



Cario S:t Görans Sjukhus

KVALITETSREDOVISNING 2008

Kirurgkliniken



KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

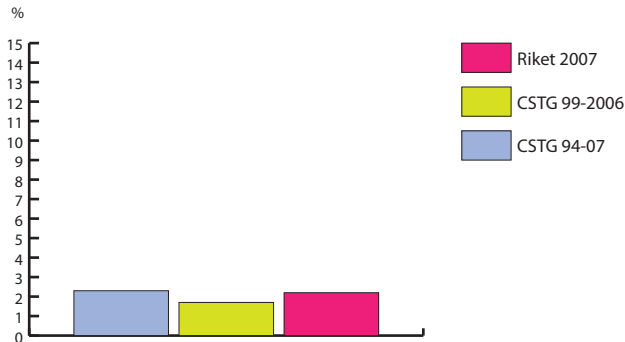
Ljumskräck

Beskrivning: Relativ risk för omoperation av ljumskräck inom 3 år

Tidsperiod: Relativ omoperationsrisk 1994-2007.

Datakälla: Nationella bräckregistret och journalsystem Cambio Cosmic, täckningsgrad 100 %

Relativ omoperationsrisk jfr riksgenomsnitt 1994-2007



Analys: Andelen patienter som genomgått ljumskräckkirurgi och som genomgått omoperation inom 3 år är inte ett mått man använder sig av i Bräckregistret. Däremot går det med stöd av andelen patienter som omopereras att räkna fram den relativa risken för patienter på olika kliniker att behöva omopereras efter exempelvis 3 år. Risken för omoperation inom 3 år är hos patienter som opererats för ljumskräck på Capio S:t Görans sjukhus är aningen högre än i Riket (2,3% jfrt 2,2%).

En förklaring till detta är att kliniken gick med i bräckregistret mycket tidigt då en stor del av landets övriga kliniker ännu inte hade anslutit sig. Vi har därför många patienter registrerade som opererats med en äldre teknik utan nät. Sedan nätplastiken införts har recidivfrekvensen halverats. Dessa tidigare operationer påverkar alltså fortfarande vår statistik ogynnsamt.

Övriga kvalitetsdata ljumskräck

	CSTG 2008
Antal opererade pat	456
Antal bilaterala op	35
Medelålder	59
Fördelning män/kvinnor	M 73% K 33%
Andel utförda op med laparoskopisk teknik	23%
Andel akuta op	6%
Antalet opererade i öppenvård	287 (63%)
Andel op utförda i narkos	418 (91,5%)
Andel op utförda i epidural/spinalanestesi	39 (8%)
Andel op utförda i lokalbedövning	2 (0,5%)

Ändtarmscancer

Beskrivning: Andelen av totala antalet patienter behandlade för cancer recti som fått lokalt återfall inom 2 år.

Tidsperiod: 2005

Datakälla: Rektalcancerregistret onkologiskt centrum, täckningsgrad: 100 %

Andelen patienter behandlade för cancer recti som fått lokalt återfall 2 år efter behandling

	2005			2004		
	Antal återfall	Antal op	Andel återfall	Antal återfall	Antal op	Andel återfall
Kvinnor	1	11	9%	0	-	0
Män	0	9	0%	0	-	0
Totalt	1	20	5%	0	18	0%

Analys: Ackumulerat resultat för Capio S:t Görans sjukhus under perioden 2001-2005 är 3 recidiv på 128 opererade patienter, dvs cirka 2,3%.

Övriga kvalitetsdata rektalcancer 2008

Antal kurativt opererade	23
Antal rektumamputationer	5
Antal främre resektioner	18
Andel reoperationer inom 30 dgr	2/23 (8,7%)
Anastomosinsufficiensfrekvens	1/18 (5,5%)
Mortalitet 30-dagar	0%

Övriga kvalitetsdata koloncancer 2008

Antal vårdade för nyupptäckt koloncancer	106
Andel män/kvinnor	M 46% K 54%
Medelålder	75
Andel pat med koloncancer som lades in elektivt respektive akut	58% / 42%
Medelvårdtid/medianvårdtid koloncancer	9,4 / 8 dgr
Andel opererade med resektion	92%
Andel reoperationer inom 30 dgr	7%
Mortalitet 30-dagar	2%



KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Appendicit

Beskrivning: Antal opererade med förmodad appendicit

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Journalsystemet Cambio Cosmic

Antal opererade	409
Medelålder	36 år
Antal män/kvinnor	235 / 174
Andel preoperativ datortomografi	47%
Andel preoperativ ultraljud	50%
Preoperativ gynekologisk undersökning bland kvinnor < 50 år.	16%
Andel op. påbörjade laparoskopiskt	39% (M 19% / K 67%)
Andel konverteringar	4%
Friska appendektomier	4,9% (M 1,7% / K 8,6%)
Andel perforerade apendiciter	25%

Analys: Vanligaste postoperativa komplikationerna var urinretention, 7%, ytlig sårinfektion, 3 % och djup sårinfektion 2%. Jämfört med år 2007 har preoperativ datortomografi minskat medan ultraljud ökat kraftigt, andelen friska appendektomier har minskat och konverteringsfrekvensen har sjunkit påtagligt.

