

Handläggare:

Anne Håkansson

Eva Lestner

Per C Larsson

Fördjupad uppföljning av allmänkirurgi vid akutsjukhusen

I denna rapport redovisas resultaten av uppföljningar av de kirurgiska verksamheterna vid Capio St Görans Sjukhus AB, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB. Uppdraget inom kirurgi för Karolinska Universitetssjukhuset skiljer sig från de övriga sjukhusens uppdrag och följs upp senare i höst och redovisas i ett eget ärende.

Inledning

I och med införandet av den nya avtalsmodellen med flerårsavtal mellan HSN och akutsjukhusen har Beställarens roll förändrats. En tydlig förskjutning mot målstyrning och uppföljning har skett. Uppföljningens primära syfte är att granska om sjukhusen uppfyller kraven i flerårsavtalen. Syftet är också att skapa en grund för utveckling av vårduppdragen och att vara en informationskälla till Beställarens kartläggning av befolkningens vårdbehov. I enlighet med detta kommer ett antal fördjupade uppföljningar att ske under avtalsperioden. Fördjupad uppföljning sker på verksamhetsområdesnivå och fokuserar på vårdresultat utifrån sex kvalitetsområden; vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

Metod

Fördjupad uppföljning har skett genom granskning av vårdgivarens svar på frågor enligt bilaga och uppföljningsmöten hos varje vårdgivare. Även studier av annat material har ingått såsom Medicinsk årsrapport 2008, ärenden hos Patientnämnden och rapporter från Socialstyrelsen.

Verksamhetsområde kirurgi

De vanligaste diagnosgrupperna inom kirurgi vid de specialiserade akutsjukhusen (Capio St Görans Sjukhus AB, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB) är akuta buksmärtor, obesitas (övervikt), gallsten, ljumskbräck, bröstcancer, colorektal cancer och appendicit (blindtarmsinflammation).

Den högspecialiserade vården bedrivs vid Karolinska Universitetssjukhuset. Inom den högspecialiserade kirurgin ingår avancerad rekonstruktiv kirurgi i matstrupe, lever, gallgångar och bukspottskörtel. Vidare ingår avancerad tarmkirurgi, särskilt kirurgisk behandling av lokalt avancerad tarmcancer, behandling av sarkom i buk och retroperitoneum samt specialiserad endokrinkirurgi. Vissa högspecialiserade operationer avseende cancer i matstrupe genomförs dock fortfarande på Danderyds sjukhus trots att det inte ingår i sjukhusets uppdrag.

Stockholms läns landsting har avtal om dagkirurgi med Aleris (Handens Specialistvård, Järva Närsjukhus, Sabbatsbergs Närsjukhus och Täby Närsjukhus) och Nacka närsjukhus Proxima. Exempelvis utfördes cirka 40 procent av alla bräckoperationer av andra vårdgivare än akutsjukhus under 2008. Ersta sjukhus har i avtal med SLL uppdrag att bedriva avancerad kirurgisk vård, såsom obesitaskirurgi.

Landstinget har också vårdavtal med tio privata specialister inom allmänkirurgi som utför enklare dagkirurgiska operationer.

Den laparoskopiska operationstekniken (titthålskirurgi) för olika diagnoser inom kirurgin har utvecklats sedan början 1990-talet och används framförallt inom den övre GI-kirurgin (matstrupe- och övre magtarmkirurgi). Patienter med gallsten, appendektomier (blindtarmsinflammation) och obesitas opereras vanligen laparoskopiskt. Tekniken har också använts vid tarmoperationer men utvecklingen har här inte gått lika snabbt. I Sverige utförs 5 procent av tarmoperationerna laparoskopiskt. Inom Stockholms läns landsting har denna teknik använts vid ett ökande antal operationer, främst vid Ersta sjukhus och Danderyds sjukhus. Med största sannolikhet kommer allt fler patienter under de närmaste åren kommer att bli opererade med denna teknik. Fördelarna är kortare vårdtider och mindre ärr på buken. Nackdelarna är ökad risk för punktionsskador på exempelvis tarmar och kärl.

Resultat

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

För närvarande finns 70 nationella kvalitetsregister. Registren drivs av flera olika kliniker i landet. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen samverkar för att stödja utveckling och användning av registren. Med hjälp av registren kan sjukhusen jämföra sina resultat med andra enheter, men framförallt följa sina egna resultat över tid. Det finns skillnader i hur registren levererar resultat och om resultaten publiceras öppet. Alla kirurgiska kliniker i länet rapporterar till relevanta register.

Ljumskbräck

Bräckoperation är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen i Sverige. Ljumskbräck är ungefär tio gånger vanligare hos män än hos kvinnor. Varje år utförs cirka 2800 bräckoperationer i Stockholms län. Av dessa utförs cirka 1600 på sjukhus, varav 1200 på de sjukhus som ingick i uppföljningen. Med hjälp av Svenskt Bräckregister följs andelen patienter som tre år efter operation för ljumskbräck fått bräcket tillbaka. Sjukhusen har goda resultat avseende ljumskbräcksoperation. De flesta ligger nära riksgenomsnittet.

