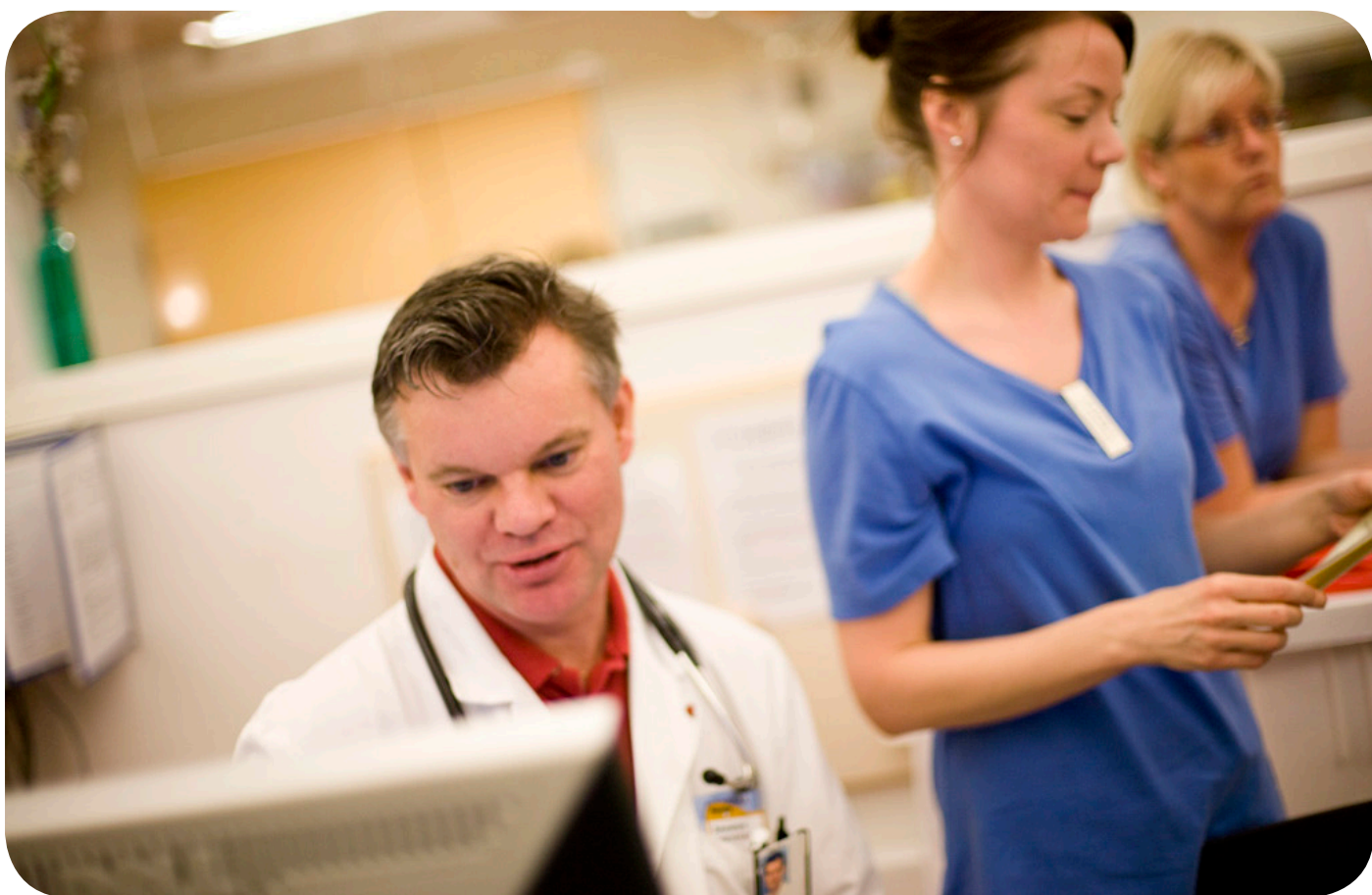




Cario S:t Görans Sjukhus

KVALITETSREDOVISNING 2008

# Medicinkliniken



# KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

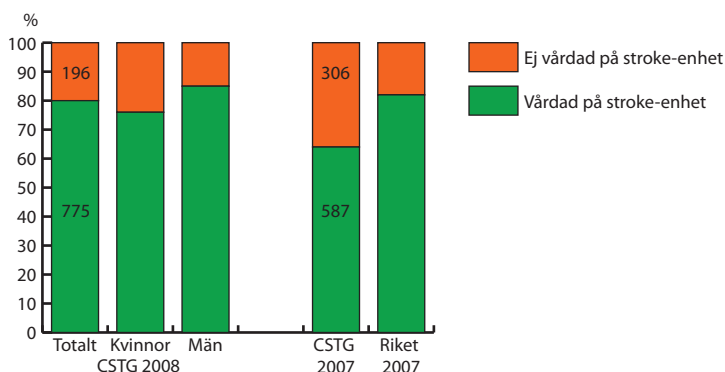
## Behandling på strokeenhet

**Beskrivning:** Andel av strokepatienterna som behandlats vid strokeenhet där behandlingsprinciper tillämpas enligt Nationella riktlinjer för strokevård.

