

Avdelningen för somatisk specialistvård
Sjukhusenhet
Handläggare Ann-Charlotte Eklöf
Jan Erlandsson
Lena Sundberg

RAPPORT
2009-11-06

HSN 0812-1525

Uppföljning av barnonkologi vid Karolinska Universitetssjukhuset

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 gemensam utveckling av Vårdgivarens uppdrag och att vara en informationskälla till Beställarens kartläggning av befolkningens vårdbehov. I enlighet med detta kommer att 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 uppföljningsmöten hos vårdgivaren och studier av annat material, såsom Medicinsk årsrapport 2008, ärenden hos Patientnämnden och rapporter från Socialstyrelsen.

Verksamhetsområde

Barncancerverksamhet i Sverige bedrivs vid sex regionala behandlingscentra; Stockholm, Lund, Uppsala, Göteborg, Umeå och Linköping där centrumet i Stockholm är störst. De viktigaste diagnosgrupperna utgörs av leukemier, lymfom, hjärntumörer samt övriga tumörer.

Behandlingen av barn med cancer är i Stockholm centraliserad till Karolinska i Solna och när det gäller stamcellstransplantation till Karolinska i Huddinge. Behandlingarna mot cancer blir alltmer effektiva, men därför också mer intensiva och komplikationerna svårare och mer vårdkrävande. Med ökande behandlingsframgång flyttas gränserna fram när det gäller behandling av återfall i cancer. Där tidigare endast palliativ vård var möjlig, görs nu intensifierad behandling med åtföljande bättre resultat, men också med mer komplikationer.

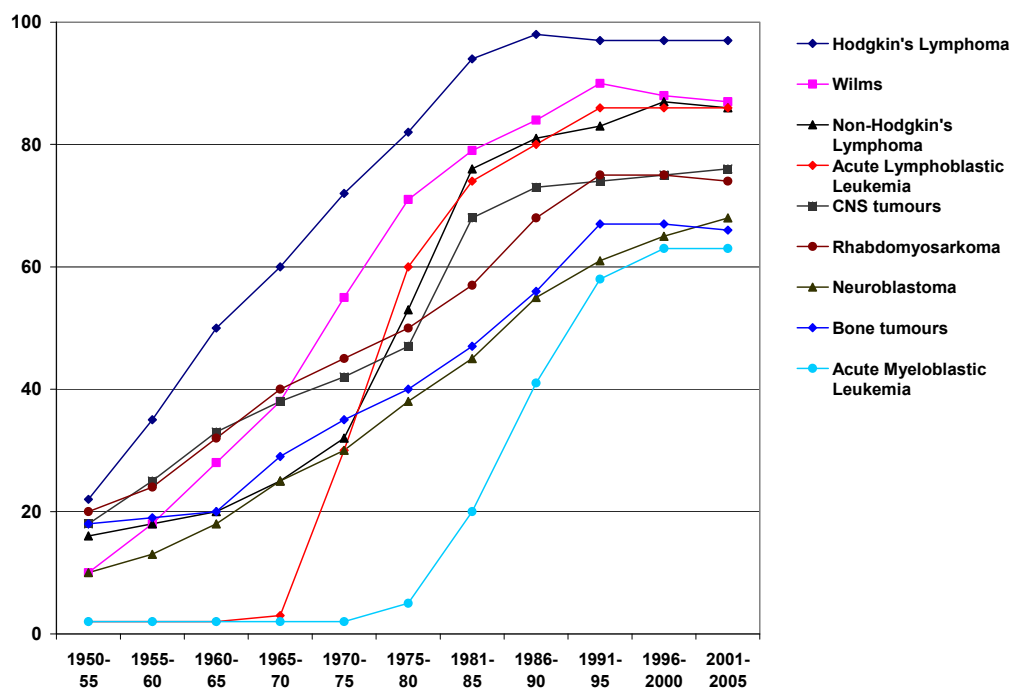
År 2008 utfördes cirka 1200 vårdtillfällen i slutenvård och 8 240 besök i öppen vård vid den barnonkologiska sektionen som är en del av Barnmedicinsk klinik 1 vid Karolinska.

