



Caphio S:t Görans Sjukhus

KVALITETSREDOVISNING 2009

Ortopedkliniken



KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

2009

Höftledsplastik

Beskrivning: Kvalitetsdata

Tidsperiod: 2008

Datakälla: Nationella höftprotesregistret

Täckningsgrad: 93,8 (2007 90,3 %)

Riksgenomsnittet: 95,9 %

	CStG		Riket
	2008	2007	
Antal patienter registrerade i Svenska höftprotesregistret	360 st	300 st	
Patientrapporterad hälsovinst (EQ-5D-indexvinst efter 1 år)	0,32	Inga uppgifter	0,36
Smärtlindring preoperativt/ postoperativt	59/16	Inga uppgifter	62/15
90-dagars mortalitet, 2004-2007		9,3 ‰	
90-dagars mortalitet, 2005-2008	12 ‰		7,6 ‰
Reoperation inom 2 år, 2004-2007		26 st/1,5 %	
Reoperation inom 2 år, 2005-2008	16 st/1 %		1,6 %
5-års protesöverlevnad	96,5%	96, 3%	
10-års protesöverlevnad	94,1%	94, 8%	94,7 %

Analys: Vi har år 2008 förbättrat vår täckningsgrad i Svenska Höftprotesregistret genom förändringar i registreringsrutinen på kliniken. En hög täckningsgrad ger en god grund för framtida analyser.

Vi erhåller över tiden en allt bättre långtidsöverlevnad av våra höftplastiker med 5- respektive 10-årsöverlevnad om 96,5 respektive 94,1 %, likvärdigt med genomsnittet för hela riket. Tidiga komplikationer, omoperation inom 2 år, speglar framför allt förekomst av infektion och luxation. För år 2005 till 2008 har vi sammanlagt 16 fall av totalt ca 1600 d.v.s. 1 %, vilket är lägst värde bland de större sjukhusen i Stockholm och väl under rikssnittet på 1,6 %.

Knäledsplastik

Beskrivning: Kvalitetsdata

Tidsperiod: 2009 års rapport, avser data från 2007

Datakälla: Nationella knäplastikregistret

Täckningsgrad: 86,6 %

	1998-2007	1997-2006
Antal patienter som opererats för total knäledsplastik vid artros	2 903	2 891
Antal patienter av dessa som genomgått en revision av knäledsplastiken	57	67
Relativ revisionsrisk, % inom 10 år	0,87 %	1,02 %

Analys: Täckningsgraden ligger under vårt mål som är 100 %. Särskilda insatser görs för att öka täckningsgraden i rapporteringen till registret. Risk för lossning och omoperation har de senaste åren minskat från cirka 6 % till 3 %, vilket är samma nivå som riksgenomsnittet. Infektionsfrekvensen är som tidigare cirka 1 %. Klinikens mest rutinerade knäkirurger handlägger dessa patienter, och reoperation sker i en eller två seanser. Antibiotikabehandling sker enligt nationella riktlinjer och i samarbete med infektionsläkare.

Halvprotesregistret

Beskrivning: Kvalitetsdata

Datakälla: Nationella Halvprotesregistret

Täckningsgrad: 97,6 %

Analys: Andelen registreringar under 2007 i Svenska Höftprotesregistret var 81,3 %. Frånsett problem med registreringsförfarande finns ett antal möjliga felkällor. Eftersläpning av registrering över årsskiftet och bristande kodning av diagnos och åtgärder ger möjligen ett bortfall. Förbättring av registreringsrutinen och ökad utbildning kring kodning har gjorts under året och gett oss ett bra resultat.

Reoperationer inom 6 månader visar ett bra resultat 0,7 %, 2 av 295 patienter, jämförande siffror i riket som är 2,8 %.

166 halvplastiker fanns registrerade i Svenska Höftprotesregistret för 2008.



Cario S:t Görans Sjukhus

KVALITETSREDOVISNING 2009

Ortopedkliniken

KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Höftledsplastik, Knäledsplastik, Halvprotesregistret

2009

KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIK VÅRD

Ryggregistret

Beskrivning: Kliniska resultat av ländryggskirurgi, mätt med patientenkäter. VAS, EQ-5D etc.