**Tidsperiod:** 2008-01-01 -- 2008-12-31

**Datakälla:** RiksStroke. Täckningsgrad ca 98 %. Få felkällor, men siffrorna kan påverkas marginellt av senare registreringar.

Andel av strokepatienterna som behandlats vid strokeenhet



**Analys:** En ökande andel av strokepatienterna får plats på strokeavdelning både som första vårdplats, men även senare under vårdtillfället, pga. tillkomst av ytterligare vårdplatser vid strokeavdelning från 080901. En tydlig ökning av andelen patienter som vårdats på strokeavdelning har skett under andra halvåret. Siffrorna är i paritet med riksgenomsnittet och för årets sist fyra månader sannolikt över detta. Av patienter som vårdas på strokeenhet är 88 % inlagda direkt till strokeenheten.

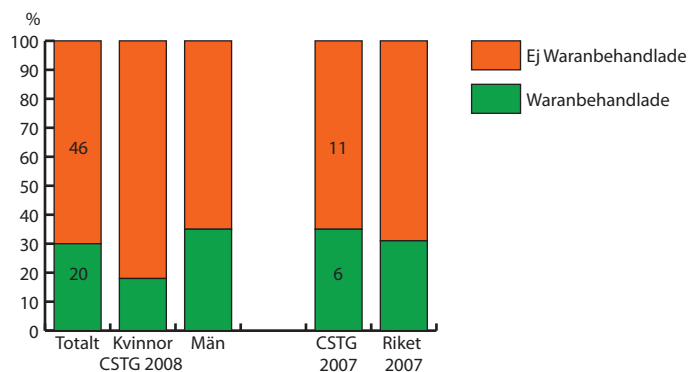
## Waranbehandling

**Beskrivning:** Andel av totala antalet patienter yngre än 75 år med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med Waran vid utskrivning.

**Tidsperiod:** 2008-01-01 – 2008-12-31

**Datakälla:** RiksStroke. Täckningsgrad ca 98 %. Sannolikt kan i siffrorna vara inkluderade ett fåtal patienter med hemorragisk stroke som stod på Waran vid insjuknandet pga förmaksflimmer. Det statistiska felet innebär dock enbart en lätt sänkning av den rapporterade andelen av patienter som medicinerar med Waran vid utskrivningen.

Andelen av totala antalet patienter yngre än 75 år med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med Waran vid utskrivning.



**Analys:** Detta värde återspeglar dels andelen patienter som via sin ordinarie läkare har blivit insatt på Waran vid förmaksflimmer, dels andelen som under kort inledande vårdperiod med stor komplikationsrisk för blödning har insatts på Waran. Denna behandling inleds ofta senare i vårdkedjan då risken för intracerebral blödning minskat.

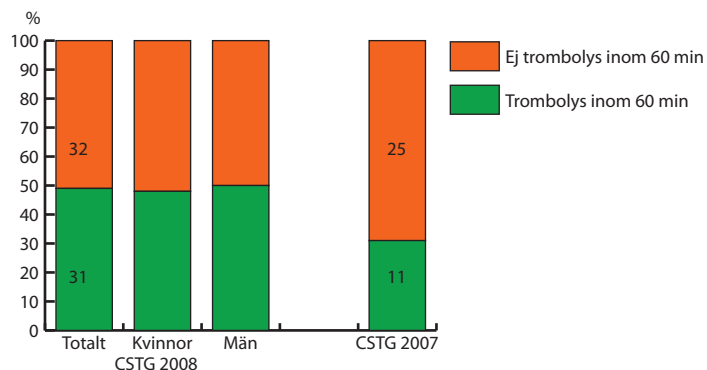
## Trombolys

**Beskrivning:** Andelen strokepatienter som fått trombolysbehandling inom en timme efter ankomsten till sjukhus

**Tidsperiod:** 2008-01-01 – 2008-12-31

**Datakälla:** RiksStroke och egna manuellt förda register. Täckningsgrad ca 98 %. Felkällor måste förväntas vara stora eftersom statistiken är baserad på manuellt förda register och ej stöds av information ifrån Riks-stroke-rapporteringen. Tidsangivelser för initiering av Trombolysbehandling var ofta inexacta under första halvåret vilket gör att data blir osäkra. Totalt skedde under året 63 trombolys, kvinnor 27 och män 36 st.

Andelen strokepatienter som fått trombolysbehandling inom en timme efter ankomsten till sjukhus



# KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

**Analys:** 63 st trombolyser av ca 870 st ischemiska stroke i alla åldrar är, jämfört med tidigare år, en hög siffra (7,2 %) och ökningen har ytterligare accentuerats andra halvåret. Riksgenomsnittet är helt okänt eftersom denna uppgift är hämtad ur manuellt förda register.

## Kranskärslsjukdom

**Beskrivning:** RIKS-HIA är ett nationellt kvalitetsregister för akut hjärtsjukvård sedan 1995. Från 2007 ingår samtliga 76 enheter som vårdar akuta hjärtinfarktpatienter i Sverige i RIKS-HIA. För att åskådliggöra sjukhusens följsamhet av nationella riktlinjer vid akut kranskarlsjukdom redovisas sedan 2005 ett kvalitetsindex enligt RIKS-HIA. Detta index baseras på nio rekommenderade åtgärder med hög prioritet. Sjukhusen får för varje åtgärd 0, 0,5 eller 1 poäng beroende på hur hög andel av patienterna i varje målgrupp som behandlats enligt nationella riktlinjer.