Resultat

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

Behandlingsresultaten avseende barncancer förbättrades radikalt på 70- och 80-talen. Dessa framsteg berodde inte på utveckling och införande av nya anticancermedel. Faktum är att alla väsentliga cytostatika inom barnonkologin fanns tillgängliga redan i slutet av 60-talet. Det var i stället behandlingsfilosofin som ändrades från att ha haft ett lindrande syfte till att bli botande. Genom intensifiering av terapin eller genom anpassning av den på olika sätt lärde man sig att alltmer framgångsrikt behandla barn med cancer.



(Svenska barncancerregistret)

Barnonkologin har nationella och delvis nordiska register för nästan alla diagnoser.

Genom de nationella vårdplaneringsgrupperna för leukemier, solida tumörer, CNS-tumörer och sena effekter efter cancerbehandling hos barn samordnas behandling och omvårdnad så att alla barn med cancer i Sverige får samma behandling oavsett var i landet barnet bor. Dessa vårdplaneringsgruppers verksamhet finansieras av Barncancerfonden.

Bakom många behandlingsprotokoll/vårdprogram står ett omfattande samarbete inom Norden, Europa och än mer internationellt. När resultaten

2009-11-06

HSN 0812-1525

jämförs mellan rimligt stora grupper är de svenska resultaten väl i fronten. Förbättringen av prognosen har blivit mycket långsammare under de senaste knappa tio åren i hela världen. Förklaringen till detta verkar vara att resultaten med traditionella cytostatika i stort är optimerade. För att ytterligare förbättra resultaten krävs nya behandlingsmetoder med andra verkningsmekanismer. Preparat som antikroppar och specialdesignade enzymhämmare är under prövning. Det är sannolikt att läkemedelskostnaden kommer att öka avsevärt om resultaten ytterligare ska kunna förbättras.

Utifrån överlevnadssiffror i barncancerregistret kan man konstatera att resultaten i de nordiska länderna ligger nära varandra och att nivåerna är stabila och goda.

Nedanstående tabell visar antalet barncancerfall i **Sverige** under en 22 års period

Diagnos	antal	Pojkar	flickor	% levande vid senaste uppföljning
Akut lymfatisk leukemi	1429	802	627	81,8
Akut myeloisk leukemi	265	123	142	56,2
Solida tumörer totalt	2215	1214	1001	79,5
CNS tumörer	1537	805	732	72,1

Diagnosgrupperna som redovisas i tabellen ovan består i sig av ett antal små undergrupper. Även om vissa patienttal är till synes höga så är de insamlade under lång tid då mycket kan ha hänt såväl i resurser, personal som behandlingsmetoder. Om man även tar hänsyn till hur heterogen varje diagnosundergrupp är så kommer man ner i så små patienttal per rimlig aktuell tidsperiod att det inte går att jämföra olika behandlingscentra. Endast mycket stora skillnader i behandlingsresultat skulle kunna resultera i statistiskt signifikanta skillnader.

De jämförelser som kan göras blir därför för stora patientgrupper över lång tid och mer på nationell nivå än på lokal nivå. Vid sådana jämförelser över tid är de svenska resultaten i den europeiska toppen och Stockholm avviker inte negativt vid sådana jämförelser. Jämförelser mellan enskilda behandlingscentra i Sverige är inte meningsfulla av ovanstående skäl. Så långt de kan mätas skiljer sig resultaten inte från andra jämförbara enheter med goda resultat. Utifrån registeranalyser kan man också konstatera att resultaten i de nordiska länderna avseende överlevnad ligger nära varandra och att nivåerna är stabila och goda

Täckningsgraden i barnonkologens samtliga register är 100 procent.

2009-11-06

HSN 0812-1525

Omvårdnadsresultat

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 av patienter som är inskrivna på sjukhuset vid mättillfället.