Datakälla: Nationella ryggregistret

Täckningsgrad: 97%

Analys: Resultaten från svenska ryggregistret ligger nu ute på webben för allmänheten. Det som analyserats är patienter opererade 2004-2006. Vi finns inte representerade i diagnosgruppen spondylolys, då vi opererat mindre än 20 patienter per år i denna grupp.

Våra resultat stämmer bra med rikets resultat i stort, inga stora avvikelser föreligger.

Klinikens resultat avseende diskbräckskirurgi står sig mycket väl vid en jämförelse med riket i övrigt. Enligt svensk ryggkirurgisk förening ska diskbräck opereras vid utebliven effekt av 6 till 12 veckors konservativ behandling. Klinikens mål är att ej operera diskbräck tidigare än 6 veckor, men inom 3 månader från symtomdebut. Här skiljer sig våra resultat tydligt på ett positivt sätt från riket med ca 43 % opererade inom 3 månader. Vi är ett av de sjukhus som har kortast medianvårdtid på opererade spinalstenoser, 4 dygn.

Vi har en uppföljningsfrekvens 1 år postoperativt på 80-83 % under åren 2004-2007. 2008-2009 års patienter är inte färdiguppföljda ännu.

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 absoluta tal	0	0

Analys: Kliniken har inga allvarliga händelser att rapportera.

Anmälningar till Patientskaderegleringen (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. Landstingens Ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) presenterar årligen detaljerad statistik över verksamhetens anmälda skador. Vi undersöker därvid inkomna ärenden för att upptäcka och förebygga brister i verksamheten, och vidtar om möjligt åtgärder för att förhindra upprepning. Ny-anmälda skador från Ortopedkliniken är till 1/3 av totalantalet skador uppkomna på andra sjukhus/kliniker.

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Rapporterade ärenden från PSR.

	2009	2008
Nyanmälda skador* egen klinik	77	68
Beslut: antal totalt	46	48
- varav ersättningsbar	29	28
- varav avslag	17	20

Analys: Antalet ersättningsbara skador har minskat.

Avvikelseberapportering

Avvikelsesystemet används för att upptäcka och förebygga risker i verksamheten. En avvikelseanmälan innebär inte i sig att patienten fått några men.

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Registrerade avvikelser i det elektroniska avvikelssystemet Alpha Quest.

	2009	2008
Antal avvikelser	202	118
Varav läkemedelsavvikelser	35	17

Analys: En ökning av antalet avvikelser kan noteras. Den stora gruppen avvikelser finns inom kategorin dokumentation och informationsöverföring. Klinikens läkemedelsavvikelser gäller till största delen felaktiga/bristfälliga ordinationer i patientjournalen.

Genomförda händelseanalyser

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Klinikens kvalitetscontroller

	2009	2008
Antal analyser	4	2

Analys: Under 2009 har ortopedkliniken genomfört 4 händelseanalyser till följd av mer allvarliga avvikelser. Händelseanalyserna har resulterat i åtgärdsprogram som förväntas förhindra upprepning. Händelseanalyser ger en god möjlighet att kritiskt granska befintliga rutiner och genomföra förbättringar. Under 2010 kommer fokus att ligga på att utveckla system för att säkerställa att beslutade åtgärder genomförs inom fastställd tid.



Trycksår

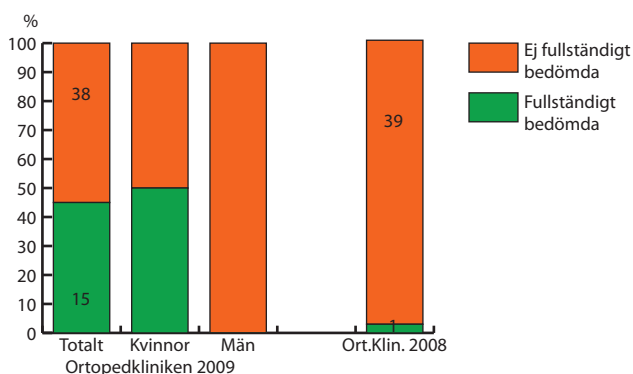
Beskrivning: Punktprevalensstudie under 1 dygn på inneliggande patienter. Andel patienter av totala antalet som är riskbedömda enligt modifierad Nortonskala redovisas i den övre bilden. Andel patienter som har trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram redovisas i den nedre bilden.

