



Cario S:t Görans Sjukhus

KVALITETSREDOVISNING 2009

Kirurgkliniken



KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

2009

Ljumskräck

Kvalitetsdata Ljumskräck

	CStG 2009	CSTG 2008
Antal opererade pat	473	456
Antal bilaterala op	64	35
Medelålder	60	59
Fördelning män/kvinnor	M 90 % K 10 %	M 73% K 33%
Andel utförda op med laparoskopisk teknik	35 %	23%
Andel akuta op	6 %	6%
Antalet opererade i öppenvård	319 (67 %)	287 (63 %)
Antal op utförda i narkos	513 (95,4 %)	418 (91,5 %)
Antal op utförda i epidural/spinalanestesi	19 (3,5 %)	39 (8 %)
Antal op utförda i lokalbedövning	6 (1 %)	2 (0,5 %)

Ändtarmscancer

Beskrivning: Andelen reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer. Med operation avses främre resektion, abdominoperineal rektumamputation eller Hartmann.

Datakälla: Onkologiskt Centrum/lokal datakälla

Täckningsgrad: 100 %

	Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer under perioden 1/1 -31/12 2009 som rapporterats i registret för cancer recti-kirurgi. Diagnoskod /opkod ICDO C20.9 samt PAD 096 och 996			Antal reoperationer inom 30 dagar av de som primäropererats under perioden 1/1 -31/12 2009 och reopererats under perioden 1/1 2009 -31/1 2010			Andelen reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer		
	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M
CSTG	19	7	12	1	0	1	5%	0%	8%
SLL-genomsnitt	-	-	-	-	-	-	9%	-	-

Analys: Reoperationen föranleddes av en sårruptur. Sett över tid ligger reoperationsfrekvensen i Sverige och även internationellt ganska stabilt på 9-10 %. Capio S:t Görans utfall för 2009 var 5 %, men det är viktigt att notera att patientunderlaget var endast 19 patienter, varav en reopererades.

Kvalitetsdata rektalcancer

	2009	2008
Antal kurativt opererade	19	23
Antal rektumamputationer	3	5
Antal främre resektioner	15	18
Andel reoperationer inom 30 dgr	1/19 (5,3 %)	2/23 (8,7%)

Anastomosinsufficiensfrekvens	0 %	1/18 (5,5%)
Mortalitet 30-dagar	0 %	0%

Koloncancer

Kvalitetsdata koloncancer

	2009	2008
Antal vårdade för n्यupptäckt koloncancer	104	106
Andel män/kvinnor	M 46 % K 54 %	M 46% K 54%
Medelålder	75	75
Andel pat med koloncancer som lades in elektivt respektive akut	59 % / 41 %	58% / 42%
Medelvårdtid/medianvårdtid koloncancer	8,6/7,5 dgr	9,4 / 8 dgr
Andel opererade med resektion	82 %	92%
Andel reoperationer inom 30 dgr	6 %	7%
Mortalitet 30-dagar	3,7 %	2%

Appendicit

Beskrivning: Antal opererade med förmodad appendicit

Tidsperiod: 2008-2009

Datakälla: Journalsystemet Cambio Cosmic

	2009	2008
Antal opererade	415	409
Medelålder	38 år	36 år
Antal män/kvinnor	234/181	235 / 174
Andel preoperativ datortomografi	44%	47%
Andel preoperativ ultraljud	51 %	50%
Preoperativ gynekologisk undersökning bland kvinnor < 50 år.	12 %	16%
Andel op. påbörjade laparoskopiskt	73 % (M 59 % / K 90 %)	39% (M 19% /K 67%)
Andel konverteringar	8 %	4%
Friska appendektomier	5 % (M 2,1 % / K 8,8 %)	4,9% (M 1,7% /K 8,6%)
Andel perforerade apendiciter	28 %	25%

Analys: Vanligaste postoperativa komplikationerna var urinretention 7 %, yttlig sårinfektion 1 % och djup sårinfektion 2 %. Jämfört med år 2008 kan vi konstatera väsentligen oförändrad preoperativ bilddiagnostik, oförändrad andel friska appendektomier, en påtaglig ökning av andelen laparoskopiskt opererade och en ökad konverteringsfrekvens.