Nutrition

Undernäring är ett tillstånd som förekommer hos ungefär var tredje patient på sjukhus i Sverige. Ett bristfälligt näringstillstånd leder bland annat till nedsatt funktionsförmåga, längre rehabilitering, försämrade sårhelingsprocesser samt ökad risk för trycksår och infektioner. Vid en punktprevalensmätning granskas om patienterna är riskbedömda avseende undernäring.

På den barnonkologiska sektionen vägs och mäts alla patienter vid ankomst. Kliniken har dock inte deltagit i sjukhusets punktprevalensmätningar då dessa endast har gällt vuxna patienter.

I samband med införandet av nytt kostsystem på sjukhuset uppmärksammades vissa negativa effekter för patienterna på den barnonkologiska enheten, effekter som verksamheten nu åtgärdar. Utöver de nya förpacketerade frusna matportionerna har patienterna även fortsättningsvis möjlighet att av föräldrar/personal få särskilt tillredd mat utifrån individuella önskemål under alla tider på dygnet. Denna möjlighet har bedömts som mycket värdefull ur nutritionssynpunkt med tanke på den generella nedsättning av aptiten som både sjukdomstillstånd och medicinsk behandling medför.

Tryckskada

Trycksår är en undvikbar skada som leder till lidande och risk för ökad dödlighet samt innebär stora kostnader. Med ett medvetet arbetssätt inkluderande tidig riskbedömning och tidigt insatta åtgärder kan trycksår förekomst reduceras. Vid mätningen granskas dels om patienterna är riskbedömda för tryckskada, dels om patienterna har tryckskada vid ankomst till sjukhuset

Punktprevalensmätningar som görs på sjukhuset avseende trycksår gäller endast vuxna patienter. Trycksår är dock utomordentligt sällsynt inom barnonkologin.

Smärta

Smärta är ett symptom som kan bero på många olika saker. Om patienterna ska kunna erbjudas en effektiv smärtbehandling, är det viktigt att analysera vilken typ av smärta patienten har. Detta är viktigt eftersom olika smärttillstånd kräver olika typ av behandling.

2009-11-06

HSN 0812-1525

Sjukhuset redovisar ett sammantaget klinikresultat för barnmedicin 1 där barnonkologen är en sektion. Resultatet för kliniken visar att cirka hälften av patienterna i mätningen blivit smärtskattade. Av de patienter som smärtskattats är samtliga nöjda med smärtbehandlingen. Man kan dock inte särskilja barnonkologen men sektionen anger att man har bättre resultat än de sammantagna resultaten för hela kliniken.

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. Vid analysen ner på verksamhetsområdesnivå är det viktigt att relatera resultaten till vilken typ av vård som bedrivs.

Klinikens resultat avseende andel patienter med vårdrelaterad infektion(VRI) var 36 procent 2009 och 31 procent 2008. Patientgruppen är dock infektiöskänslig med nedsatt immunförsvar.

Punktprevalensmätningen 2009 visade att 95 procent av personalen spritar händerna.

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 kostnadmässiga 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 följts.

Barnonkologen har identifierat få riskpatienter. Vid flera tillfällen har dock inte odling gjorts av identifierad riskpatient.

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,

2009-11-06

HSN 0812-1525

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 avvikelse- rapporteringssystem.

Rapporteringsfrekvensen vid barnonkologen har sjunkit 2008 med cirka 40 procent jämfört med 2007 (från 61 till 39 avvikelser). Kliniken anger att man haft problem vid införandet av det datorbaserade avvikelssystemet Händelsevis. Avvikelserna analyseras inte per personalkategori men kliniken anger att läkare har en låg rapporteringsfrekvens.

Kliniken har inga Lex Maria-fall under 2008 och ett fall under 2007.

Kostnadsytterfall

Kliniken analyserar inte sina kostnadsytterfall för att upptäcka eventuella kvalitetsbristkostnader. Med kostnadsytterfall avses ett vårdtillfälle vars kostnad väsentligen överstiger det förväntade och där kvalitetsbrister kan vara en förklaring. Beställaren rekommenderar alla kliniker att uppmärksamma vårdtillfällena som blir kostnadsytterfall inom ramen för sitt patient-säkerhetsarbete.