Bröstcancer

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret INCA

Tidsperiod: 2008

Datakälla: INCA

Indikator	CSTG 2008	Mål
Andel patienter som fått besökstid inom en vecka	info saknas	>90%
Väntetid i dagar från nybesök till vårdplan	medel 14,6 median 11	-
Andel patienter med diagnos innan operation	94 %	>90%
Andel patienter med bröstcancer opererade inom tre veckor	77 %	minst 95%
Andel patienter som erbjuds bröstbevarande ingrepp	65 %	60-70%
Andel reoperationer i bröstet pga otillräckliga tumörmarginaler	12 %	<10%
Träffsäkerhet vid sentinel-node-biopsi (SNB)	100 %	minst 97%
Andel patienter opererade med SNB som genomgått en andra operation i armhålan pga falskt negativt fryssnittssvar	6 %	<15%
Andel pat. som fått besked på PAD och behandlingsförslag vid återbesök veckan efter operation	75 %	>90%
Läkarkontinuitet vid canceroperationer (vårdplanerande läkare och operatör)	47 %	>80%

Analys: Vi har god kompetens inom bröstsektionen som bemannas av specialiserade läkare och sjuksköterskor. Grundfunktionerna är stabila och välfungerande med god service från mammografi- och patologavdelningarna med korta vänte- och svarstider för beställda undersökningar. Dock behöver vi arbeta vidare med optimering av flöden mellan avdelningarna, genom samordning av scheman så att mottagningsbesök och undersökningar i högre grad klaras av vid ett och samma tillfälle.

Vi har fungerade registreringsrutiner sedan flera år och kunskap om nyckeltal och ledtider i våra processer. Vi upplever att korta ledtider blir en större utmaning, när processerna blir mer komplexa, vilket är en trend i omhändertagandet av patienter med bröstcancer. Vi når inte målen för väntetider 2008 och det är uppenbart att snabbhet ibland står i motsats till kontinuitet.

Vår kvalitetsregistrering utgör samtidigt canceranmälan och monitoreras av Onkologiskt centrum, vilket garanterar att vi rapporterar alla våra patienter.

För 2008 kommer vi att för första gången kunna jämföra våra resultat med övriga bröstcentra i landet, den första nationella årsrapporten väntas komma hösten 2009. Registrets täckningsgrad för riket för 2008 var 2/3 enligt information i januari 2009. Siffran kommer dock att stiga eftersom en andel patienter inte rapporteras förrän påföljande år.



Capi S:t Görans Sjukhus



Avvikelseberättelser

Ett elektroniskt avvikelssystem introducerades under året och vissa svårigheter har förekommit i hanteringen, vilket försvårat en optimal funktion.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Registrerade avvikelser i det elektroniska avvikelssystemet. Täckningsgrad oviss, då systemet introducerats under året.

	2008	2007
Antal absoluta tal	78	122

Analys: En klar minskning av antalet avvikelser har skett på Kirurgkliniken jämfört med 2007. Vi har tagit ett krafttag genom att undervisa alla medarbetare om varför man ska skriva avvikelser, vid vilka händelser och hur man gör när man skriver. Stort fokus har också lagts på att undervisa berörda hur man hanterat det nya elektroniska avvikelssystemet. I kvartal fyra kunde vi se att vårt arbete gett resultat och antalet avvikelser steg till 41. Vi fortsätter nu vårt arbete på den inslagna vägen och har som målsättning att öka antalet avvikelser se till att dom blir bedömda, åtgärdade och att återkoppling sker till verksamheten. Den största gruppen avvikelser finns inom kategorin dokumentation och informationsöverföring och vi arbetar kontinuerligt på att förbättra detta.

Anmälningar enligt Lex Maria

Enligt 6 kap. 4 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall anmälan till Socialstyrelsen göras vid allvarig skada eller sjukdom som en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Registrerade ärenden hos Socialstyrelsen

	2008	2007
Antal absoluta tal	2	2

Analys: Antalet anmälningar enligt Lex Maria på samma nivå som tidigare år. Vid endast en av händelserna har händelseanalys genomförts på grund av att arbetet med att göra händelseanalyser startade 2008. Förbättringsförslag har framtagits och åtgärder för att förhindra upprepning har genomförts. Målet för 2009 är att händelseanalyser ska genomföras på samtliga Lex Maria anmälningar och resultatet av dessa skall kommuniceras ut till medarbetarna. Fokus kommer även att ligga på att utveckla system för att säkerställa att beslutade åtgärder genomförs inom fastställd tid.