Capio S:t Görans Sjukhus

KVALITETSREDOVISNING 2009 | KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Kirurgkliniken | Ljumskräck, Ändtarmscancer, Appendicit

2009

KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Bröstcancer

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret INCA

Tidsperiod: 2009

Datakälla: INCA

Indikator	CSTG 2009	CSTG 2008	Mål
Andel patienter som fått besöksstid inom en vecka, resp två veckor	info saknas	info saknas	>80% resp 100%
Väntetid i dagar från nybesök till vårdplan	medel 15 median 12	medel 14,6 median 11	ej definierat
Andel patienter med diagnos innan operation	95 %	94 %	>90%
Andel patienter med bröstcancer opererade inom tre veckor	43 % medel 23 d median 23 d	77 %	minst 95%
Andel patienter som erbjuds bröstbevarande ingrepp	60 %	65 %	Se kommentar
Andel reoperationer i bröstet pga otillräckliga tumörmarginaler	15 %	12 %	<10%
Träffsäkerhet vid sentinel-node-biopsi (SNB)	99 %	100 %	minst 97%
Andel patienter opererade med SNB som genomgått en andra operation i armhålan pga falskt negativt fryssnittssvar	6 %	6 %	<15%
Andel pat. som fått besked på PAD och behandlingsförslag vid återbesök veckan efter operation	66 %	75 %	>90%
Läkarkontinuitet vid canceroperationer (vårdplanerande läkare och operatör)	50 %	47 %	>80%

Analys: Ang väntetid från nybesök till vårdplan gäller att för de flesta patienter är bröstcancerdiagnosen redan klar då patienten kommer till vår mottagning första gången. I dessa fall är dag för nybesök och dag för vårdplan densamma. Presenterade siffror gäller för dem som behövde genomgå kompletterande utredning efter nybesöket.

Ang väntetid på operation konstateras att den är påtagligt längre för 2009 (hur mycket?) jämfört med föregående år. Bidragande faktorer kan vara ett stort inflöde under det första halvåret och att fler patienter behövde genomgå kompletterande undersökningar (bruten vårdkedja mellan primärvård och Bröstcentrum pga ändrad upphandling inom SLL). Ang andel patienter som opererats med bröstbevarande ingrepp gäller att det gamla målet 60-70 % tagits bort sedan fjolårets rapport.

Under 2009 startades förbättringsarbeten för samordning mellan mottagning och mammografiavdelning och detta samarbete måste utvecklas. Vi får god service från mammografi- och patologiavdelningarna med korta svarstider för beställda undersökningar.

Vi har fungerade registreringsrutiner och kunskap om nyckeltal och ledtider i våra processer. Registrering av data innebär fort-

farande mycket manuellt arbete. Samarbetet med registerhållaren Onkologiskt Centrum, som monitorerar registreringarna, är utmärkt, men automatiserade stödfunktioner behövs. Vår kvalitetsregistrering utgör samtidigt canceranmälan vilket garanterar att vi rapporterar alla våra patienter.

Kortare ledtider är en större utmaning när processerna blir mer komplexa, vilket är en trend i omhändertagandet av patienter med bröstcancer. Snabbhet kan stå i motsats till kontinuitet.

Vi kan för första gången jämföra våra resultat med data för hela riket i den första nationella årsrapporten. Den gäller 2008 och det är påfallande att för många parametrar är resultaten jämna i landet. Vi utmärker oss dock med att göra långt fler primära bröstrekonstruktioner vid mastektomi, i 25 % av fallen, jämfört med 6 % i landet. Väntetiden till operation är längre hos oss medan väntetiden till postoperativt besök är kortare jämfört med riket som helhet.