Andelen av totala antalet patienter som genomgått ljumskbräckskirurgi som 3 år efter ljumskbräckskirurgin fått åtgärdat bräck tillbaka (bräckrecidiv).	Riks- snitt	CStG	DS	SÖS	STS
2007	2,2%	2,3%	3,4%	1,6%	2,0%
2006	2,4%	1,7%	2,8%	1,9%	3,0%

Ljumskbräckskirurgi – bräckrecidiv

RAPPORT
 2009-09-21

Ändtarmscancer

Varje år behandlas 350-380 patienter för ändtarmscancer i Stockholms län.

Ändtarmscancer är något vanligare hos män än kvinnor. Avseende ändtarmscancer följs andelen patienter som opererats för ändtarmscancer och som två år efter behandling fått återfall av sin cancer. Uppföljning av resultat sker med hjälp av Cancer recti-registret. För behandling av ändtarmscancer finns skillnader mellan sjukhusen. Alla sjukhus utom Södertälje sjukhus har bättre resultat än riksgenomsnittet, men skillnaderna är inte statistiskt säkerställda. Data ska tolkas med stor försiktighet då antalet patienter som behandlas är litet och patientsammansättningen kan skilja sig åt mellan sjukhusen.

Andelen av totala antalet patienter behandlade för ändtarmscancer som fått lokalt återfall 2 år efter behandling	Riks-snitt	CStG	DS	SÖS	STS
2007	8,0%	5,0%	6,7%	5,0%	12,0%
2006	8,0	0%	7,7%	4,2%	9,6%

Ändtarmscancer – lokalrecidiv

Gallvägskirurgi

Inom gallvägskirurgi följs, med hjälp av det nationella kvalitetsregistret, GallRiks, andelen patienter där postoperativa komplikationer uppstått 30 dagar från operationstillfället.

Andelen av totala antalet patienter som genomgått gallvägskirurgi och där postoperativa komplikationer uppstått inom 30 dagar från operationstillfället.	Riks-snitt	CStG	DS	SÖS	STS
Akuta operationer 2008	11 %	5 %	13 %	14 %	21 %
Antal med komplikationer		7 av 149	24 av 183	21 av 152	3 av 14
Elektiva operationer 2008	8 %	4 %	8 %	5 %	9 %
Antal med komplikationer		10 av 259	19 av 230	10 av 195	14 av 151

Postoperativa komplikationer, gallvägskirurgi

Obesitas

Obesitaskirurgi är idag en av de vanligaste operationerna på de kirurgiska klinikerna som ingick i uppföljningen. Inom SLL har antalet operationer ökat de senaste åren. Under år 2008 utfördes cirka 1 000 operationer via avtal med SLL. Prognosen för i år är att drygt 2 600 obesitasoperationer kommer att utföras.

Obesitaskirurgi är inte riskfri. Det är viktigt att verksamheterna följer sina behandlingsresultat och komplikationer och rapporterar alla patienter till kvalitetsregister. Ett

RAPPORT
2009-09-21

skandinaviskt kvalitetsregister, SOReg, startades i slutet av år 2007. Det har inte varit möjligt för klinikerna att få sina resultat ur registret. Capio St Görans och Danderyds sjukhus har dock redovisat några resultat genom egen uppföljning och jämfört sina resultat med riksgenomsnitt där det är möjligt. Resultaten är bättre än riksgenomsnittet.

Bröstcancerkirurgi

Sedan många år rapporterar klinikerna data om bröstcancer till regionala kvalitetsregister vid onkologiska centra. Registren är inte samordnade och nationell datasamling har påbörjats från och med 2008. Registret har inte kunnat användas till att jämföra enskilda enheters utfall utan detta beräknas bli möjligt under hösten eller i början av 2010.

Koloncancerkirurgi (tjocktarmscancer)

För uppföljning av koloncancerkirurgi startades ett nationellt register 2008. Resultat och jämförelser med andra enheter i landet kommer att kunna erhållas 2010.

Omvårdnad

Omvårdnad syftar till att understödja hälsa, förebygga ohälsa och sjukdom, bidra till att bota och behandla, lindra lidande och värna människans värdighet. En förutsättning för att ge adekvat omvårdnad till patienten är att en korrekt bedömning görs och att den dokumenteras.

Inom omvårdnad genomförs så kallade punktprevalensmätningar. Det innebär att sjukhusen gör en mätning per år av patienter som är inskrivna på sjukhuset vid mättillfället. Enligt vårdavtalet ska resultatet avseende nutrition respektive trycksår redovisas till Beställaren.

Nutrition

Undernäring är ett tillstånd som förekommer hos ungefär var tredje patient på sjukhus eller boende inom äldreomsorg i Sverige. Ett bristfälligt näringstillstånd leder bland annat till nedsatt funktionsförmåga, längre rehabilitering, försämrade sårhelingsprocesser och ökad risk för trycksår och infektioner.

Vid punktprevalensmätningen granskas om patienterna är riskbedömda avseende undernäring. Resultatet visar att Södertälje sjukhus hade bäst resultat med 90 procent av patienterna vid mättillfället som var nutritionsbedömda.

Tryckskada

Trycksår är en undvikbar skada som leder till stort lidande och ökad risk för dödlighet samt innebär stora kostnader. Med ett medvetet arbetssätt inkluderande tidig riskbedömning och tidigt insatta åtgärder kan trycksårsförekomst reduceras.