Anmälningar till Patientskadelagregleringen (PSR)

Om någon drabbas av en personskada vid hälso- sjuk- och tandvård kan enligt patientskadelagen ersättning lämnas efter prövning bl.a. om skada uppkommit som varit möjligt att undvika.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Rapporterade ärenden från PSR. Täckningsgrad oviss, då uppgifter från PSR i vissa fall varit osäker.

	2008	2007
Antal anmälningar	5	21

Analys: Antalet anmälningar på Kirurgkliniken får väl betraktas som lågt. Vi undersöker de inkomna ärendena, och vidtar om möjligt åtgärder för att förhindra upprepning. Ökad information till patienter om PSR kommer att ske.

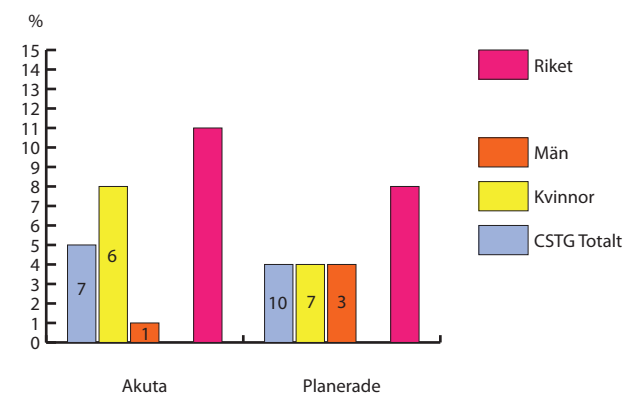
Gallvägskirurgi - komplikationer

Beskrivning: Andelen av totala antalet patienter som genomgått gallvägskirurgi och där postoperativa komplikationer uppstått inom 30 dagar från operationstillfället.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi; Gallriks, täckningsgrad: 100%

Andel komplikationer vid akut och planerad gallvägskirurgi



Analys: Under 2008 utfördes sammanlagt 407 kolecystektomier på kirurgkliniken Capio S:t Görans Sjukhus och detta innebär att kirurgkliniken var den näst största producenten i Sverige under 2008. Kirurgkliniken har klart lägre komplikationsfrekvens än riksgenomsnittet, som rapporterats till Gallriks, för både akuta operationer (5% resp 12%) och elektiva operationer (4% resp 8%).



Gallvägskirurgi - antibiotika-behandling

Beskrivning: Andelen av de patienter som genomgått planerad gallvägskirurgi som fått antibiotikabehandling före operation. Redovisas för respektive ASA-klass.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Svenska kvalitetsregistret för gallstenskirurgi; Gallriks, täckningsgrad: 100%

Analys: Aktuella uppgifter om antibiotikaanvändningen vid övriga opererande kliniker i Sverige saknas. På kirurgkliniken vid Capio S:t Görans Sjukhus används profylaktisk antibiotika-behandling vid planerad gallvägskirurgi i begränsad omfattning (19%). Enligt ovanstående data används antibiotikaproylax på kirurgkliniken Capio S:t Görans Sjukhus i ökad frekvens ju högre ASA klass. Vissa patienter, såsom tidigare klaffopererade etc. skall definitivt ha antibiotikaproylax. Vad vi känner till föreligger ingen evidensbaserad vetenskap som visar att profylaktisk antibiotikabehandling inte är indicerat i utvalda fall vid planerad gallvägskirurgi.

Cholecystektomier

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret GallRiks

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Svenska kvalitetsregistret för gallstenskirurgi; GallRiks, täckningsgrad: 100 %

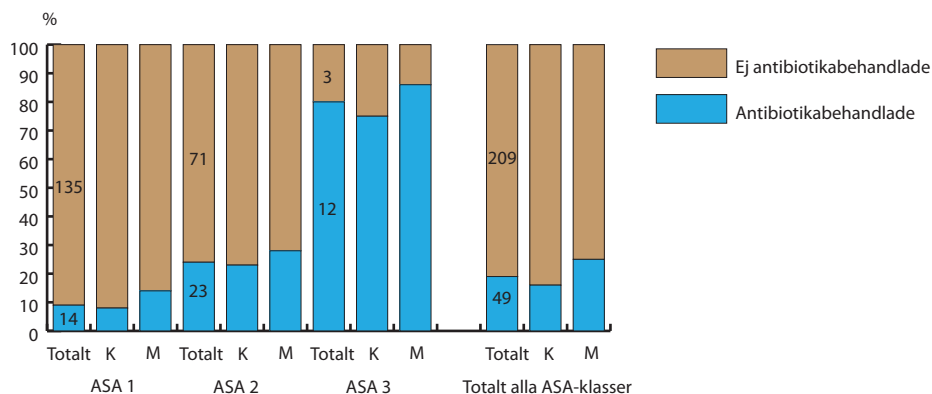
	Capio S:t Görans sjukhus 2008	GallRiks 2008
Antal galloperationer	407	8 445
Andel konverterade till öppen kirurgi	2 %	9 %
Operationstid (median)	91 min	85 min
Andel peroperativa cholangiografier	94 %	85 %
Andel choledochusskador	0 %	0,3 %
Andel dagkirurgi	32 %	*
Andel akut cholecystit	28 %	*