Cholecystektomier

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret GallRiks

Tidsperiod: 2009

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

	CSTG 2009	GallRiks 2009
Antal galloperationer	410	1 1173
Andel konverterade till öppen kirurgi	0,25 %	8,2 %
Operationstid (median)	81 min	82 min
Andel peroperativa cholangiografier	92 %	87 %
Andel choledochusskador	0,25 %	0,4 % (2008)
Andel dagkirurgi	38,5 %	*
Andel akut cholecystit	23 %	*

* Data saknas

Analys: Under 2009 utfördes sammanlagt 410 cholecystektomier på kirurgkliniken vid Capio S:t Görans Sjukhus och det innebär att kirurgkliniken var den tredje största producenten i Sverige under 2009. Kirurgkliniken har en mycket låg konverteringsfrekvens jämfört med riket (0,25 % jämfört 8,2 %) utan högre frekvens komplikationer (se nedan). Under året har det varit en fortsatt hög målsättning att operera akuta cholecystiter inom det första vårdtillfället.



Capio S:t Görans Sjukhus

KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Bröstcancer, Cholecystektomier

KVALITETSREDOVISNING 2009

Kirurgkliniken

Cholecystectomi - komplikationer

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

Tidsperiod: 2009

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

Analys: Kirurgkliniken har lägre komplikationsfrekvens än riksgenomsnittet, som rapporterats till Gallriks, för både akuta operationer (8,2 % jämfört 12 %) och elektiva operationer (5,7 % jämfört 6,5 %).

Under året förekom 1 choledochusskada (0,2 5%) där ett litet inklipp i choledochus gjordes utan ännu kända postoperativa följder. Ingen 30-dagars-mortalitet föreligger under 2009 vilket varit oförändrat senaste åren.

Cholecystectomi - antibiotika- behandling

Beskrivning: Andelen av de patienter som genomgått planerad cholecystectomi som fått antibiotikabehandling före operation.

Tidsperiod: 2009

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

Analys: Data rörande antibiotikaanvändningen vid övriga opererande kliniker i Sverige presenteras ännu inte från Gallriks. Vi använder profylaktisk antibiotikabehandling vid planerad gallvägskirurgi i begränsad omfattning (7 % vid ASA 1), men i ökad frekvens ju högre ASA klass (vid ASA 3 i 53 %). Vid cholecystectomi på patienter som är immunosupprimerade, tidigare klaffopererade eller har en övrig, hög sjuklighet är antibiotikaprofylax klart indicerat. Fortfarande är den evidensbaserade vetenskapen klart begränsad men en klar trend för minskad användning av antibiotika föreligger vid okomplicerade cholecystectomier.

ERCP

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret GallRiks

Tidsperiod: 2009

Datakälla: GallRiks, täckningsgrad 100%.

	CSTG 2009	GallRiks 2008
Antal ERCP	202	6624
Kanyleringsfrekvens	97,4 %	90,7 %
Komplikationer efter ERCP inom 30 dagar		
Pancreatit	4,7 %	4,3 %*
Cholangit	3,9 %	2,7 %*
Blödning	1,6 %	1,3 %*
Mortalitet inom 30 dagar	3,9 %	8,9 %*

* GallRiks 2009 uträknat via rekviderade registerdata

Analys: Vi har en välfungerande verksamhet med utmärkt kanyleringsfrekvens och genomsnittlig andel komplikationer jämfört med landet i övrigt. En relativt stor del av våra patienter har maligna sjukdomar eller övrig svår sjuklighet vilket återspeglas i att 5 patienter avled inom 30 dagar. 4 av dessa 5 avled av andra orsaker än procedurrelaterade komplikationer. ERCP-relaterade komplikationer (blödning och cholangit) var sannolikt klart bidragande i ett av fallen med dödlig utgång men där även möjlig PTC-komplication med perforation kan ha varit huvudorsak.

Under 2009 registrerades 4,7 % pancreatiter efter ERCP vilket motsvarar förra årets utfall. Vi har något minskad frekvens cholangiter under 2009.

Antibiotikaprofylax har varit rutin under 2009 till patienter med stasikterus då evidens finns att dessa patienter redan har bakteriell kolonisering i gallvägarna med klart ökad risk för efterföljande cholangit till ERCP.