Tidsperiod: Punktprevalens utförd 3 juni 2009.

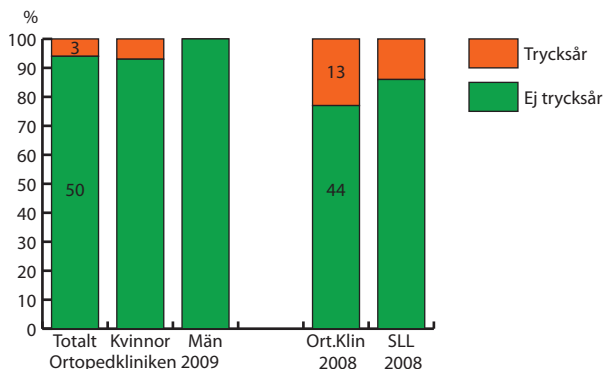
Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic.

Täckningsgrad: 100%

Andel riskpatienter som är bedömda enligt modifierad Nortonskala



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



Analys: Arbetet med att dokumentera riskbedömningar för trycksår och förebygga uppkomst av trycksår var ett fokusområde under 2009, vilket visar sig i årets resultat.

0 % uppkomna trycksår grad 2-4 under vårdtiden och 45 % av riskpatienterna bedömda enligt modifierad Nortonskala, vilket är betydligt bättre än 2008 men vi har fortfarande ett arbete framför oss. Målet för år 2010 är att 100 % av riskpatienterna är bedömda och att inga trycksår uppkommer under vårdtiden. Ortopeden har tillsammans med kirurgen tagit fram en lathund för

optimal inskrivning av patient, detta är ett komplement till det bedömningskort som togs fram 2009. Syftet med lathunden är att säkerställa att vi gör rätt från början med att riskbedöma patienterna så att korrekta åtgärder sätts in direkt vid inläggningen.

Kliniken har under året investerat i bättre madrasser till alla patientsängar och även köpt in flera sk luftmadrasser.

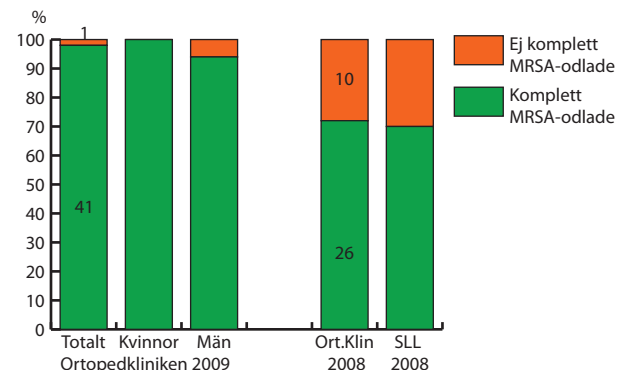
MRSA

Beskrivning: Punktprevalens på alla inneliggande patienter med riskfaktorer för MRSA vid inskrivning.

Tidsperiod: Punktprevalens 1 gång per kvartal under år 2009.

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

Andel patienter med riskfaktorer för MRSA som odlats vid punktprevalens



Analys: Målet är att 100 % av patienterna ska vara fullständigt odlade. Under 2009 nåddes nästan målet. Genomgång av sjukhusets gemensamma vårdprogram kring MRSA med all personal och separata informationsmöten av hygiensjuksköterskan gav en tydlig förbättring från föregående år. Sjukhusets bedömningskort har hjälpt personalen att lättare kunna identifiera vilka patienter som ska odlas.



Vårdrelaterade infektioner

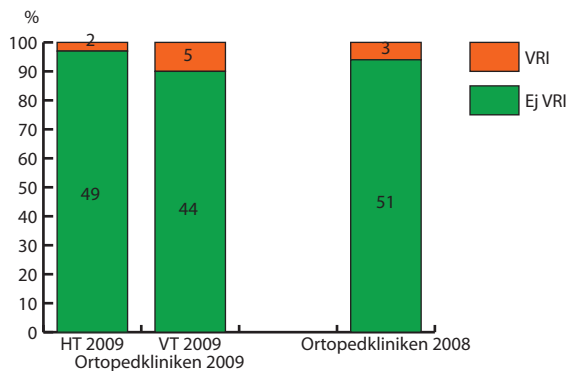
Beskrivning: Punktprevalensstudie vid 2 tillfällen rörande vårdrelaterade infektioner på inneliggande patienter under 1 dygn.