* Data saknas

Analys: Under 2008 utfördes sammanlagt 407 cholecystektomier på kirurgkliniken Capio S:t Görans sjukhus och det innebär att kirurgkliniken var den näst största producenten i Sverige under 2008. En tredjedel av patienterna opererades inom första vårdtillfället. I 98 % av fallen påbörjades operationen laparoskopiskt. Kirurgkliniken har en mycket låg konverteringsfrekvens jämfört med riket (2 % resp. 9 %) och har klart lägre komplikationsfrekvens än riksgenomsnittet för både akuta och elektiva operationer. Under året förekom inga choledochusskador och ingen mortalitet.

Under året har det varit en målsättning att operera akuta cholecystiter inom det första vårdtillfället och andelen akuta cholecystiter har ökat från 20 % till 28 % 2008 jämfört med 2007.

Andel patienter som fått antibiotikabehandling före gallvägskirurgi, fördelat per ASA-klass, 2008



Inga patienter i ASA-klass 4 gallvägsopererades under 2008

Obesitaskirurgi

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret SOReg

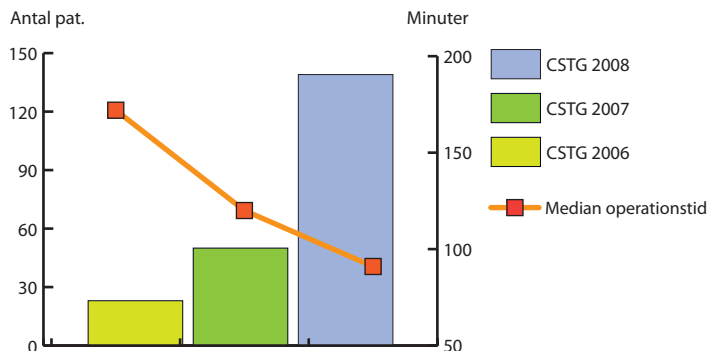
Tidsperiod: 2008

Datakälla: Scandinavian Obesity surgery registry, SOReg, täckningsgrad 100%.

	Capio S:t Görans Sjukhus 2008	SOReg 2008
Antal gastric bypassoperationer	139	2192
Medianålder	42	43
Preoperativt BMI (median)	43	43
Andel konverterade	0 %	2,2 %
Operationstid (median)	91 min	99 min
Antal reoperationer	2	*
Postoperativ vårdtid (medelvärde i dagar)	3	3,7
Anastomosläckage	0	1 %

* Data saknas

Antal patienter opererade med gastric-bypass samt median operationstid i minuter



Analys: Vid kirurgkliniken Capio S:t Görans sjukhus har vi valt att utföra gastric bypassoperationer i och med att det är den mest etablerade metoden för närvarande. Vårdkedjan för dessa patienter är nu definitivt etablerad och multidisciplinär. Under 2008 utfördes sammanlagt 139 operationer och det är en stor ökning jämfört med tidigare år. Patienterna har ett preoperativt BMI som i riket i övrigt.

I 100% av fallen påbörjades operationen laparoskopiskt och ingen patient behövde primärt konverteras. I riket var konverteringsfrekvensen 2,2 %. Under året förekom ingen mortalitet och i SOReg registrerades under året totalt två dödsfall i landet. Operationstiden har minskat successivt sedan 2006 och under 2008 var mediantiden 91 minuter och för de 40 senaste patienterna 72 minuter.

Under året fick två patienter reopereras, båda pga blödning. Vid kirurgkliniken suturerar vi de två öppningarna vid staplingen med två suturrader och på de hittills utförda 212 patienterna har vi inte haft något primärt anastomosläckage.

Patienterna har planerade återbesök årligen. Medelvärdet för viktnedgång efter 1 år var 40 kg.

ERCP

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret GallRiks

Tidsperiod: 2008

Datakälla: GallRiks, täckningsgrad 100%.

	Capio S:t Görans Sjukhus 2008	GallRiks 2008
Antal ERCP	210	6 434
Kanyleringsfrekvens	96,2 %	90,2 %
Komplikationer efter ERCP inom 30 dagar		
Pancreatit	4,3 %	2,9 %*
Cholangit	5,7 %	2,3 %*
Blödning	0,5 %	1%*
Mortalitet inom 30 dagar	7 %	7,3%*

* GallRiks 2007

Analys: Vi har en välfungerande verksamhet med utmärkt kanyleringsfrekvens och genomsnittlig andel komplikationer jämfört med landet i övrigt. Vi har en rätt stor del patienter med maligna sjukdomar som redan är svårt sjuka vilket återspeglas i att 12 patienter dog inom 30 dagar men av andra orsaker än procedurrelaterade komplikationer.