Att särskilt beakta är att uträkningarna i Gallriks vad gäller komplikationer borträknar från totala antalet patienter de som är tidigare sk sfinkterotomerade men av oklar anledning medräknas dessa i totalantalet komplikationer. Denna fråga är fn ställd till de ansvariga för Gallriks för en kommentar alternativt åtgärd.

Dessutom gäller att olika sorts komplikationer på samma patient vid samma tillfälle medräknas separat vilket förstas ökar komplikationsfrekvensen i stort.

2009

KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Obesitaskirurgi

Beskrivning: Utdrag ur kvalitetsregistret SOReg

Tidsperiod: 2009

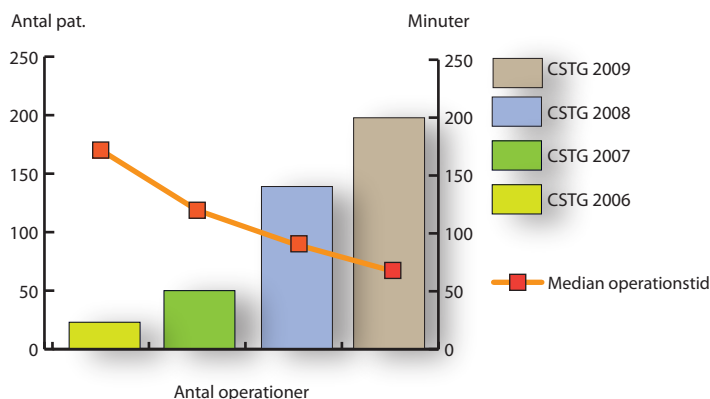
Datakälla: Scandinavian Obesity surgery registry, SOReg, täckningsgrad 100%. Jämförelsesiffror från 2009 finns inte utan jämförelser är gjorda med resultat från 2008

	Capio S:t Görans Sjukhus 2009	SOReg 2008
Antal gastric bypassoperationer	200	2 192
Medianålder	42	43
Preoperativt BMI (median)	43	43
Andel konverterade	0	2,2 %
Operationstid (median)	68 min	99 min
Antal reoperationer	3	*
Postoperativ vårdtid (medelvärde i dagar) (median i dagar)	2,3 2	3,7 *
Anastomosläckage	1%	1 %

* Data saknas

Analys: Vid kirurgkliniken Capio S:t Görans Sjukhus utförs laparoskopisk gastric bypass som primär operationsmetod vid obesitas och hittills har 400 patienter opererats. Vårdkedjan för dessa patienter är nu definitivt etablerad och är multidisciplinär med kirurger, obesitasmedicinare, dietister, kuratorer, sjukgymnaster, mottagningspersonal mm. Utredningen av obesitaspatienter inleds med ett patientinformationsmöte och under 2009 har vi haft fem stycken sådana möten.

Figur 1. Antal patienter opererade med gastric bypass samt medianoperationstid i minuter



Under 2009 utfördes sammanlagt 200 operationer och det är en stor ökning jämfört med tidigare år. En hel del av patienterna har varit vårdgarantifall och utomlänspatienter. De 200 patienterna hade ett preoperativt BMI på 43 och det är som i landet i övrigt (2008). Vid kirurgkliniken suturerar vi de två öppningarna vid staplingen av anastomoserna med två suturrader.

I 100 % av fallen påbörjades operationen laparoskopiskt och ingen patient behövde primärt konverteras jämfört med 2,2 % i landet i övrigt (2008). Antalet operationer har ökat och operationstiden har minskat successivt sedan 2006 och under 2009 var mediantiden 68 minuter (Figur 1). Under året förekom ingen mortalitet och i SOReg registrerades under 2008 totalt två dödsfall i landet.

Patienterna går på regelbundna kontroller enligt ett protokoll. Antalet nybesök och återbesök till läkare var under 2009 1100.

Medelvärdet för viktnedgång efter 1 år var 39 kg (beräknat på 230 patienter) och efter 2 år 39 kg (beräknat på 75 patienter).

Avvikelseberättelser

Antal anmälda vårdavvikelser.

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Det elektroniska avvikelssystemet Alpha Quest.