**Tidsperiod:** 2008-01-01–2008-12-31

**Datakälla:** RIKS-HIA, täckningsgrad 100 % av HIA-vårdade patienter på Capio S:t Görans Sjukhus.

	Utfall HIA 2008
1.ACE-hämmare	1
2.Kranskärslsröntgen vid NSTEMI	0,5
3.ASA mm	1
4.Beta blockad	1
5.Clopidogrel vid NSTEMI	1
6.Lipidsänkare	1
7.Låg molekylärt heparin. LMWH	0,5
8.Tid till reperfusion vid STEMI	0,5
9.Andel reperfusionbehandlade vid STEMI	0,5
Poäng enligt RIKS-HIA:s kvalitetsindex	7

	CSTG	Riket
Mediantid till akut PCI från ankomst till akuten:	23 minuter	89 minuter

**Analys:** HIA Capio S:t Görans sjukhus redovisar återigen mycket bra resultat avseende vård av patienter med hjärtinfarkt. I jämförelse med föregående år har det totala kvalitetsindexet stigit från 6 till 7 poäng. Riksgenomsnittet för RIKS-HIAs kvalitetsindex 2007 och 2008 var 3,5 respektive 5 poäng. Enligt årsrapport hade Capio S:t Görans Sjukhus 2007 ett av de 9 bästa resultaten i landet. Linköpings Universitetssjukhus visade högst resultat 2007 med 7,5 poäng. RIKS-HIAs årsrapport för 2008 redovisas i september.

En noggrann analys görs av de parametrar där HIA Capio S:t Görans sjukhus ej uppnått högsta poäng.

## Nationella diabetesregistret

Nationella Diabetes Registret, NDR skapades 1996 av Svensk förening för Diabetologi som ett svar på S:t Vincent-deklarationen, vars syfte var att påverka Europas länder att minska sjuklighet till följd av diabetes. Registerhållare är läkare vid Diabetescentrum vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Årligen rapporteras vikt, HbA1c (= mått på blodsockerkontroll), blodfetter, kreatininvärde, förekomst av mikroalbuminuri, blodtryck, aktuell behandling, resultat av ögonbottenfoto, fotstatus. Fokus läggs på HbA1c och blodtryck.

Uppgifter från NDR 2008-01-14–2009-01-14 gällande för Endokrint Centrum. Antal patienter inrapporterade 683, 435 patienter med debut före 30 års ålder (typ 1 diabetes), 244 patienter med debut efter 30 års ålder (både typ 1 och typ 2 diabetes).

HbA1c	CSTG	Riket
Medelvärdet för HbA1c	6.8%	
HbA1c < 6.0%	34%	25%
HbA1c < 6.5%	50%	40%
HbA1c < 6.0% vid debut före 30 år	32%	19%
HbA1c < 6.5% vid debut före 30 år	49%	35%
HbA1c < 6.0% vid debut efter 30 år	34%	30%
HbA1c < 6.5% vid debut efter 30 år	53%	43%
<b>Blodtryck</b>		
Systoliskt BT 130 el lägre	57%	62%
Systoliskt BT 130 el lägre vid debut före 30 år	61%	72%
Systoliskt BT 130 el lägre vid debut efter 30 år	50%	53%
Andel patienter med blodtrycksbehandling	43%	51%
Andel patienter med lipidbehandling	32%	45%

**Analys:** HbA1c-resultatet för Endokrint Centrum ligger bra om man jämför med riket i övrigt. Vi har ännu inte uppnått behandlingsmålet för blodtryck även om det förbättrats jämfört med tidigare år. Fortsatt arbete med att förbättra både metabol kontroll, HbA1c och blodtryck pågår kontinuerligt.

### Felkällor:

I juni/juli kommer årsrapporten för 2008 (sammanställd av registerhållarna i Göteborg). Det kan skilja något i resultaten då ovanstående värden är tagna ur registret 090114. Endast typ 1 diabetes-patienter rapporteras i årsrapporten (dvs. diabetes-debut under 30 år). Vi har fler patienter på mottagningen än vad som är registrerat i registret, totalt ca 1200 patienter. Patienterna registreras i NDR i samband med läkarbesök 1 gång/år. Pga hög belastning kan vi ej erbjuda läkarbesök 1g/år till alla patienter. 2008 var det 465 diabetespatienter som ej fått tid till läkare. Av dessa har de flesta fått träffa diabetessköterska.



Capio S:t Görans Sjukhus



## 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 (1 kvinna, 1 man)	2,25 (1 kvinna, 2 män)

**Analys:** Antal anmälningar enligt Lex Maria ligger på samma nivå som tidigare år. Till samtliga anmälningar har händelseanalys genomförts och bifogats anmälan. Förbättringsförslag har tagits fram med tidplan för genomförande av framtagna åtgärder. Under 2009 ligger fokus på att fortsätta 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 möjlig att undvika.