Vi hade en frekvens på 2,9 % pancreatiter förra året och utfallet i år ligger nära detta. Vi har något ökad frekvens cholangiter under 2008. En patient står för 2 av dessa cholangiter liksom andra patienter som varit kraftigt infekterade tidigare (t.ex stora abscesser invid levern eller cholangiter) och har då sannolikt redan bakterier i gallvägarna.



Trycksår

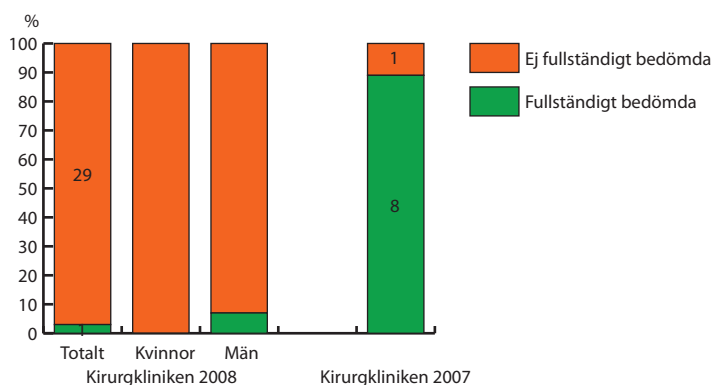
Beskrivning: Punktprevalensstudie under 1 dygn på inläggande patienter. Andel patienter av totala antalet som är riskbedömda enligt modifierad Nortonskala redovisas i den övre bilden. Andel patienter som har trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram redovisas i den nedre bilden.

Tidsperiod: Punktprevalens utförd 15 oktober 2008.

Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic.

Täckningsgrad: 100%

Andel riskpatienter som är bedömda enligt modifierad Nortonskala



Andel patienter som har trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram



Analys: På Kirurgkliniken har det skett en markant försämring av antalet Nortonbedömda patienter jämfört med föregående år. Huvudanledningen till denna försämring bedöms vara att Nortonbedömningen har bytt plats i vårt journalsystem, men naturligtvis beror det även på en otydlighet i organisationen om vilka patienter som skall bedömas, varför vi ska göra det och hur det skall dokumenteras. Glädjande nog hade ingen patient under punktprevalensdygnet något trycksår. Föregående års resultat är nu presenterat för medarbetarna och tydliga riktlinjer om vilka patienter som skall bedömas och hur det ska dokumenteras är nu utkommunicerade till alla.

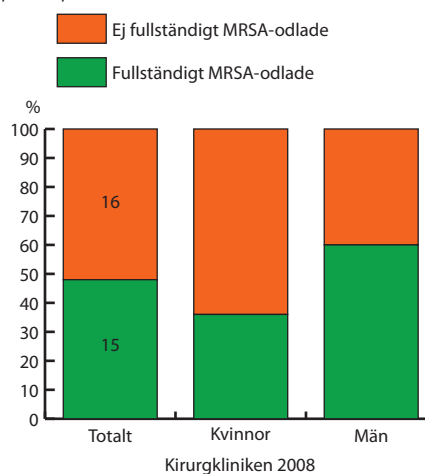
MRSA

Beskrivning: Punktprevalens på alla inläggande patienter med riskfaktorer för MRSA vid inskrivning enligt sjukhusets vårdprogram.

Tidsperiod: Punktprevalens 1 gång per kvartal under år 2008.

Datakälla: Uppgifterna hämtas från patientjournalen Cambio Cosmic. Alla inläggande patienter på sjukhuset under en viss dag granskas, täckningsgrad: 100%

Andel patienter med riskfaktorer för MRSA som odlats vid punktprevalens



Analys: Kirurgkliniken har under året lagt stort fokus på att försöka förbättra resultatet av punktprevalensmätning MRSA. Efter de första mätningarna har en utbildningsinsats och ett tydliggörande i organisationen gjorts av vilka patienter som ska odlas, vem som ska göra det och varför vi ska göra det. Till den sista mätningen under året lyckades vi få ett klart förbättrat resultat. Vi har startat det nya året med att under en eftermiddag samla medarbetarna för att kommunicera ut föregående års resultat och implementera det sjukhusgemensamma ”bedömningskort” som skapats för att tydliggöra vilka patienter som ska bedömas, vad som ska bedömas och när.