RAPPORT
2009-09-21

Vid mätningen granskas dels om patienterna är riskbedömda för tryckskada, dels om patienterna har tryckskada vid ankomst till sjukhuset. Resultatet visar att riskbedömningen varierar stort. Södertälje sjukhus hade mycket god täckning avseende riskbedömda för tryckskada.

Säker vård

Vårdrelaterade infektioner

På nationell nivå pågår en satsning för ökad patientsäkerhet som Sveriges Kommuner och Landsting driver tillsammans med alla landsting och regioner. Målet är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner från tio till fem procent före utgången av 2009 jämfört med 2006. Vårdrelaterade infektioner hör till de allra vanligaste vårdskadorna. I satsningen fokuseras på tre infektionstyper, men satsningen i sig kommer med stor säkerhet att öka följsamheten till samtliga vårdhygieniska krav och rutiner i all hälso- och sjukvård. I den nationella satsningen ingår att sjukhusen genomför två punktprevalensmätningar per år. Resultaten från de två hittills genomförda mätningar redovisas i nedanstående tabell. I resultaten för Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus ingår även urologisk verksamhet. Det påverkar resultatet negativt med anledning av flera urologiska patienter har kateter vilket innebär större risk för infektioner.

Andelen patienter med VRI i SKL:s punktprevalensmätning	CStG	DS	SÖS	STS
2008, okt	7%	13%	17%	17%
2009, maj	12%	12%	14%	0%

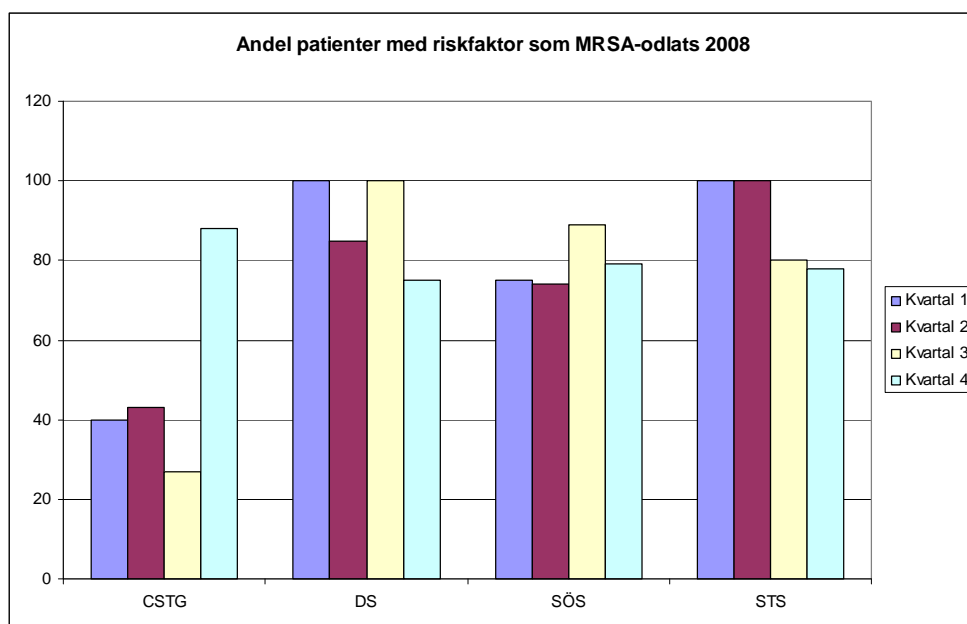
Resultat vårdrelaterade infektioner

MRSA

I Stockholm ska screening avseende multiresistenta bakterier – MRSA - göras på alla patienter med riskfaktorer. Det är viktigt för sjukvården i Stockholm att hålla nere antalet MRSA-smittade både av medicinska och kostnadsrättsliga skäl.

Punktprevalensmätningar avseende MRSA görs varje kvartal. Vid mätningen granskas alla patienter under en dag för att identifiera riskpatienter för MRSA. Därefter granskas om vårdrutinerna följs. En och samma patient kan ha flera riskfaktorer och i resultaten redovisas andelen patienter där komplett provtagning skett.

Resultatet från 2008 visar att det fanns skillnader mellan de kirurgiska klinikerna i följsamheten till rutinerna. Kirurgiska kliniken vid Capio St Görans hade lägst andel komplett odlade, 48 procent (15 patienter av 41) och Danderyds sjukhus högst andel, 87 procent (27 patienter av 31). Resultaten från 2009 års två första mätningar visar på bättre resultat vid Capio St Görans, 89 procent respektive 67 procent komplett odlade.