**Tidsperiod:** 2008

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

	2008	2007
Antal absoluta tal	9	8
Beslut-ersättningsbar skada	0	0

**Analys:** Antal anmälningar till PSR och beslut om ersättningsbara skador ligger på samma nivå som tidigare år. Vi undersöker inkomna ärenden, analyserar eventuella skador för att upptäcka och förebygga brister i verksamheten, och vidtar om möjligt åtgärder för att förhindra uppreppning.

## Avvikelse- och rapportering

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	531	432
Bedömda avvikelser fördelade per kategori		
Brister i vårddokumentation och informationsöverföring	33,3 %	
Patientolycksfall	33,1 %	
Brister i läkemedelshanteringen	9,4 %	
Bristande vård	8,9 %	
Bristande tillgänglighet	6,9 %	
Fel på eller felaktigt hanterande av medicinteknisk produkt	6,1 %	
Hot och våld	1,1 %	
Mer än en klassificering	0,6 %	
Bristande bemötande	0,3 %	
Avsiktligt destruktiva handlingar hos patient	0,3 %	
Avsteg från sekretess och tystnadsplikt	0 %	

Avvikelse fördelade per allvarlighetsgrad:	2008	2007
Mindre	46 %	
Måttlig	39 %	
Betydande	15 %	
Katastrofal	0 %	

**Analys:** I likhet med föregående år ses en betydande ökning av det totala antalet avvikelserapporter även under 2008. Detta stämmer väl med klinikens ambition att avdramatisera avvikelserapportering och istället uppmuntra till ökad rapportering och förbättringsförslag. Varje avvikelse visar på en brist i verksamheten och samtidigt på en möjlighet till förbättring. Avvikelse- och rapporteringen är därför en värdefull källa för vårt förbättrings- och utvecklingsarbete.

Den stora gruppen avvikelserapporter finns även under 2008 under kategorierna "Brister i vårddokumentation och informationsöverföring" samt "Patientolycksfall". Vi har därför tittat närmare på underkategorier som rör vårddokumentation och informationsöverföring för att kunna identifiera och initiera klinikövergripande förbättringsprojekt i syfte att i detta avseende förbättra patientsäkerheten. De allra flesta avvikelser som hamnat under kategorin "Patientolycksfall" rör sig om fallincidenter. Alltsedan 2005 har personalen uppmuntrats att rapportera fallolyckor. Sommaren 2007 startades ett fallskadeprojekt i syfte att kunna reducera antalet fallskador. Under 2009 planerar



vi att genomföra att fallriskbedömning, enligt bedömningsinstrumentet Downton Fall Index, ska ske när patienten skrivs in på medicinklinikens samtliga enheter. Utbildning i bedömningsinstrumentet pågår och ett informationsblad till patienter och anhöriga har utarbetats. De allra flesta av medicinklinikens avvikelserapporter är av mindre eller måttligt allvarlig karaktär. Alla avvikelser av allvarlig eller komplex karaktär görs en händelseanalys på för att klarlägga de bakomliggande orsakerna och ge möjlighet att sätta in förbättringsåtgärder.

## Genomförda händelseanalyser

**Beskrivning:** Antal genomförda händelse- och riskanalyser  
**Tidsperiod:** 2008-01-01 –2008-12-31  
**Datakälla:** Slutförda händelse- och riskanalyser registreras av klinikens kvalitetscontroller. Täckningsgrad 100%.

	2008	2007
Antal slutförda händelseanalyser	7	8
Antal slutförda riskanalyser	4	0
Antal analyser totalt	11	8

**Analys:** Vi har kommit igång bra med händelseanalyser och att en utredning görs betraktas idag som ett måste i samband med allvarliga eller komplexa händelser. Händelseanalyser görs regelmässigt för att klarlägga fakta inför ställningstagande till ev Lex Maria-anmälningar och bifogas i de fall anmälningar görs.

Medicinklinikens patientsäkerhetsgrupps representanter är alla utbildade i metodiken vilket underlättar arbetet. Vårt mål är att vi ska genomföra minst 8 händelse- eller riskanalyser årligen vilket vi uppfyllt även under 2008. Glädjande nog har vi under året även påbörjat det proaktiva arbetet med att genomföra riskanalyser. Presentationen av dessa har bidragit till att stärka patientsäkerhetsklimatet på kliniken och gett oss möjlighet att upptäcka risker samt förebygga dem innan vi har genomfört omorganisation och tagit nya lokaler i bruk.

Bland förbättringsförslagen från händelseanalyserna ses information och undervisning inom olika områden, översyn eller revidering alternativt utarbetande av nya rutiner, förbättringsarbeten för vårddokumentationen, arbete för att göra sjukhuset säkrare med spärrar för fönstren och stängda avdelningsentréer, utarbetande av samarbetsavtal med andra vårdgivare, utredningar av sjukvårdsmaterial samt öppnande av intermediära vårdplatser. Under 2008 har ett arbete för att säkerställa att beslutade förbättringar och åtgärder genomförs inom beslutad tid påbörjats. Fokus kommer under 2009 att ligga på att detta arbete färdigställs och implementeras.