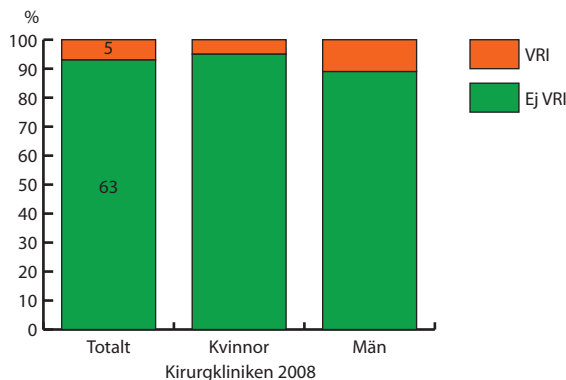
Vårdrelaterade infektioner

Beskrivning: Andel patienter som bedöms ha fått en vårdrelaterad infektion i samband med sjukhusvistelsen.

Tidsperiod: Sjukhusgemensam punktprevalensstudie som utförs två gånger per år.

Datakälla: Resultatet är hämtat från den gemensamma punktprevalens som är gjord på sjukhuset under det gångna året.

Andel patienter med VRI vid punktprevalensstudie



Analys: Resultatet på Kirurgkliniken med 7,3 % vårdrelaterade infektioner betraktas som acceptabelt men målet är att det ska vara <5% 2008. Vi anser att vi har en bit kvar att vandra och kommer under året att fokusera på hygien för att förhindra smittspridning till våra patienter.

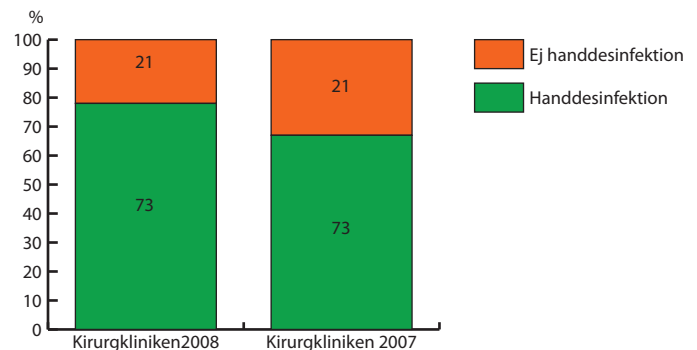
Hygien

Följsamhet till basala hygienrutiner innebär att vi kontrollerar hur stor del av våra patientsängar som har handdesinfektion på sänggaveln. Hygien klädsel/handhygien innebär att vi gör stickprovskontroller för att kontrollera följsamheten av våra klädregler.

Tidsperiod: Vid 2 tillfällen under året

Datakälla: Resultatet är hämtat från de sjukhusgemensamma punktprevalenser som har gjorts två gånger under året.

Förekomst av handdesinfektion vid patientsäng



Analys: För Kirurgkliniken del var följsamheten av handdesinfektionsmedel på sängarna för 2008 78 % och följsamheten av klädsel enligt hygienrutin för 2008 96,5 %. Vad det gäller handdesinfektionsmedel på sängarna har vi förtydligt på vems ansvar det ligger att varje sänggavel är utrustad med handdesinfektion och dessutom informerat om hur och när man ska använda handdesinfektion. Resultatet av följsamheten av våra klädregler får väl betraktas som tillfredställande.

Analys: På Kirurgkliniken har det skett en markant försämring av antalet Nortonbedömda patienter jämfört med föregående år. Huvudanledningen till denna försämring bedöms vara att Nortonbedömningen har bytt plats i vårt journalsystem, men naturligtvis beror det även på en otydlighet i organisationen om vilka patienter som skall bedömas, varför vi ska göra det och hur det skall dokumenteras. Glädjande nog hade ingen patient under punktprevalensdygnet något trycksår. Föregående års resultat är nu presenterat för medarbetarna och tydliga riktlinjer om vilka patienter som skall bedömas och hur det ska dokumenteras är nu utkommunicerade till alla.



Anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

HSAN är en statlig myndighet, som prövar om yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldig till fel i sin yrkesutövning. Nämnden kan i sådana fall ålägga disciplinär påföljd.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Registrerade anmälningsärenden från HSAN.

	2008	2007
Antal anmälningar	2,5	9

Analys: Antalet anmälningar till HSAN har minskat på Kirurgkliniken.

Ärenden till Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans dit man kostnadsfritt kan vända sig med frågor som rör all offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Patientnämnden har inga disciplinära befogenheter utan arbetar förebyggande och systematiskt med att utreda problem och söka lösningar.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Registrerade ärenden från Patientnämnden

	2008	2007
Antal anmälningar	17 (2,5)	14 (5,5)

() = antalet kontakter med begäran om skriftligt yttrande

Analys: Antalet anmälningar till Patientnämnden har ökat något jämfört med föregående år. Flertalet ärenden finns inom områdena behandling, bemötande och tillgänglighet. Vi får månatligen en sammanställning från PaN, vilka analyseras i verksamheten för lärande och utveckling.

Ärenden till Patientvägledare

Beskrivning: Sjukhusets patientvägledare tar emot telefon-samtal och mail med frågor eller synpunkter från patienter och anhöriga.