	2009	2008
Antal absoluta tal	128	78

Analys: Det har skett en ökning av antalet anmälda avvikelser på Kirurgkliniken jämfört med 2008. Detta stämmer väl överens med klinikens ambition att avdramatisera avvikelserapportering och uppmuntra till rapportering och förbättringsförslag. 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 hanterar det elektroniska avvikelssystemet. Vi fortsätter nu vårt arbete på den inslagna vägen och har som målsättning att öka antalet avvikelser, se till att de blir bedömda, åtgärdade och att återkoppling sker till verksamheten. Flest avvikelser skrivs av sjuksköterskor. Vår ambition är att fler yrkeskategorier skriver avvikelser. Den största gruppen avvikelser finns inom kategorin dokumentation och informationsöverföring och vi arbetar kontinuerligt på att förbättra detta. På alla avvikelser av allvarlig karaktär görs en händelseanalys för att kartlägga vad som inträffat, de bakomliggande orsakerna och sätta in förbättringsåtgärder.

Anmälningar enligt Lex Maria

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

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Registrerade ärenden hos Socialstyrelsen

	2009	2008
Antal	4	2

Analys: Antalet anmälningar enligt Lex Maria har ökat något på kirurgkliniken. Vid samtliga har en händelseanalys genomförts och bifogats anmälan. Förbättringsförslag har framtagits och åtgärder för att förhindra upprepning har genomförts. Målet för 2010 är att utveckla system för att säkerställa att beslutade åtgärder genomförs inom fastställd tid.

Anmälningar till Patientskade- regleringen (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: 2009

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

	2009	2008
Antal	19	5

Analys: Antalet anmälningar på Kirurgkliniken har ökat i jämförelse med föregående år. Vi undersöker de inkomna ärendena, och vidtar om möjligt åtgärder för att förhindra upprepning. Ökad information till patienter om PSR kommer att ske. Andelen ersatta ärenden är tre.

Trycksår

Beskrivning: Punktprevalensstudie under 1 dygn på inneliggande 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 3 juni 2009.

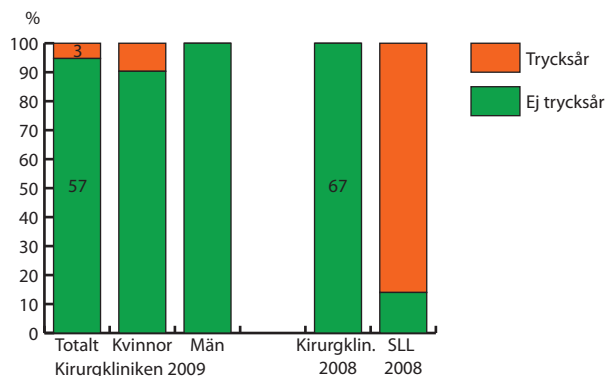
Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic.

Täckningsgrad: 100%

Andel riskpatienter som är bedömda enligt modifierad Nortonskala



Andel patienter som har trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram (allvarlighetsgrad 2-4)



Analys: Trots att vi på Kirurgkliniken fokuserade på sår och sårvård under september månad 2009, har antalet Nortonbedömda patienter jämfört med föregående år inte ökat. Detta beror troligtvis på en otydlighet i organisationen om vilka patienter som skall bedömas, varför vi ska göra det och hur det skall dokumenteras. Vi tar nu nya tag och har skapat en ”lathund vid inskrivning på Kirurgkliniken” som vi hoppas skall vara till hjälp vid inskrivning av patienter. Andelen patienter med trycksår och andelen patienter som utvecklat trycksår har ökat något. Eftersom vi under året haft en kraftig överbeläggningssituation, har det varit svårt att få kraft och engagemang i de ”temamånader” avseende omvårdnad vi genomförde under året. Kirurgkliniken har nu utökats med ett antal vårdplatser och vi tänker nu återupprepa initiativet med ”temamånader” och räknar med en större effekt av detta.