Andel patienter där komplett provtagning skett

WHO:s checklista för säker kirurgi

Alla kirurgklinikerna använder WHO:s checklista för säker kirurgi. Den består av 19 punkter och är indelad i tre delar. Första delen, »sign in«, genomgås före anestesi och innefattar bland annat kontroll av patientens identitet och av några riskfaktorer och adekvata motåtgärder. Andra delen, »time out«, innebär en kort paus omedelbart före det första snittet, där alla i operationsteamet presenterar sig. De ansvariga går igenom väntade kritiska moment och man kontrollerar att korrekt trombos- och antibiotikaprofylax getts och att röntgenbilder finns tillgängliga. Tredje delen, »sign out«, är en avslutande kontroll som genomförs innan operationsklädseln avlägsnas.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en viktig del i det riskförebyggande arbetet och en väsentlig del av ett kvalitetssystem. Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården innehåller anvisningar för hur avvikelserapportering ska genomföras. I avvikelsehantering ska ingå hur negativa händelser (händelser som medfört skada) och tillbud (händelser som hade kunnat medföra skada) identifieras, dokumenteras och rapporteras. En avvikelserapport bör skrivas av den som varit involverad i händelsen för att händelseförloppet ska bli så korrekt beskrivet som möjligt. Rapporten bör skrivas så snabbt som möjligt i ett avvikelserapporteringssystem.

RAPPORT
2009-09-21

Inom SLL har systemet HändelseVis införts vid alla sjukhus. Rapporteringsfrekvensen för avvikelser bör kunna höjas. Ett generellt problem är att läkarna ofta har lägre rapporteringsfrekvens än övriga yrkesgrupper. Detta gäller även vid de kirurgiska klinikerna.

Patientfokuserad vård

Patientnöjdhet

Alla sjukhus genomför regelbundet patientenkäter, vartannat år i slutenvård och vartannat år i öppenvård. Alla sjukhus använder enkätverktyget Indikator som mäter vilket förbättringsutrymme som finns inom sex områden (kommunikation, bemötande, tillgänglighet, trygghet och säker vård, delaktighet och patientens värdering).

År 2008 genomfördes enkäterna i öppenvård. Avseende patientens sammanvägda värdering är resultatet bra vid alla kirurgiska klinikerna (förbättringsutrymmet 4-6 procent). De största förbättringsområdena avser kommunikation och delaktighet, 13 – 19 procent, och klinikerna arbetar med olika förbättringsåtgärder inom dessa områden.

Patientnämnden

Antalet ärenden avseende kirurgi hos Patientnämnden har ökat med 35% från 2007 till 2008. Den markanta ökningen inom kirurgin kommer att bevakas av Patientnämnden under 2009.

Nästan alla ärenden hos Patientnämnden berör på ett eller annat sätt patientsäkerheten. De vanligaste ärendena inom kirurgi handlar om felaktig eller utebliven behandling eller oväntade komplikationer till behandling.

Bröstcancervårdkedja

Upphandling av bland annat mammografiundersökningar för tiden 2009-01-01 till och med 2012-12-31 innebär att akutsjukhusen inte längre kan ta emot remisser från bland annat primärvården. Detta har försvårat upprätthållandet av en bröstcancervårdkedja. En av leverantörerna av röntgen bedriver verksamhet på Danderyds sjukhus vilket gör att sjukhuset kan erbjuda patienterna hela vårdkedjan.

Kontinuitet

Hälso- och sjukvården skall, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär bland annat att den särskilt skall tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

RAPPORT
 2009-09-21

Kirurgkliniken på Capio S:t Görans sjukhus arbetar aktivt med att förbättra läkarkontinuiteten. Målet är att 80 procent av patienterna ska träffa samma läkare på mottagning, vid operation samt vid eventuellt återbesök. För närvarande uppnås detta till 47 procent. Kontinuitetsarbetet uppskattas av både patienter och läkare.

Vid Danderyds sjukhus arbetar istället läkarna i team när det gäller benign kirurgi och patienten får vid besök och operation träffa någon i teamet. Vid maligna sjukdomar (cancer) prioriteras kontinuitet i läkarkontakten högre.

Effektiv vård

Andel patienter av totalt opererade för bräck som opererats i dagkirurgi skiljer sig mellan akutsjukhusen. Alla akutsjukhusen ligger under snittet i riket.

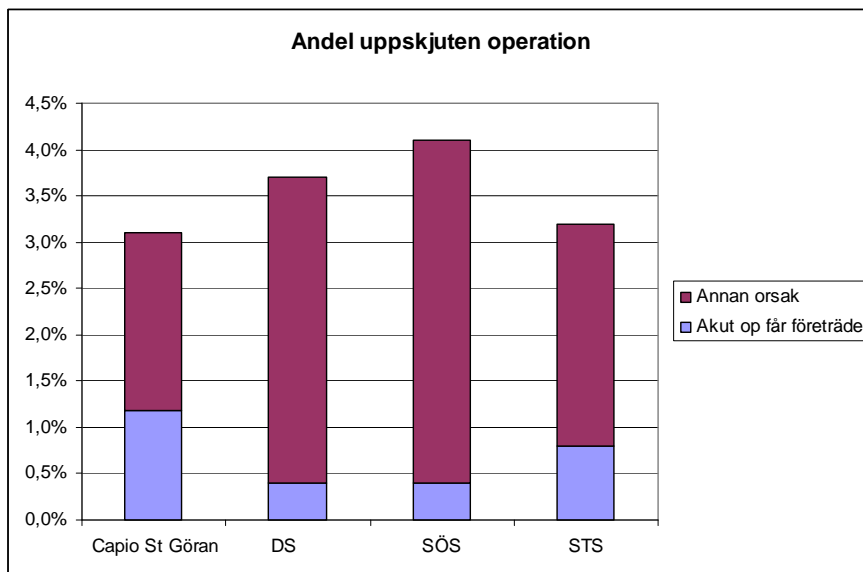
	2006		2007		2008	
	Andel	Totala antalet bräckop	Andel	Totala antalet bräckop	Andel	Totala antalet bräckop
Riket	76%		77%		78%	
C St G	62%	457	59%	446	72%	416
Danderyd	59%	386	53%	315	59%	254
SÖS	22%	245	32%	269	32%	246
STS	74%	219	68%	237	71%	303