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Registrerade ärenden till Patientvägledaren

	2008	2007
Antal ärenden	55	54

Analys: På Kirurgkliniken är antalet ärenden till patientvägledaren konstant. Under 2009 ska vi försöka få klarhet i orsaker till kontakt med patientvägledare för att kunna analysera och sprida ut detta i verksamheten. Vi tar del av ärendena och arbetar aktivt med att upptäcka och förebygga brister i verksamheten för att förhindra upprepning.

Nutrition

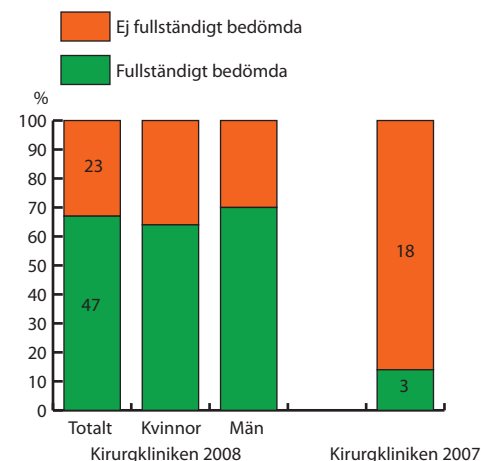
Beskrivning: Andel av totala antalet vuxna patienter som inom 48 timmar från inskrivning alternativt ankomst till vårdavdelning blivit nutritionsbedömda enligt vårdprogram. Parametrar som ingår är BMI, viktförändringar och ättsvårigheter.

Tidsperiod: Punktprevalens 13 november 2008

Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic.

Täckningsgrad: 100%

Andel patienter som nutritionsbedömts enligt vårdprogram inom 48 timmar från inskrivning



Analys: En påtaglig förbättring har skett i jämförelse med föregående års mätning. Framst anses detta bero på att vi infört som rutin att fråga alla patienter om längd, vikt och ättsvårigheter/ofrivillig viktförlust. Tanken är att det nya sjukhusgemensamma "bedömningskortet" ytterligare ska förtydliga vilka patienter som ska nutritionsbedömmas och vad det är man ska bedöma och hur det ska dokumenteras.



Patientenkät Indikator

Beskrivning: Den patientupplevda vårdkvaliteten mäts genom postala enkäter från Institutet för Kvalitetsindikatorer (Indikator) till ett antal slumpmässigt utvalda patienter varje månad. Enkäten innehåller 65 frågor fördelade på 6 dimensioner, kommunikation, bemötande, tillgänglighet, trygg och säker vård, delaktighet och patientens värdering.

Tidsperiod: Resultatet är baserat på de enkätsvar som ca: 30 patienter/månad svarat på. Totalt har 356 patienter svarat under tidsperioden 07 12 01- 08 11 30.

Dataälla: Eftersom resultatet är baserat på postala enkäter hemsända till ca: 30 patienter/månad finns det en fördröjning av svaren och vi har därför valt att presentera resultatet för tidsperioden 07 12 01- 08 11 30.

Analys: En viss förbättring av den patientupplevda vårdkvaliteten har skett på Kirurgkliniken jämfört med tidigare år. Vi har under året arbetat med att kommunicera ut resultatet till alla medarbetare. Störst förbättringspotential har dimensionerna delaktighet och kommunikation. Vi har på Kirurgkliniken sedan något år tillbaka haft ”omvårdnadscoaching”, där vi utgår från indikatorresultatet och försöker förstå varför patienterna tycker som de gör och hur vi kan förbättra patienternas upplevelser i mötet med vården.

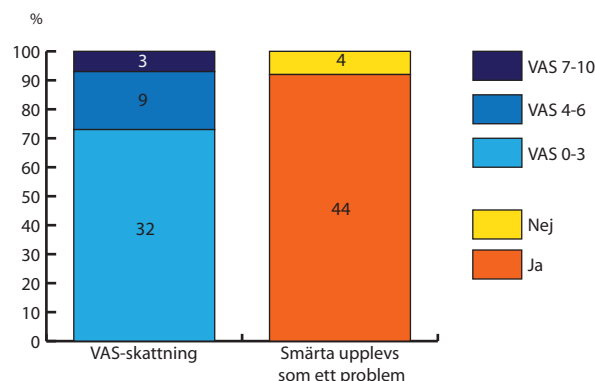
Smärta - Punktprevalens

Beskrivning: Mätning avseende förekomst av smärta inom hela populationen inlagda patienter vid ett och samma tillfälle på hela sjukhuset.

