

Återinläggning på IVA anses allmänt kunna spegla att patienten inte hunnit bli tillräckligt återställd, och därmed blivit utskriven för tidigt. Orsaken till för tidig utskrivning kan bl. a vara resursbrist inom intensivvården, men också bristande rutiner och omhändertagande inom och utanför IVA.

Medelvärdet i Sverige 2012 var 2,6 %. Vi har en låg återinskrivning vilket tyder på goda rutiner samt gott tillvaratagande av resurser

Indikator	Andel patienter som nutritionsbedömts inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt
2010	46% (efter 48 timmar)	53%
2011	29% (efter 48 timmar)	52%
2012	50%	58%

Kommentar:

Resultatet har förbättrats betydligt från 2011 (29%). Mål för 2013: 85 % av antalet vuxna patienter skall vara nutritionsbedömda och dokumenterade i journalen. Åtgärd: Använda "att göra listan" som en påminnelse, dokumentation i TC på avsedd plats. Avstämning, dvs egen punktprevalens, 1 gång/månad. Ökat samarbete med våra dietister. Varje vårdavdelning har TUFF ombud. All fast personal skall vara TUFF certifierade, mål 100%. 2013 kommer verksamheten att arbeta med att förbättra resultaten på PPM genomföras. Intensivvårdsavdelningen har 100 % TUFF-certifierade medarbetare. Recertifiering planeras under 2013.

Indikator			Vistelsetid på akutmottagning, högst 4 timmar	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt		
2010	82%	73%		
2011	83%	69%		
2012	85%	68%		
Indikator			Vistelsetid på akutmottagning, högst 4 timmar, 80 år och äldre	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt		
2010	76%	63%		
2011	78%	57%		
2012	78%	56%		

Kommentar:

Andel patienter med door-to-door < 4 timmar (alla åldrar) på akuten har förbättrats från 84% 2011 till 85%. Andel patienter med door-to-door < 4 timmar (>80 år) på akuten har förbättrats från 78 % 2011 till 79,5%. Ett flödesförbättringsarbete har påbörjats. Akutmottagningen har under året infört nytt triagesystem, RETTS. Akutmottagningen och vårdavdelning 4 har påbörjat ett pilotprojekt gällande säker Kommunikation, SBAR.

Hälsöfrämjande indikatorer

Indikator			Dokumentation av rökstatus i journalen hos patienter i samband med operation (specifika diagnoser)	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt		
2010	ea			
2011	76%			
2012	34,7%			

Kommentar:

Olika mätmetoder under 2011 och 2012, varvid resultaten inte går att jämföra.

Indikator			Dokumentation av rökavvänjning i journal i samband med operation (Specifika diagnoser)	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt		
2010	ea			
2011	17%			
2012	Ej påbörjats			

Indikator			Akut hjärtinfarkt. Dokumentation av rökstatus i journalen	
År	Norrtälje Sjukhus	SLL snitt		
2010	ea			
2011	100%			
2012	91%			

Kommentar:

Strukturerad journalgranskning

Den övervägande andelen funna skador har visat sig vara vårdrelaterade infektioner.

De undvikbara skadorna såsom djupa protesinfektioner och infektioner inom ortopedin har granskats närmare. Här har man satt in ett intensivt arbete med att förbättra de rutiner och förutsättningar man har på operationsavdelningen.

Det arbete som gjorts är att man har gjort en serie CFU-mätningar och därefter infört en ny klädrutin vilket har höjt standarden avsevärt.

Arbete pågår tillsammans med Locum och fastighetsförvaltaren för att skapa rutiner vad gäller god ventilation.

På vårdavdelningarna jobbar man med att ensa journalföringen/dokumentationen för att göra den enhetlig och lättöverskådlig.

I och med att journalgranskningen permanentats och genomförs månatligen har rutinen att registrera svårare fall av vårdskador i avvikelssystemet förbättrats.

Medicinkliniken kommer att under 2013 införa den markörbaserade journalgranskningen på 2 avdelningar.

Dokumentation av händelseanalys:

Vi har valt att registrera samtliga händelseanalyser i Nitha (Nationellt it-stöd för händelseanalyser)

Införandet av Nitha är genomfört mot 8 analysledare men systemet är inte användarvänligt och kräver oerhört mycket tid som kan användas till annat.

Införande av läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelser:

Alla medicinavdelningar, hela medicinkliniken, hade redan vid förra årets (2012) redovisning av kvalitetsindikatorer infört rutin för läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse. Alltså redovisar vi för samma enheter i år.

Stickprovskontroller varje månad, enligt SKL:s metod. Av vår IT enhet, 10 st slumpvis utvalda journaler/ månad. Under första delen av året kunde vi se att det var stor skillnad på om patienten skrevs ut en veckodag eller på en helgdag. Skrevs man ut i veckan visade statistiken nära 100% för båda parametrarna. Under helgen betydligt sämre. Bemanningen skiljer sig åt i veckan och på helgen. Efter förbättringsåtgärder i form av fortlöpande information till medicinläkar- gruppen under våren 2012, kunde vi se ett klart bättre resultat på helgerna. Nedan följer det sammantagna resultatet: Läkemedelsberättelse; 110 st av 120 granskade patienter hade fått en läkemedelsberättelse: **92%** (förra året 80%)

Läkemedelsavstämning; 107 st av 120 granskade hade fått en läkemedelsavstämning: **89%** (förra året 52%)

Patientsäkerhetskultur:

Kulturenkäten genomfördes våren 2011 mot alla hälso- och sjukvårdspersonal i samtliga verksamheter. Svarsfrekvensen var 43 %, trots den låga svarsfrekvensen visade helhetsintrycket på TioHundra AB nivå ett likartat utseende i spindeldiagrammet. Att analysera materialet på enhetsnivå ansågs inte vara möjligt då svarsfrekvensen varierade. En ny mätning planeras i april 2013 med fokus på att öka svarsfrekvensen och därefter skall resultatet ingå i verksamhetens egenkontroll och handlingsplan.