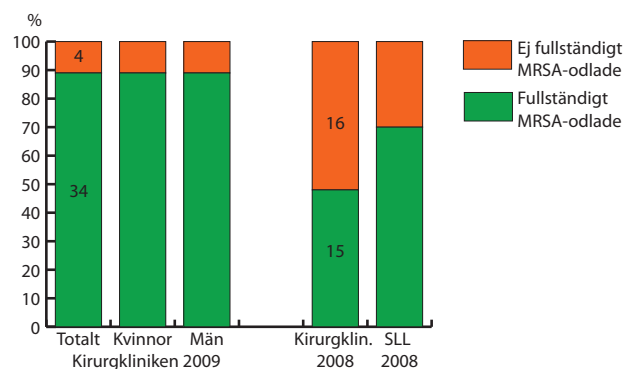
MRSA

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

Tidsperiod: Punktprevalens 1 gång per kvartal under år 2009.

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 föregående års resultatet av punktprevalensmätning MRSA. En utbildningsinsats och ett tydliggörande i organisationen har gjorts av vilka patienter som ska odlas, vem som ska göra det och varför vi ska göra det. Vi inleder det nya året med att implementera en ”lathund vid inskrivning på Kirurgkliniken” som vi hoppas ytterligare ska förtydliga vad som ska göras. Vi har under året lyckats få ett klart förbättrat resultat på antalet riskpatienter som fullständigt MRSA- odlats.

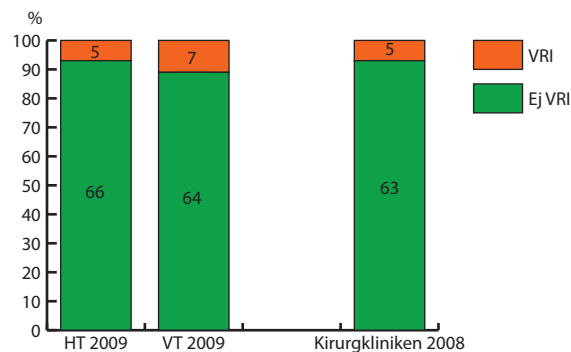
Vårdrelaterade infektioner

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: Antalet patienter med vårdrelaterade infektioner på kirurgkliniken minskade under året, från vårens mätning då 12 % hade VRI till höstens mätning då endast 7,5 % hade VRI (främst postoperativa ytliga mjukdelsinfektioner). Vi har inte nått det nationella målet på <5 %, och i jämförelse med föregående år ett något försämrat resultat. Under 2009 har vi bland annat organiserat om oss så att endast en person sköter livsmedelshandlingen dagtid, uppdaterat alla toaletter och runt alla handfat så att de klarar hygienkraven och tydliggjort städrutinerna. Vi anser att vi har en bit kvar att vandra och kommer under året att fortsätta att fokusera på hygien för att förhindra smittspridning till våra patienter.

Analys: För Kirurgkliniken del var följsamheten av handdesinfektionsmedel på sängarna för 2009 86 % och följsamheten av klädsel enligt hygienrutin för 2009 97,5 %. 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 betraktas som tillfredställande.

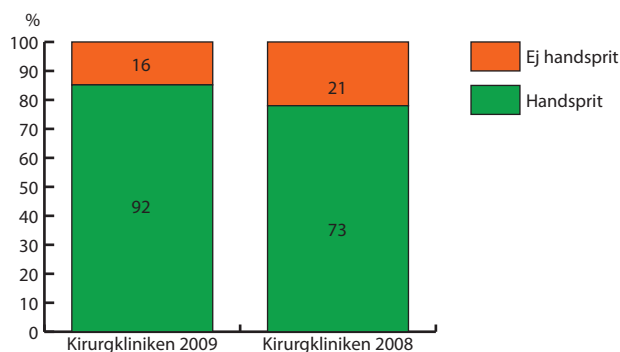
Hygien

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.