## Trycksår

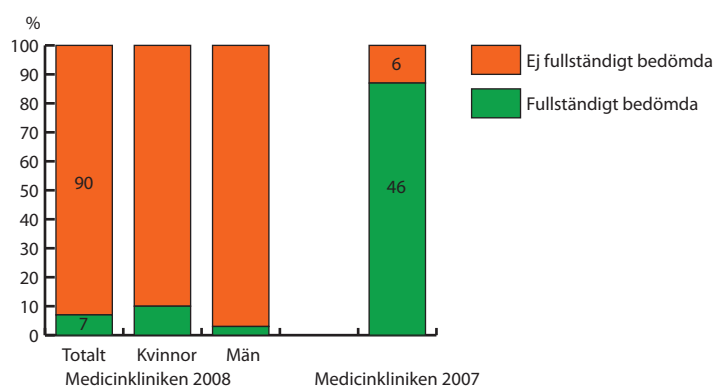
**Beskrivning:** Punktprevalensstudie under 1 dygn på inläggande patienter. Andel patienter av totala antalet som är riskbedömda enligt modifierad Nortonskala redovisas i den övre bilden. Andel patienter som har trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram redovisas i den nedre bilden.

**Tidsperiod:** Punktprevalens utförd 15 oktober 2008.

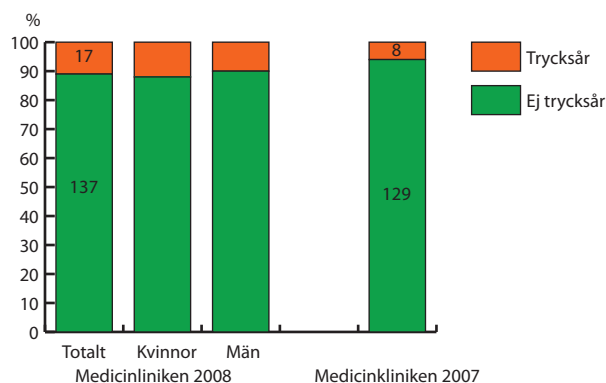
**Datakälla:** Patientjournalen Cambio Cosmic.

**Täckningsgrad:** 100%

Andel patienter som är riskbedömda enligt modifierad Nortonskala



Andel patienter som har trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram



**Analys:** Att endast 7,2 % av patienterna är Nortonbedömda är ett nedslående resultat som är kraftigt försämrat jämfört med 88,5 % 2007. Resultatet visar att kraftigt måste till för att öka medvetenheten om att Nortonbedömning ska ske vid inskrivning av riskpatienter. Sannolikt beror den kraftiga minskningen av andelen Norton-bedömda patienter delvis på att bedömningsmallen i datajournalen har flyttats.

Materialet från årets mätning är inte heller helt jämförbart med föregående mätningar på grund av skillnad i mätmetod. Klart är att det råder en viss oklarhet om vilka patienter som ska Nortonbedömas, men att man ofta vidtagit förebyggande åtgärder



utan att ha dokumenterat riskbedömningen. Vi planerar fortsatt information och tydliggöranden kring vilka patienter som ska Nortonbedömas och hur detta ska dokumenteras. Ett sjukhus-gemensamt bedömningskort har tagits fram för att tydliggöra inskrivningsrutiner för bland annat trycksår.

Punktprevalensmätningen visade att andelen patienter som har trycksår är 11 %, ett värde som ligger på samma nivå som sjukhuset i helhet. Resultatet är dock försämrat jämfört med 2007 års resultat som var 5,8 %. Även denna variabel är dock inte helt jämförbar med föregående mätning då mätmetoden har ändrats. Trots detta kan man se att antalet patienter som utvecklat trycksår under vårdtiden har ökat och att det är viktigt att förebyggande åtgärder sätts in samt att utbildning av personal sker.

## MRSA

**Beskrivning:** Punktprevalens på alla ineliggande 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 ineliggande patienter på sjukhuset under en viss dag granskas, täckningsgrad: 100%

*Andel patienter med riskfaktorer för MRSA som odlats vid punktprevalens*



**Analys:** Andelen riskpatienter som fullständigt MRSA-odlades var under 2008 var som helhet 87 % och därmed överträffades målet på 80 %. Vårt fortsatta kvalitetsarbete med ökat samarbete över klinikgränserna ska leda till en 100 % -ig följsamhet till vårdprogram och lokala rutiner. Resultatet av varje punktprevalens har visats på arbetsplatsträffar och under årets senare del har vi kunnat se en ökning av andelen odlade riskpatienter.

Det finns ingen kliniskspecifik siffra att jämföra årets resultat med föregående års resultat. 2007 var dock andelen riskpatienter som var fullständigt odlade på sjukhuset ca 60 %, vilket talar för att uppmärksamheten kring vårdprogram och riktlinjer har ökat. På medicinkliniken har en markant ökning skett av av-

vikelserapporter i samband med MRSA-frågor, vilket ger oss ett bra underlag för förbättringsarbete.

Vi planerar fortsatt fokus och information på detta område samt att detta ingår som en självklar del i introduktion av nya medarbetare.