Tidsperiod: Alla inskrivna patienter på kliniken 22 april och 11 november 2009 kl 08

Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic

Täckningsgrad: 100 %

Andel patienter med VRI vid punktprevalensstudie



Analys: Andel patienter med VRI på kliniken vid undersökningen i april var 10 % och i november 4 %.

Följsamhet till handdesinfektion

Beskrivning: Punktprevalens utförd på kliniken av sjukhusets hygiensjuksköterska. Inventering av förekomst av handdesinfektion på patientsängarna.

Tidsperiod: Vid 2 tillfällen under året

Datakälla: Besök på klinikens alla vårdavdelningar under samma dag.

Förekomst av handsprit vid patientsäng



Analys: 89 % av alla sängar hade handdesinfektionsmedel vid första mättillfället och 98 % vid andra tillfället. Detta är en klar förbättring jämfört med 2008. Målet är 100 %.

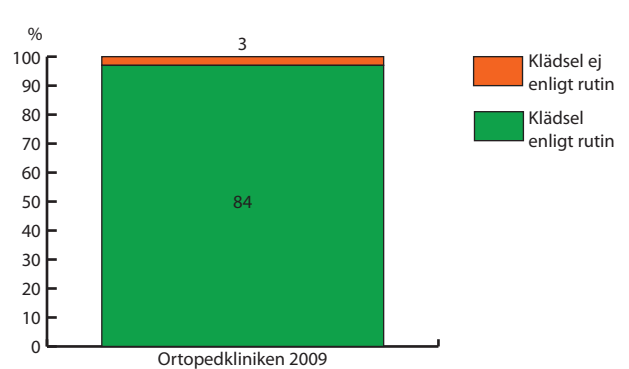
Följsamhet till klädsel enligt hygienrutin

Beskrivning: Punktprevalens utförd på kliniken av sjukhusets hygiensjuksköterska. Följsamhet klädrutin på kliniken.

Tidsperiod: Vid två tillfällen under året: 24 augusti och 10 november

Datakälla: Besök på klinikens alla vårdavdelningar under samma dag.

Följsamhet till klädrutin



Analys : Siffrorna visar ett resultat på 98 % respektive 95 % vilket visar en bra följsamhet till sjukhusets klädrutin hos personalen, målet är 100%.



2009

PATIENTFOKUSERAD VÅRD

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	9

Analys: Antalet anmälningar har minskat jämfört med tidigare år. Inga beslut med disciplinpåföljd från 2009 för klinikens medarbetare har inkommit.

Ärenden till Patientnämnden (PaN)

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

Antal anmälningar	2009	2008
Behandling	20	13
Bemötande	7	1
Tillgänglighet	6	7
Omvårdnad	2	2
Samverkan	1	1
Ekonomi	1	4
Juridik	2	1
Information	3	2
Administration	4	2
Rådgivning/hänvisning	2	0
Antal totalt	48	33

Analys: Antalet anmälningar totalt till Patientnämnden har ökat jämfört med föregående år. De flesta ärenden finns inom områdena behandling, bemötande och tillgänglighet. Ortopedkliniken har arbetat aktivt med att förbättra kvaliteten inom dessa områden. Vi får månatligen en sammanställning av inkomna ärenden från PaN. Dessa 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	166	105

Analys: Antalet ärenden som inkommer till via sjukhusets patientvägledare har sjunkit något.

Vi tar del av ärendena och arbetar aktivt med att upptäcka och förebygga brister i verksamheten för att förhindra upprepning.