Andelen operationer i dagkirurgi

Uppskjuten operation

Under år 2008 fick sammanlagt 308 kirurgipatienter (3,6 %) operationen uppskjuten 48 timmar eller kortare för den inplanerade operationstiden vid de sjukhus som ingick i uppföljningen. Skillnaden mellan sjukhusen är liten (3,0% – 4,1%). I nedanstående tabell visas dels andelen uppskjuten operation, dels andelen av dessa som beror på att akuta operationer får företräde.

RAPPORT
2009-09-21



Andel uppskjutna operationer 2008

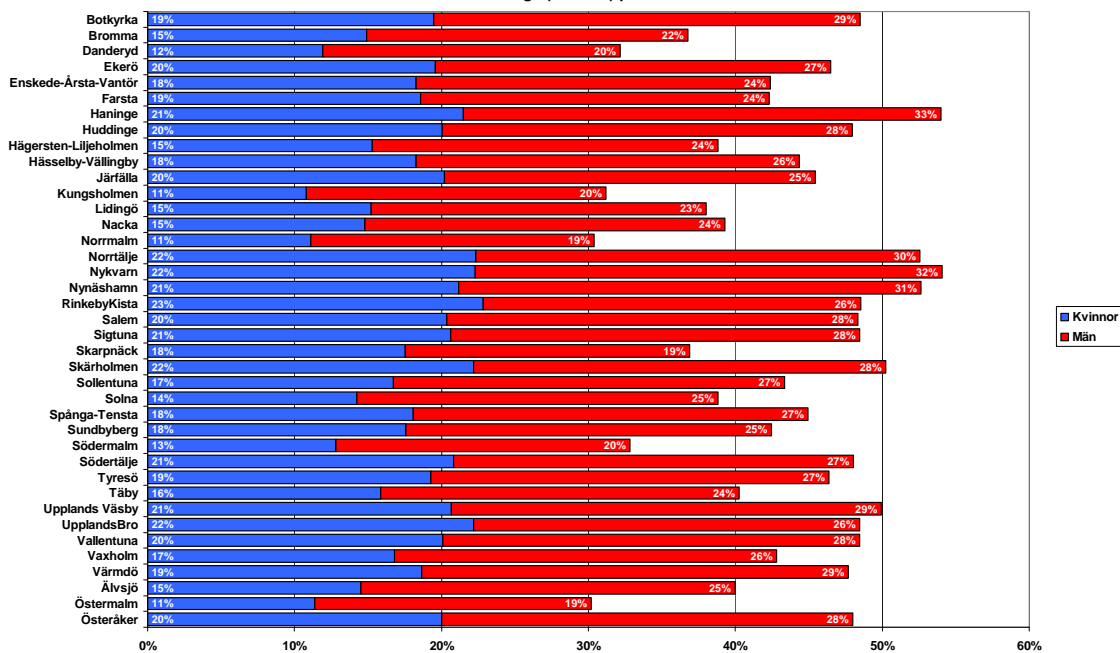
Jämställd och jämlik vård

Övervikt och fetma är något vanligare hos män än hos kvinnor. Kvinnor söker och remitteras oftare för obesitaskirurgi än män. Det medför att cirka en tredjedel så många män som kvinnor får kirurgisk behandling för sin övervikt.

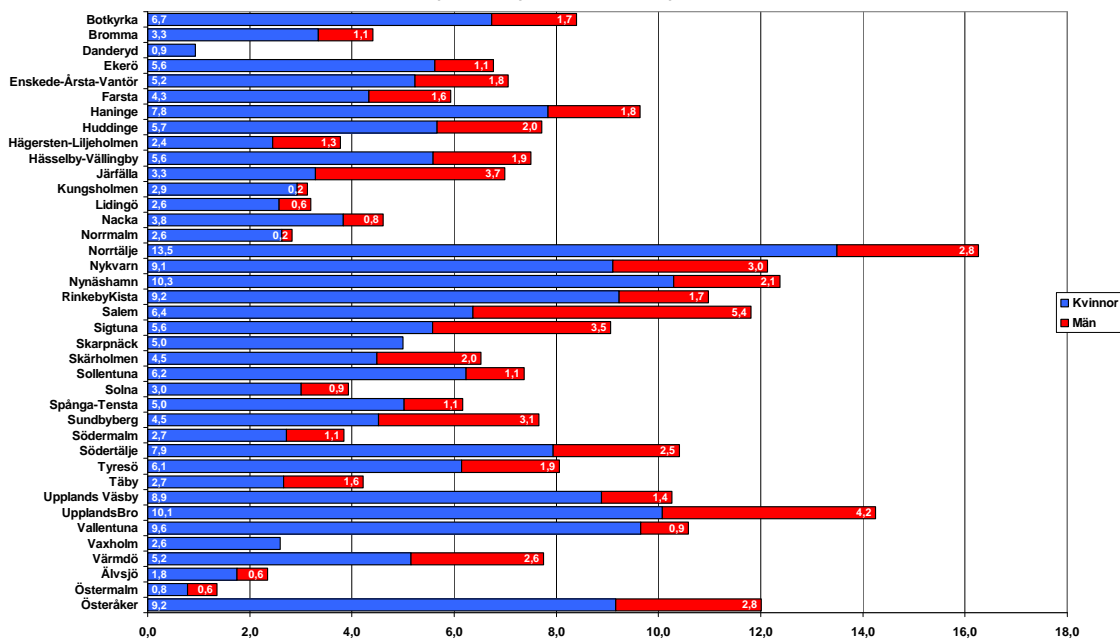
I Stockholms län är förekomsten av övervikt och fetma vanligast i Haninge, Nykvarn, Nynäshamn, Norrtälje, Upplands Väsby och Skärholmen. Andel obesitasopererade per 10 000 invånare är högst i Norrtälje, Nykvarn, Nynäshamn och Upplands Bro. Utförda obesitasoperationer stämmer väl överens med förekomst av övervikt och fetma i de olika delarna av länet. Ett observandum är att få eller inga män blivit opererade i vissa områden.