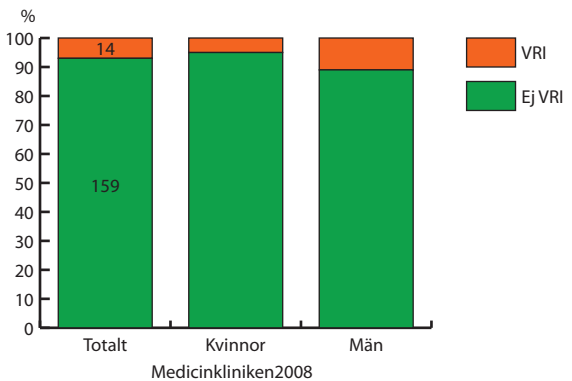
## Vårdrelaterade infektioner

**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 från punktprevalensmätningen visar att medicinkliniken har 8 % vårdrelaterade infektioner, VRI. Riksgenomsnittet av punktprevalensmätningen var 11 %. Medicinklinikens resultat ligger i nivå med resultatet för hela Capio S:t Görans Sjukhus (7,8 %), vilket är det bästa resultatet i SLL. Anmärkningsvärt är dock att de opererande specialiteterna på Capio S:t Görans Sjukhus har ännu något lägre siffror, vilket visar på att här ändå finns förbättringsutrymme. Ingen punktprevalensmätning skedde under 2007.

Vi arbetar kontinuerligt på att förbättra dialogen både internt och externt med andra vårdgivare. Därutöver fortsätter vi att fokusera på ökad konsumtion av handdesinfektionsmedel och lättillgänglighet av denna. Vi lägger även stor vikt vid att informera närstående om vikten av att använda handdesinfektionsmedel. Målet är, i enlighet med SKLs Nationella Satsning, att halvera vårdrelaterade infektioner under 2009 till 5 %. Under 2009 planeras ett klinikövergripande förbättringsprojekt i syfte att utvärdera nya vägar för att få ner nivån av vårdrelaterade infektioner.



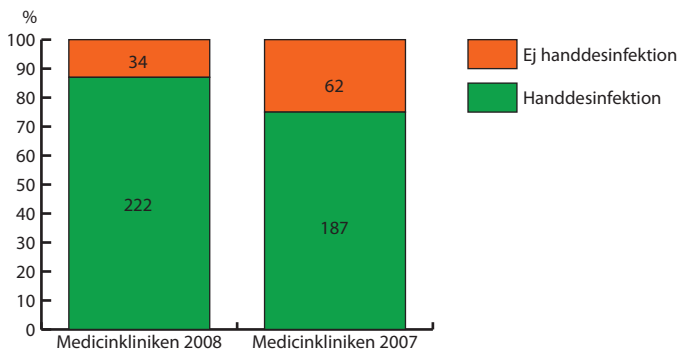
## Hygien

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:** 2008 års punktprevalensmätning visar att 86,7 % av medicinklinikens sängar var utrustade med handdesinfektionsmedel. En förbättring jämfört med 2007 års resultat som visade 75,1 %. Resultatet är ändå inte helt tillfredsställande då vårt mål är 100 %. Vi kommer därför att gå ut med upprepad information och rikta speciell uppmärksamhet mot de enheter som hade sämst resultat. Det är också viktigt att handdesinfektionsflaskorna har informationsskyltar med instruktioner för till exempel närstående. Ett fortsatt aktivt arbete med handdesinfektionsmedel är väsentligt för att förhindra smittspridning.

Resultatet vad gäller klädsel ligger på samma nivå som övriga sjukhuset (93 %) och fjolårets resultat som var 98 %. Generellt sett så var följsamheten till klädselrutinen alltså mycket god. De avvikelser som noterades handlade framförallt om att man hade klocka på underarmen.

## Komplikationer vid pacemakerinläggning

**Beskrivning:** Andel komplikationer vid pacemakerinläggning

**Tidsperiod:** 2008-01-01 – 2008-12-31

**Datakälla:** Pacemakerregistret. Täckningsgrad 100 %.

	2008
Andel komplikationer vid pacemakerinläggning	4,3 %

**Analys:** Sjukhuset har vid pacemakerinläggning få komplikationer. Under 5 % anses vara ett mycket bra resultat. Antalet komplikationer har ökat något jämfört med föregående år. Ökningen kan förklaras av mer komplicerade operationer under sista året med start av CRT-operationer (hjärtsviktspacing) samt ICD-inläggningar (intrakardiella defibrillatorer).

Sammanlagt 19 komplikationer registrerade av 441 operationer, vilket motsvarar 4,3 %.

- infektion i dosfickan som krävt borttagning av pacemaker
- tromboser
- frenicusstimulering av vänsterkammarelektrod
- hemothorax och pneumothorax
- elektroddysfunktion och elektroddislokation



## 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	14 (8 kvinnor 6 män)	12 (5 kvinnor, 7 män)

**Analys:** Antalet anmälningar tenderar att öka jämfört med föregående år. Under 2008 inkom 1 beslut från HSAN med disciplinåtgärd (erinran), vilket gällde anmälning från 2007 samt 5 beslut utan disciplinåtgärd.

## Ärenden till Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans dit man kostnadsfritt kan vända sig med frågor som rör all ofrentligt 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 totalt	33	25
Antal skriftliga anmälningar	9	5
Varav delade med annan klinik	3	1

**Analys:** Det totala antalet anmälningar till Patientnämnden, både muntliga och skriftliga, har ökat marginellt de senaste åren. Flertalet ärenden finns inom områdena behandling och bemötande. Ärendena analyseras i verksamheten för lärande och utveckling. Ett av ärendena under 2008 har utretts med en händelseanalys.