Nutrition

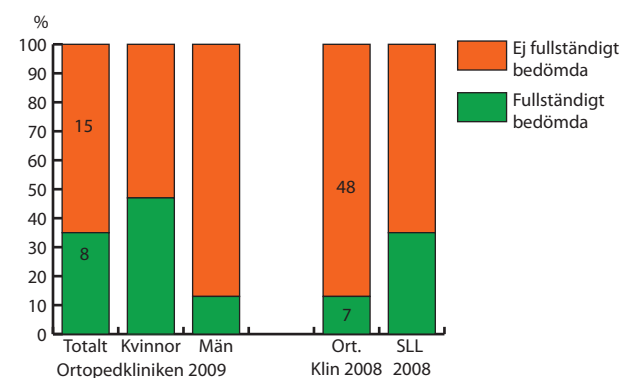
Beskrivning: Andel av totala antalet vuxna patienter som inom 48 timmar från inskrivning alternativt ankomst till vårdavdelning blivit nutritionsbedömda enligt vårdprogram. Parametrar som ingår är BMI, viktförändring och ätsvårigheter.

Tidsperiod: Punktprevalens 20 oktober 2009

Datakälla: Patientjournalen Cambio Cosmic.

Täckningsgrad: 100%

Andel patienter som nutritionsbedömts enligt vårdprogram inom 48 timmar från inskrivning



Analys: 5 % av patienterna som varit inläggande under punktprevalensdygnet 2009 har nutritionsbedömts utifrån de angivna parametrarna. Detta är en alldeles för låg siffra och vi har nu ett förbättringsarbete framför oss. Under året har utbildningsinsatser gällande nutrition och nutritionsbedömningar utförts för att öka kunskapen hos personalen, detta arbete kommer att fortgå under 2010.

Målet för år 2010 är att 70 % blivit bedömda utifrån angivna parametrar i enlighet med det regionala vårdprogrammet.

Patientenkät Indikator

Beskrivning: Patientenkäten Indikator genomförs genom en postal enkät till ett antal slumpvis utvalda patienter varje månad.

Tidsperiod: 2008 och 2009

Datakälla: Indikator

Täckningsgrad: Svarefrekvensen på 2008 års enkät var 65 % och år densamma 2009.

Analys: Generellt har kliniken mycket bra värden och under året har projekt för att förbättra tillgängligheten genomförts. Patientinformation har utformats och fått genomslag på indikatorerna på delaktighet och kommunikation under 2009. Bemötandefrågor har varit i fokus vilket avspeglar sig i resultatet.

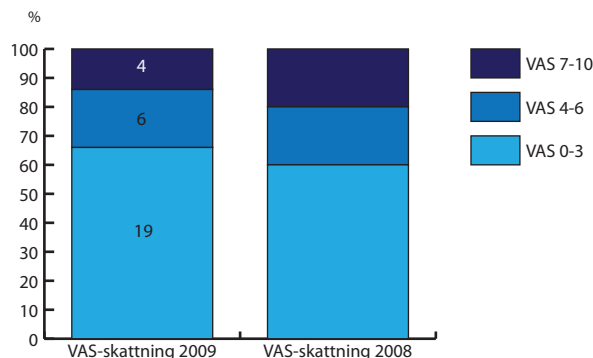
Smärta - Punktprevalens

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

Tidsperiod: Mätning 27 maj 2009

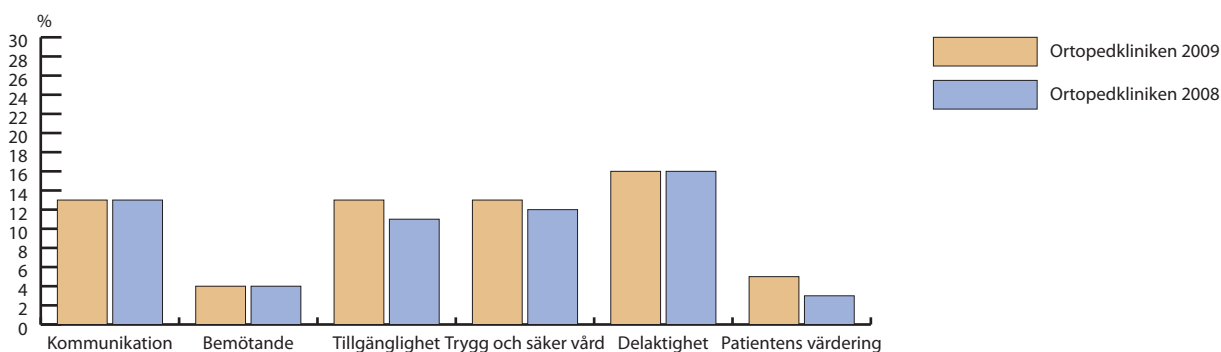
Datakälla: Smärtombudsgruppen har via enkät som utformats av APS vid Smärtkliniken tillfrågat alla inlagda patienter, täckningsgrad 100 %. Vid undersökningar med enkät där patienten muntligen blir tillfrågad och en annan person fyller i svaret finns en risk att objektiviteten påverkas. De patienter som 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 43 patienter varav 29 upplevde smärta som problem.