RAPPORT
2009-09-21

Andel överviktiga (BMI >25) per kommun



Obesitasoperationer per 10 000 invånare per kommun



RAPPORT
 2009-09-21

Vård i rimlig tid

I flerårsavtalen för åren 2009-2011 finns ett regelverket kring tillgänglighet som syftar till att akutsjukhusen ska prioritera sina resurser till områden med stor efterfrågan och störst behov. Sjukhusen har från och med 2009 ansvar för att väntetiderna för patienterna inte överstiger tidsgränserna för vårdgarantin.

Vårdgarantin innebär att det ska ta mindre än 30 dagar att få komma till den specialiserade vården från det att läkaren beslutat att remiss ska skrivas. Anser läkaren i den specialiserade vården att det behövs behandling ska den inledas senast inom 90 dagar efter beslut om behandling.

Antalet väntande till mottagning juli 2008 och juli 2009

	Totalt antal väntande Juli 2008	Antal väntande > 30 dagar	Andel väntande > 30 dagar	Totalt antal väntande Juli 2009	Antal väntande > 30 dagar	Andel väntande > 30 dagar
Allmän kirurgi						
Capio S:t Görans sjukhus	591	403	68 %	605	223	37%
Danderyds sjukhus, Stockholm	371	308	83%	1000	661	66%
Södersjukhuset, Stockholm	803	593	74%	701	438	62%
Södertälje sjukhus	165	30	18%	424	183	43%

Totalt antal väntande till behandling juli 2008 och juli 2009

	Totalt antal väntande Juli 2008	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr	Totalt antal väntande Juli 2009	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr
Fetma/obesitas						
Capio S:t Görans sjukhus *)	-	-	-	30	0	0%
Danderyds sjukhus	322	202	63%	171	64	37%
Södersjukhuset	33	17	52%	56	37	66%
Södertälje sjukhus *)	-	-	-	6	1	17%

*) uppgift om antalet väntande avseende obesitas var ej obligatorisk 2008

Totalt antal väntande till behandling juli 2008 och juli 2009

	Totalt antal väntande Juli 2008	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr	Totalt antal väntande Juli 2009	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr
Gallblåsa eller gallgång vid gallsten						
Capio S:t Görans sjukhus,	107	19	18 %	103	13	13%
Danderyds sjukhus	150	54	36%	115	38	33%
Södersjukhuset	105	40	38%	64	23	36%
Södertälje sjukhus	42	0	0%	80	18	23%

Totalt antal väntande till behandling juli 2008 och juli 2009

Ljumsckbräck	Totalt antal väntande Juli 2008	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr	Totalt antal väntande Juli 2009	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr
Capio S:t Görans sjukhus	229	46	20 %	178	34	19 %
Danderyds sjukhus	208	48	23%	109	20	18%
Södersjukhuset	101	63	62%	62	12	19%
Södertälje sjukhus	54	12	22%	94	24	26%

Ledtider för cancer

Enligt cancerplanen ska tiden från utfärdad remiss till första besök vara under 14 dagar. Endast Södertälje sjukhus mäter tiden från remiss till första besök enligt gällande regler. Övriga sjukhus mäter från remissens ankomstdag. Det är inte i överensstämmelse med kraven från Socialstyrelsen och SKL, eller med flerårsavtalets tillgänglighetskrav. Ledtiden från utfärdad remiss/remissens ankomstdag till första besök är kortare än 14 dagar på alla sjukhus.

Analys och slutsatser

Som ett resultat av uppföljningen av de kirurgiska klinikerna har beställaren identifierat följande styrkor och förbättringsområden:

1. Medicinska resultat

Att mäta och jämföra medicinsk kvalitet är inte enkelt. Att en klinik har sämre värde behöver inte betyda att vårdkvaliteten är sämre. Resultaten kan vara beroende av patientsammansättningen. Jämförelserna kan bli missvisande om en enhet har ett fåtal fall. Det är viktigt att verksamheterna jämför sina egna resultat över tid och använder resultaten i sitt förbättringsarbete. Även om resultaten inte är statistiskt säkerställda anser förvaltningen att det är värdefullt att redovisa dessa.