## 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	50	40

**Analys:** Antalet ärenden som inkommer till medicinkliniken via sjukhusets patientvägledare har de senaste åren legat på en relativt konstant nivå. Vi tar del av ärendena och arbetar aktivt med att upptäcka och förebygga brister i verksamheten för att förhindra upprepning.

## Nutrition

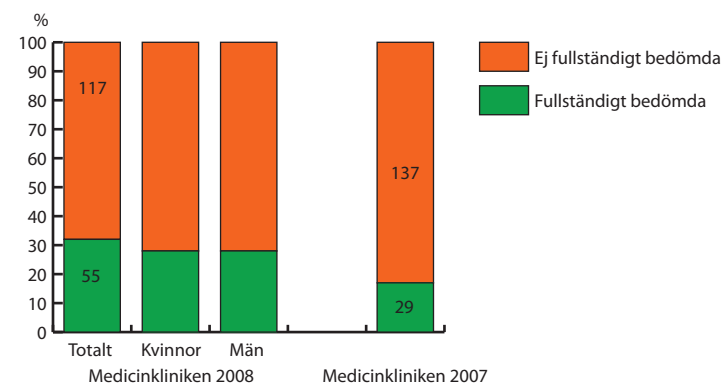
**Beskrivning:** Andel av totala antalet vuxna patienter som inom 48 timmar från inskrivning alternativt ankomst till vårdavdelning blivit nutritionsbedömda enligt vårdprogram. Parametrar som ingår är BMI, viktförändringar och ättsvårigheter.

**Tidsperiod:** Punktprevalens 13 november 2008

**Datakälla:** Patientjournalen Cambio Cosmic.

**Täckningsgrad:** 100%

*Andel patienter som nutritionsbedömts enligt vårdprogram inom 48 timmar från inskrivning*



**Analys:** Resultatet från årets punktprevalensmätning visar att 32,5 % av patienterna på medicinkliniken var fullständigt nutritionsbedömda inom 48 timmar efter inskrivning. Siffran är klart bättre än 2007 års värde som var 17,5 %. Delvis kan troligtvis denna ökande andel förklaras av förändringar i datajournalen. Resultatet för 2008 visar på att medicinkliniken behöver fokusera på att få personalen att göra nutritionsbedömningar i samband med att patienterna skrivs in. Medicinklinikens resultat ligger något lägre än sjukhuset som helhet (34,8 %), vilket visar på att förbättringsintervall föreligger.



Planerade aktiviteter under 2009 är fortsatt undervisning och information om enteral nutrition och dess betydelse för patienternas immunförsvar. Särskild riktad undervisning i sondsättning har påbörjats och planeras att fullföljas. Av stor vikt är även att ge personalen underlag för att göra nutritionsbedömning och uppföljning därav i datajournalen. Alla avdelningar har nutritionsombud med ett uppdrag som är i behov av förtydligande.

Under 2009 fortsätter vi att följa våra fokusområden och lyfter fram enskilda frågor med förbättringspotential, t ex patientinformation, som ingår i dimensionen för kommunikation och delaktighet, där vi kopplar förbättringsförslagen till LEAN-arbetet på enheterna.

## Patientenkät Indikator

**Beskrivning:** Patientenkäten skickas ut varje månad till slumpvis utvalda patienter. Resultaten visar det förbättringsutrymme i procent som finns för respektive dimension. Sjukhusets mål är att förbättringsutrymmet ska ligga under 15 %.

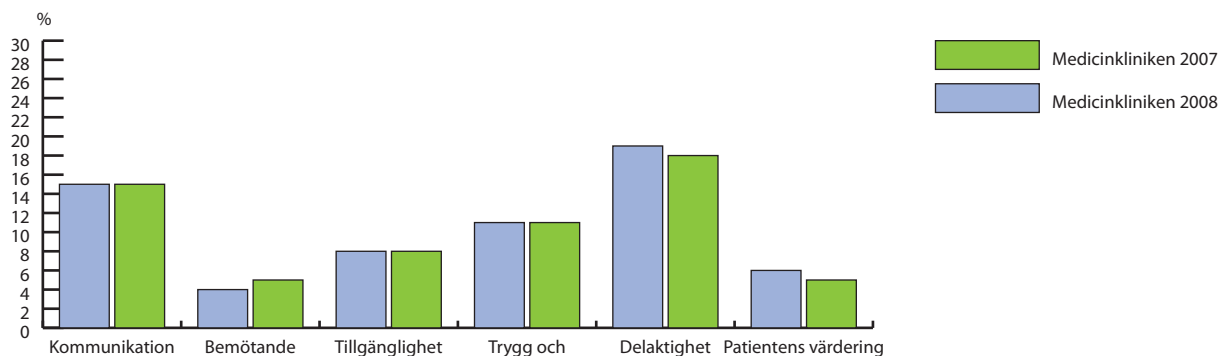
**Tidsperiod:** 2008-01-01—2008-12-31

**Datakälla:** Patientenkät Indikator

**Analys:** Under 2008 har medicinkliniken fokuserat på följande dimensioner i patientenkäten Indikator: Delaktighet, tillgänglighet och kommunikation. Dessutom följer vi i styrkortet även svaren på frågan ”Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?”. Vi har jämfört resultaten från januari till november 2008 med resultatet under samma tidsperiod för 2007. För samtliga dimensioner utom delaktighet ligger förbättringsutrymmet under 20 %. För delaktighet är resultatet 21 % inom slutenvården (mot 20 % året innan) och i öppenvården 18 % (mot 16 % 2007), i övrigt är resultatet i stort sett oförändrat.