Fördelning av smärtintensitet



Analys: Att 29 patienter av 43 upplever smärta som ett problem kan tänkas vara relevant då kliniken är en opererande enhet där smärta är en stor del både innan operation och efter.

Resultat i patientenkät Indikator 2008-2009, förbättringsutrymme



Dokumentation av postoperativ smärta

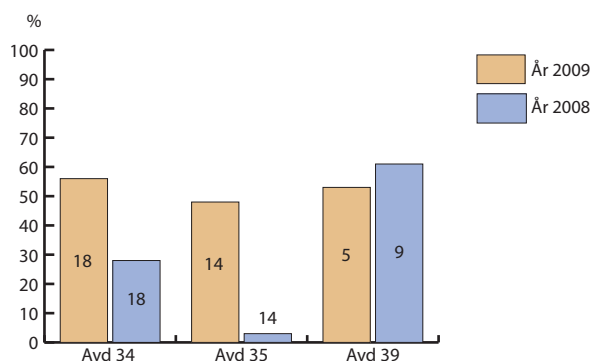
Beskrivning: Undersökning av hur patienters postoperativa smärta dokumenteras.

Tidsperiod: Data inhämtad vid ett tillfälle 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) och journalen för avancerad postoperativ smärtbehandling. Täckningsgrad 100 %.

Smärtombud på berörda enheter och sjuksköterska från APS vid Smärtkliniken granskade dokumentationen av smärta utifrån kliniskspecifika riktlinjer och dokument under tre arbetspass motsvarande 1 dygn postoperativt. För att få ett rättvisande resultat räknades kvoten av antalet faktiska skattningar i förhållande till mål i kliniskspecifika riktlinjer och dokument. Antal granskade patienter var 37.

Uppnådd andel dokumenterade smärtskattningar av kliniskspecifika mål



Analys: Andelen dokumenterade smärtskattningar under år 2009 är 52 %. Vi vet att många patienter skattas men att vi brister i att dokumentera detta i journalen. Vi har under året arbetat med sk smärtskärkort och kommer att fortsätta med detta under 2010.

Ledtid höftfraktur

Beskrivning: Andelen av totala antalet patienter som inkommit till sjukhuset på grund av höftfraktur och som opererats inom 24 timmar efter ankomst.

Tidsperiod: 2009

Datakälla: Rikshöft

Täckningsgrad: 100 %

Andel patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar efter ankomst

	2009	2008
Totalt	57%	47%
Kvinnor	56%	49%
Män	60%	41%
SLL-genomsnitt	61%	-

Analys: Andelen patienter opererade inom 24 timmar, i genomsnitt 57 % under året, är lägre än målsättningen 80 %. Det har dock skett en klar förbättring jämfört med 2008 då andelen var 47 %. Vi ser också en klar förbättring under året: kvartal 1 var siffran 47 % jämfört med 62 % kvartal 4. I genomsnitt under året opererades 81 % av patienterna inom 36 timmar och 94 % inom 48 timmar. Motsvarande siffror för kvartal 4 var 90 % respektive 99 %. Det föreligger inte några signifikanta skillnader mellan män och kvinnor avseende operation inom 24 timmar.

Samtliga patienter är rapporterade till Rikshöft och datakvaliteten är nu mycket hög då Rikshöftdata även har validerats mot data från operationsplaneringsprogrammet Provisio.

Vårt förbättringsarbete fortskrider med målsättning att minska ledtiderna till operation och tillskapa flexibla operationsresurser för att motsvara den stora variation som föreligger i antalet inlagda höftfrakturpatienter över tid.