Ljumsckbräck

Sjukhusen har goda resultat avseende ljumsckbräcksoperation. De flesta ligger nära riksgenomsnittet.

Ändtarmscancer

Södertälje sjukhus har sämre resultat än riksgenomsnittet avseende ändtarmscancer (lokalrecidiv). Sjukhuset har dubbelt så hög recidivfrekvens som de övriga sjukhusen. Data ska tolkas med stor försiktighet då antalet patienter vid Södertälje sjukhus är litet och patientsammansättningen kan skilja sig åt mellan sjukhusen. Det är osäkert om

RAPPORT
2009-09-21

dessas faktorer förklarar hela skillnaden i resultaten och förvaltningen anser att resultaten behöver analyseras ytterligare förslagsvis inom specialitetsrådet för kirurgi.

Gallvägskirurgi

Det finns skillnader i resultaten när det gäller postoperativa komplikationer 30 dagar från operationstillfället. Skillnader i resultaten kan delvis förklaras av olika patientsammansättningar och av att antalet patienter är litet, men de kan också bero på olika praxis vid sjukhusen, exempelvis användning av antibiotika preoperativt. Förvaltningen föreslår att dessa skillnader analyseras vidare inom ramen för specialitetsrådet för kirurgi.

Obesitas (övervikt)

Det har inte varit möjligt att jämföra sjukhusens resultat avseende obesitasoperationer då endast Capio St Göran och Danderyd har redovisat några resultat. Det är viktigt att alla patienterna rapporteras till det skandinaviska registret, SoReg, och att klinikerna följer sina behandlingsresultat och komplikationer. Det finns olika praxis avseende indikationer, behandling och krav preoperativt och också olika operationsmetoder. Förvaltningen föreslår att en särskild utredning görs avseende obesitasoperationer.

2. Omvårdnad

Omvårdnadsresultaten och dokumentation avseende nutrition och trycksår behöver förbättras. Förutsättningarna för att ge patienten adekvat omvårdnad ökar om bedömning är gjord. Då resultatet av operation eller behandling är beroende av god omvårdnad bör andelen bedömda patienter öka.

3. Säker vård

MRSA-resultaten måste förbättras så att man når Smittskyddsenhetens målvärde, minst 80% komplett odlade.

Det är viktigt att personalen uppmanas att rapportera avvikelser och att det finns ett öppet och icke-skuldbeläggande säkerhetskultur på en klinik. Ett generellt problem på många kliniker är att läkarna rapporterar avvikelser i mindre omfattning än övriga yrkesgrupper. Det är viktigt för en klinik att tydligt definiera vilken typ av avvikelser som ska rapporteras och att kategorisera avvikelser per yrkesgrupp.

4. Patientfokuserad vård

Kontinuitet i kontakten mellan läkare och patient bör erbjudas, även inom allmänskirurgin. Det är en fördel att skapa en starkare koppling mellan patienten och en för honom/henne speciellt utvald läkare för att på så sätt ge patienten ett reellt

RAPPORT
2009-09-21

inflytande över sin vård samt för att tydliggöra läkarens personliga ansvar. Det sistnämnda anses vara speciellt viktigt vid stora sjukhus där en betydande subspecialisering kan medföra att delarna prioriteras på bekostnad av helheten.

5. Jämlig vård

I Stockholms län är förekomsten av övervikt och fetma olika men utförda obesitasoperationer stämmer väl överens med förekomst av övervikt och fetma i de olika delarna av länet.

Övervikt och fetma är något vanligare hos män än hos kvinnor. Trots det har få eller inga män blivit opererade i vissa områden. Kvinnor söker och remitteras oftare för obesitaskirurgi än män. Det medför att cirka en tredjedel så många män som kvinnor får kirurgisk behandling för sin övervikt. I samband med utredningen av obesitas bör detta förhållande analyseras.

6. Effektiv vård

Resultatet av jämförelse mellan akutsjukhusen avseende andel patienter av totalt opererade för bräck som opererats i dagkirurgi visar stora skillnader. Alla akutsjukhusen är under rikssnittet när det gäller andel bräckoperationer utförd i dagkirurgi. Detta visar att det finns potential för effektivisering i form av minskade kostnader samt minskat behov av vårdplatser för denna grupp av patienter. Operationer som kan utföras i dagkirurgi ska, om det inte finns medicinska eller andra hinder för det, utföras i dagkirurgi.

Det är önskvärt att vården styrs över till öppnare vårdformer där så är möjligt. Sjukhus och Beställare har ett gemensamt ansvar att i avtalen stimulera en sådan utveckling. I Flerårsavtalen för åren 2009-2011 finns det en möjlighet att använda prioriteringsvikter, det vill säga anpassning av vikter på produkter som beställaren vill ge högre eller lägre prioritet.

7. Vård i rimlig tid

Tillgängligheten måste förbättras så att sjukhusen uppfyller kraven i flerårsavtalen avseende väntetider.