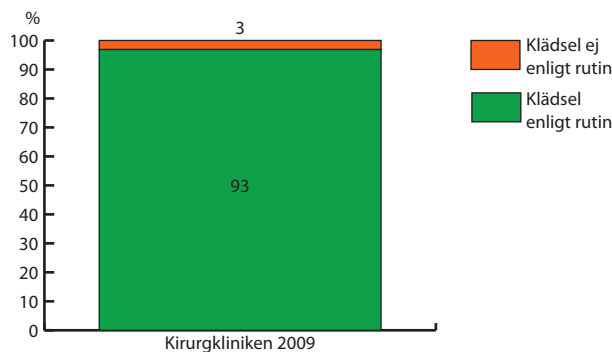
Tidsperiod: Vid 2 tillfällen under året

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

Förekomst av handdesinfektion vid patientsäng



Följsamhet till klädsel enligt hygienrutin



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: 2009

Datakälla: Registrerade anmälningsärenden från HSAN.

	2009	2008
Antal anmälningar	6,5	2,5

Analys: Antalet anmälningar till HSAN har ökat något på Kirurgkliniken. Ingen anmälan har lett till någon disciplinpåföljd.

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: 2009

Datakälla: Registrerade ärenden från Patientnämnden

	2009	2008
Antal anmälningar	19 (4)	17 (2,5)

() = 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, vilken analyseras i verksamheten för lärande och utveckling.

Ärenden till Patientvägledare

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

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Registrerade ärenden till Patientvägledaren

	2009	2008
Antal ärenden	108	55

Analys: På Kirurgkliniken har antalet ärenden till patientvägledaren ökat. Under 2010 ska vi försöka få klarhet i orsaker till kontakt med patientvägledare för att kunna analysera och sprida detta i verksamheten. Vi tar del av ärendena och arbetar aktivt med att upptäcka och förebygga brister i verksamheten för att förhindra upprepning.

Nutrition

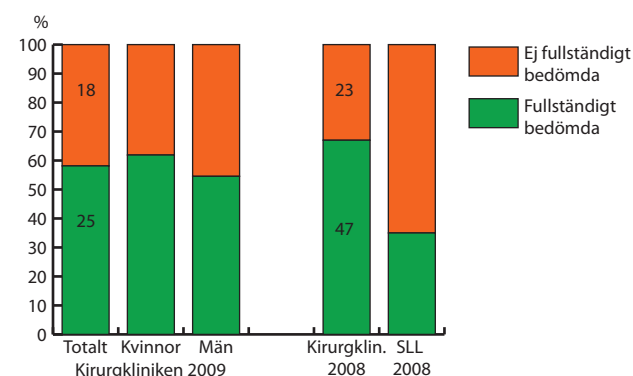
Beskrivning: Andel av totala antalet vuxna patienter som inom 48 timmar från inskrivning alternativt ankomst till vårdavdelning blivit nutritionsbedömda enligt vårdprogram. Parametrar som ingår är BMI, viktförändringar och ättsvårigheter.

Tidsperiod: Punktprevalens 20 oktober 2009.

Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic.

Täckningsgrad: 100%

Andel patienter som nutritionsbedömts enligt vårdprogram inom 48 timmar från inskrivning



Analys: Antalet nutritionsbedömda inom 48 timmar är ungefär lika i jämförelse med föregående års mätning. I jämförelse med övriga sjukhuset ligger vi bra till, men vi strävar efter att nå det sjukhusgemensamma målet att >70% ska vara nutritionsbedömda. Tanken är att den nya "lathunden" vid inskrivning på Kirurgkliniken" 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 09-01-01- 09-12-31.

Analys: Den patientupplevda vårdkvaliteten är ungefär lika på Kirurgkliniken jämfört med föregående år. Under året har vi haft ett kraftigt ökat inflöde av akuta patienter, infört arbetssätt enligt leanprinciper på akutavdelningen och brottats med kraftiga överbeläggningar. Det mest intressanta är att man mycket tydligt kan se en markant förbättrad patientnöjdhet när arbetssätt enligt leanprinciper satt sig i organisationen. Vi har under året arbetat med att månatligen 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.