Tidsperiod: Mätning 9 juni 2008

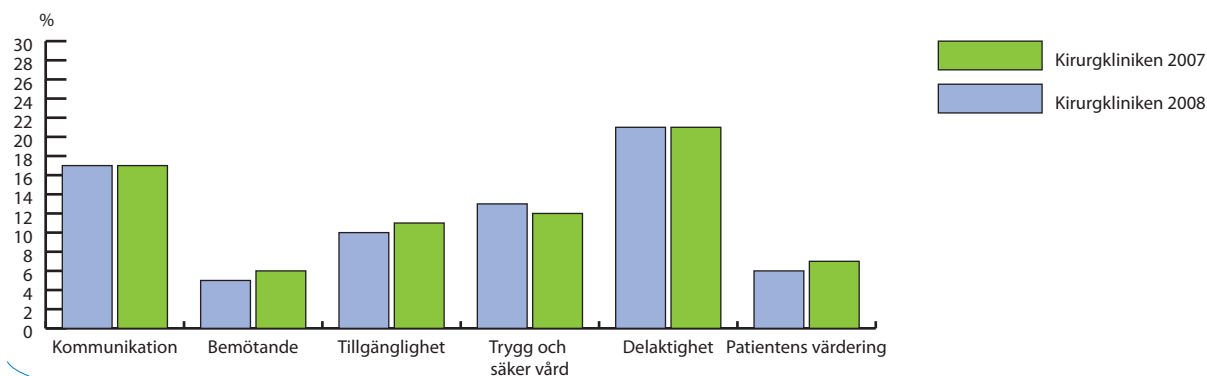
Dataälla: Smärtombudsgruppen har via enkät som utförats av Smärtkliniken, APS tillfrågat alla inlagda patienter, täckningsgrad 100 % procent. Vid undersökningar med enkät där patient muntligen blir tillfrågad och en annan person fyller i svaret kan innebära en risk att objektiviteten för svaret påverkas. De patienter som uppgav smärta som problem inkluderades i vidare studier bl a avseende smärt-skattning i vila. De flesta patient smärtskattades med VAS (Visuell Analog Skala), men enstaka patienter skattades med NRS (Numeric Rating Scale) eller Beteendskala vilket också kan påverka resultatet. Totalt tillfrågades 48 patienter varav 44 upplevde smärta som problem.

Fördelning av smärtintensitet hos patienter med smärta



Analys: Resultatet av VAS-skattningen kan väl betraktas som helt förväntat på Kirurgkliniken eftersom vi är en opererande enhet. Smärta upplevd som ett problem är nya data som kommer att analyseras ytterligare.

Resultat i patientenkät Indikator 2007-2008, förbättringsutrymme



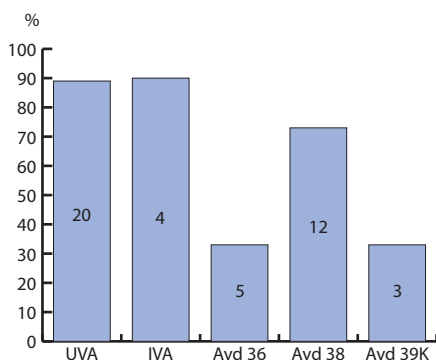
Dokumentation av postoperativ smärta

Beskrivning: Undersökning av hur patienters postoperativa smärta dokumenteras.

Tidsperiod: Data inhämtad 23/10 2008. Journaler på patienter, inläggande den dagen och som under vårdtiden genomgått en operation, granskades.

Datakälla: Journalsystem Cambio Cosmic, rapport och uppvakningsbladet (del av anestesijournalen), övervakningskurvan på IVA och journalen för avancerad postoperativ smärtlindring, täckningsgrad 100%. Smärtombud på berörda enheter och sjuksköterska från Smärtkliniken, APS granskade dokumentationen av smärta utifrån kliniska riktlinjer och dokument tre vårdpass postoperativt. För att få ett rättvisande resultat räknades kvoten av antalet faktiska skattningar i förhållande till mål i kliniska riktlinjer och dokument. Antal patienter vars journalhandlingar har granskats är 24 stycken.

Uppnådd andel dokumenterade smärtskattningar av kliniska specifika mål



Analys: Resultatet på Kirurgkliniken av hur patienters postoperativa smärta dokumenteras är exakt lika i jämförelse mellan åren 2007 och 2008. Vi har dock startat det nya året med att samla medarbetarna för att kommunicera ut resultatet och motivera varför vi ska dokumentera smärta och vilka som skall smärtskattas. Utifrån patientenkäten kan man se att Kirurgklinikens patienter är väldigt nöjda med smärtlindringen och av detta kan man väl dra slutsatsen att vi måste bli bättre på att dokumentera smärtskattning.



Telefontillgänglighet

Beskrivning: Att patienterna får telefonkontakt inom utlovad tid

Tidsperiod: 2008-01-01 – 2008-12-31

Datakälla: Tele-Q, ett databaserat telefonsystem. Täckningsgrad 100 % under öppettiden.

	2008
Antal uppringda samtal	5 758
Andel samtal uppringda inom 10 minuter	72%
Antal bokade samtal	8 176
Andel samtal bokade inom 120 minuter	98%