När klinikerna mäter ledtiderna för cancerpatienter använder man remissens ankomstdag som startpunkt för remissen. Det är inte i överensstämmelse med krav från Socialstyrelsen eller SKL, eller med flerårsavtalets tillgänglighetskrav. Enligt dessa krav

RAPPORT
2009-09-21

är det datum på remissen som ska gälla som ledtidens startpunkt. Endast Södertälje sjukhus mäter ledtiden på rätt sätt.

Fortsatt uppföljning

Utifrån genomförd uppföljning kommer beställaren att följa upp prioriteringar och riktlinjer avseende obesitasoperationer i länet. Vidare kommer utvecklingen av dagkirurgi att följas upp då beställaren anser det finns potential för effektivisering och möjlighet att frigöra slutenvårdsplatser.

Enligt "3S" och gällande treårsavtal ska den högspecialiserade vården bedrivas vid Karolinska Universitetssjukhuset. Vissa högspecialiserade genomförs dock fortfarande på Danderyds sjukhus. Då detta inte är i överensstämmelse med gällande avtal kommer beställaren att ta upp detta med sjukhusledningen vid Danderyds sjukhus.

Beställaren följer månadsvis upp tillgänglighet och produktionsvolym. Vidare kommer de medicinska indikatorer och omvårdnadsindikatorer som sjukhuset ska redovisa enligt krav i flerårsavtalet att följas upp. Beställaren kommer också att ta del av sjukhusets årliga kvalitetsbokslut.

Uppföljning verksamhetsområde:

1. Resultat

Vilka är era viktigaste/största diagnosgrupper? (Max 5 grupper)

Medicinska resultat

Redovisa för ovanstående diagnosgrupper medicinska resultat som är viktiga i ert förbättringsarbete och i styrning av er verksamhet. Redovisa resultaten könsuppdelat där det är möjligt.

Nyckeltal/Indikator	Täckningsgrad 2008	Resultat 2008	Rikssnitt/ Målvärde 2008	Målvärde 2009	Resultat 2007
---------------------	-----------------------	------------------	--------------------------------	------------------	------------------

-
-
-

Ge exempel på hur resultaten används i förbättringsarbetet?

Jämförelser med andra ledande verksamheter/egna målvärden

Omvårdnadsresultat

Redovisa resultaten könsuppdelat där det är möjligt.

Nyckeltal/Indikator	Resultat 2009	Målvärde 2009	Resultat 2008	Målvärde 2008
---------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

- Trycksår
- Nutrition
- Smärta
- Följsamhet MRSA. Andelen ineliggande patienter med ökad risk där komplett MRSA-odling är gjord
-
-

Ge exempel på hur resultaten används i förbättringsarbetet?

Era sammanfattande kommentarer och analyser

2. Säker vård

Hur arbetar verksamheten med patientsäkerhet? Hur följer ni upp vårdskador?

Hur arbetar ni förebyggande inom era största riskområden?

Avvikelser och kostnadsytterfall	2008	2007
Antal avvikelser		
Analyseras rapporterade avvikelser per personalkategori? Ja/Nej?		
Andelen avvikelser av totala antalet på grund av brister/fel i läkemedelshanteringen		
Analyseras kostnadsytterfallen ur säkerhetsaspekt och med fokus på kvalitetsbristkostnader? Ja/Nej? Om ja, ge exempel på uppföljningsmötet		

Antalet patientärenden	2008	2007
Löf antalet anmälda ärenden		
Löf antalet ersätta ärenden		
Patientnämnden		
Lex Maria		

Vårdrelaterade infektioner/Resultat av SKL:s punktprevalensmätning	2009	2008
Andel patienter med vårdrelaterade infektioner (VRI)		

Resultat av egen mätning	2009	2008
Andel av personalen som spritar händerna		

Registreras läkemedelsbiverkningar i VAL? (DRG Y57.9)

Sammanfattande kommentarer och analyser:

3. Patientfokuserad och jämlik vård

Patientenkäter. Vilka är era resultat (förbättringsutrymme) i de senaste mätningarna?

	Resultat	Mål
Kommunikation		
Bemötande		
Tillgänglighet		
Trygg och säker vård		
Delaktighet		
Patientens värdering		

- Vilka förbättringsåtgärder har ni vidtagit med anledning av resultaten i patientenkäter?
- Hur följer ni patientupplevd kvalitet förutom genom patientenkäter?
- Finns det utbildade kontaktsjuksköterskor inom verksamheten?
- Upprättas skriftlig vårdplan för samtliga cancerpatienter?

Hur arbetar ni med jämlik vård?

Era sammanfattande kommentarer och analyser

4. Utfall produktionsanalys

HSN-f tar upp ev frågor som uppkommit i samband med den löpande månadsuppföljningen

5. Tillgänglighet

HSN-f tar upp ev frågor som uppkommit i samband med den löpande månadsuppföljningen

Väntetider vårdgarantin

- Väntetid till nybesök:
- Väntetid till operation/behandling:

Eventuella problemområden:

Ledtider för vård av cancerpatienter

- Mediantid från utfärdad remiss (remissdatum inkl egenremiss) till första besök:
- Mediantid från första besök till påbörjad behandling:

Inställda operationer

Andel operationsplanerade patienter som fått operationen uppskjuten < 48 timmar innan operationen där orsaken är vårdgivarrelaterad:

Kommentarer:

6. Övrigt