För sjukgymnastiken är antalet enkäter mer begränsat och enskilda resultat varierar betydligt mer mellan olika mätperioder. Under jämförelseperioden har förbättringsutrymmet för dimensionen delaktighet för sjukgymnastiken blivit betydligt mindre (9 % mot 16 %). Den dimension som ligger över 20 % är trygg och säker vård, som dock har minskat från 24 till 21 %. Här har de svarande i relativt stor utsträckning uttryckt att man inte har tillräckliga mål för rehabilitering.

Resultat i patientenkät Indikator 2007-2008, förbättringsutrymme



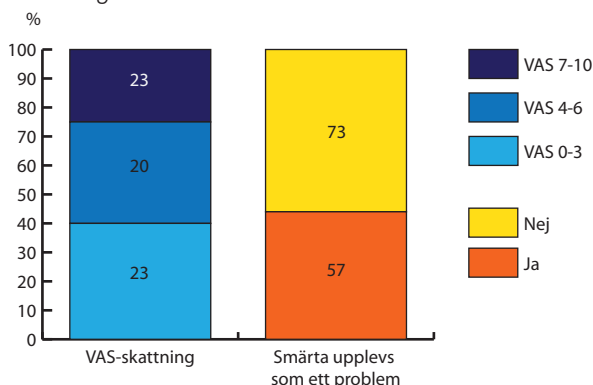
## Smärta - Punktprevalens

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

**Tidsperiod:** Mätning 9 juni 2008

**Datakälla:** Smärtombudsgruppen har via enkät som utförts av Smärtkliniken, APS tillfrågat alla inläggande 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 smärtskattning i vila. De flesta patienter smärtskattades med VAS (Visuell Analog Skala), men enstaka patienter skattades med NRS (Numeric Rating Scale) eller Beteendeskala vilket också kan påverka resultatet. Totalt tillfrågades 130 patienter varav 57 upplevde smärta som problem.

Fördelning av smärtintensitet



**Analys:** Punktprevalensmätningens resultat att 57 av 130 patienter (43,8 %) som tillfrågades upplevde smärta som ett problem är ett nedslående resultat. På medicinklinikens enheter har därför diskussionen tagits upp för att försöka få reda på orsaken till detta. Sannolikt är det så att vi har det största förbättringsutrymme i att vi kan bli bättre på att följa upp och utvärdera angiven smärta hos patienterna efter smärtlindring. I linje med detta har Smärtkliniken vid ett flertal, olika tillfällen inbjudits att undervisa kring smärta och smärtlindring under den senare delen av 2008. Undervisningen har riktats mot alla olika yrkeskategorier och under 2009 planeras fortsatta utbildningsinsatser för att höja kunskapen om smärtbehandling.

Vissa enheter gör egna regelbundna punktprevalenser om smärta med gott resultat, där man har som mål att 100 % av patienterna på enheten ska vara VAS skattade och även bedömer om man utvärderat given smärtlindring. Bedömningskortet som

används som en checklista för sjuksköterskan innehåller smärtbedömning som en påminnelse att VAS skatta och dokumentera sökordet smärta. Viktigt är också att fortsätta med att visa resultatet av punktprevalensmätningarna på arbetsplatsträffar etc. Kommenteras bör även att resultatet i patientenkäten, Indikator, inte talar för att patienterna på kliniken upplever bristande smärtlindring som ett problem, dock kan man se en marginell ökning från 2007 jmf med 2008 i 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 kliniks specifika riktlinjer och dokument tre vårdpass postoperativt. För att få ett rättvisande resultat räknades kvoten av antalet faktiska skattningar i förhållande till mål i kliniks specifika riktlinjer och dokument. Antalet patienter vars journalhandlingar har granskats var 5 stycken på Medicinkliniken

**Analys:** I denna punktprevalensmätning ingår endast medicinavdelning 31 på medicinkliniken. Där vårdas patienter efter thoraxkirurgiska operationer. Resultatet av punktprevalensen är mycket bra, 93 %. Sannolikt beror detta på att alla sjuksköterskor på avdelning 31 inför uppstarten av den hjärtkirurgiska verksamheten (under hösten 2007) utbildades i postoperativ smärta av Smärtkliniken, APS. Ledningen har sedan dess bedrivit ett aktivt arbete med att hålla kunskapsnivån fortsatt hög hos personalen.



## Telefontillgänglighet inom öppenvården

**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	6 727
Andel samtal uppringda inom 10 minuter	55%
Antal bokade samtal	7 266
Andel samtal bokade inom 120 minuter	66 %

**Analys:** Resultatet visar på förbättringsutrymme. Dessa värden har inte följts tidigare så jämförelse går ej att göra. Under 2009 kommer vi månatligen att följa dessa parametrar och redovisa på arbetsplatsträffar.