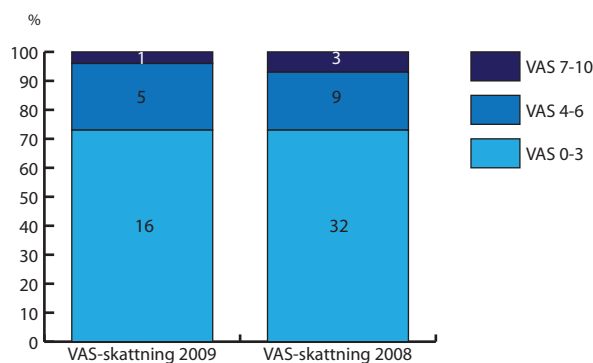
Smärta - Punktprevalens

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

Tidsperiod: Mätning 27 maj 2009

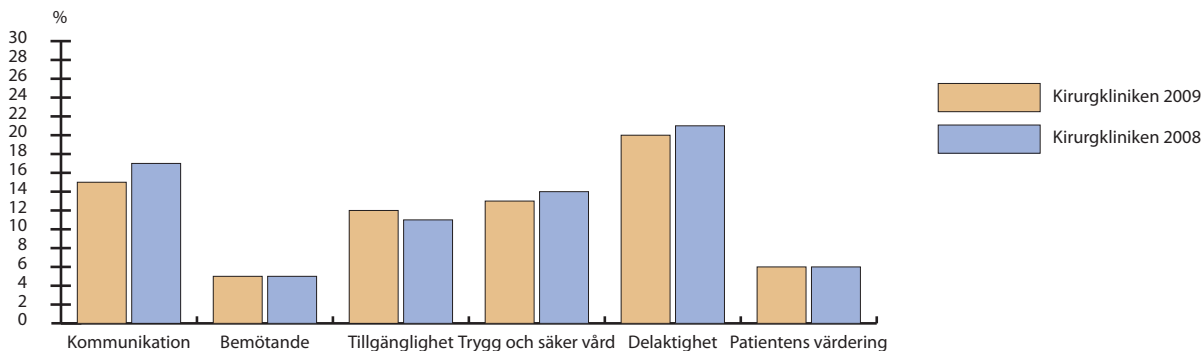
Datakälla: Smärtombudsgruppen har via enkät som utförts av APS vid Smärtkliniken, tillfrågat alla inläggande patienter, täckningsgrad 100 %. Undersökningar med enkät där patient muntligen blir tillfrågad och en annan person fyller i svaret kan innebära en risk att objektiviteten för svaret påverkas. De patienter som uppgav smärta som problem inkluderades i vidare studier bl a avseende smärtskattning i vila. Av totalt 51 patienter upplevde 22 patienter smärta som ett problem.

Fördelning av smärtintensitet hos patienter med smärta



Analys: På Kirurgkliniken har vi i jämförelse med föregående års punktprevalens fått ett förbättrat resultat, vilket förhoppningsvis betyder att vi blivit bättre på att hörsamma och åtgärda våra patienters smärta. Vi planerar detta år att fortsätta att fokusera på smärta och se till att 100% av sjuksköterskorna har kompetenskörkort i smärtbehandling.

Resultat i patientenkät Indikator 2008-2009, förbättringsutrymme



2009

PATIENTFOKUSERAD VÅRD

Dokumentation av postoperativ smärta

Beskrivning: Undersökning av hur patienters postoperativa smärta dokumenteras.

Tidsperiod: Data inhämtad 2 december 2009. 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 APS vid Smärtkliniken, 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. Av totalt 20 patienter hade 37 % en dokumenterad VAS-skattning.

Andel VAS-skattade patienter



Analys: Vi har under året fått en försämring av antalet VAS-skattade patienter. Våra patienter får väl betraktas vara ganska nöjda med smärtlindringen, men vi måste bli bättre på VAS-skattning och framförallt dokumentation av detta. Vi hoppas att den nya ”lathunden vid inskrivning på Kirurgkliniken” samt utbildning och smärtekört ska förbättra resultatet.

Telefontillgänglighet

Beskrivning: Att patienterna får telefonkontakt inom utlovad tid.

Tidsperiod: 2009-01-01 – 2009-12-31

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

	2009
Antal uppringda samtal	14561
Andel samtal uppringda inom 10 minuter	69%
Andel samtal bokade inom 120 minuter	94%
Andel samtal bokade inom 120 minuter	98%