Läkemedel

Läkemedel är det största riskområdet inom den barnonkologiska verksamheten. Kliniken arbetar med utbildning, avvikelserapportering och lokala instruktioner för läkemedelshantering samt rutiner vid överföring av patienter.

Av totalt rapporterade antal avvikelser som skett under året har 13 avvikelser gällt läkemedel. Rapporteringsfrekvensen är låg inom klinikens största riskområde.

Patientfokuserad vård

Sektionens förbättringsområden som identifierats utifrån de patientenkäter som gjorts gäller främst kommunikation och delaktighet

I stort sett alla patienter har under sin behandlingsperiod ett stort antal vårdtillfällen under en lång tidsperiod, vilket gör att personal och familj ses ofta och kan bygga upp ett förtroende. Detta gör att individuella behov och synpunkter lättare kan uppmärksammas och tillgodoses. Genom kontaktsjuksköterskornas funktion som kontinuitetsskapande kontakt ökar delaktigheten när det gäller till exempel vårdplanering.

Jämlik vård

Alla medicinska resultat redovisas och analyseras könsuppdelat.

2009-11-06

HSN 0812-1525

Vård i rimlig tid

Väntetid från remiss till första besök är mindre än en till två veckor för samtliga patienter.

Mediantid från första besök till behandlingsstart beror på diagnos/indikation men vid aktiv cancerbehandling är denna ledtid mindre än en vecka.

Övrigt

Den barnonkologiska sektionen har periodvis brist på vårdplatser vilket gör att patienter måste vårdas på annan avdelning.

Enheten har en hög personalomsättning avseende sjuksköterskor och för att klara personalsituationen måste bemanningsföretag anlitas.

Analys och slutsatser

Sektionen för barnonkologi har goda medicinska resultat i nivå med jämförbara enheter i Sverige och internationellt. Alla patienter registreras i kvalitetsregister och resultaten från registren används i förbättringsarbetet. Samtliga deltagande enheter i registret samverkar och enas om behandlingsprotokoll och man gör gemensamma analyser. Barnonkologen vid Karolinska redovisar inga egna resultat utan hänvisar till små och heterogena diagnosgrupper för att kunna jämföra olika behandlingscentra med varandra. Stockholmsresultaten skiljer sig inte signifikant för de grupper som någon gång jämförs. Talen är dock så små och grupperna så heterogena att det skulle krävas mycket stora skillnader för att man skulle kunna se ett signifikant resultat.

Den barnonkologiska sektionen har ett tydligt patientfokus.

Sjukhuset har ett högspecialiserat länsuppdrag avseende barnonkologi och bör ytterligare fokusera på detta uppdrag så att man har det antal vårdplatser som behövs för verksamheten. I dagsläget har man periodvis brist på vårdplatser och patienter måste då vårdas på fel avdelning. Ibland måste även patienter av vårdkvalitetsskäl sändas till annat barnonkologiskt centrum för behandling när platser saknas i Stockholm

Omvårdnadsresultat i punktprevalensmätningen 2008 avseende smärta ligger under sjukhusets målvärde. Detta resultat avser hela klinik Barnmedicin 1 och man kan inte särskilja den barnonkologiska sektionen. Beställaren rekommenderar att ingående enheter ska kunna utläsa egna resultat.

Rapporteringsfrekvensen av avvikelser är låg och speciellt bland läkare. Det är heller inte acceptabelt att man har en extra låg rapporteringsfrekvens på grund av införandet av ett nytt elektroniskt rapporteringssystem. Det är sjukhusets ansvar att se till att man inte lämnar tidigare rapporteringsrutiner förrän man säkrat att det nya avvikelssystemet fungerar fullt ut.

2009-11-06

HSN 0812-1525

Fortsatt uppföljning

Utifrån genomförd uppföljning planerar beställaren ingen ytterligare fördjupad uppföljning av den barnonkologiska sektionen under avtalsperioden. 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.

Handläggare Lena Geidenstam
Ann-Charlotte Eklöf
Anne Håkansson
Lena Sundberg

Uppföljning av ECMO (Extra Corporeal Oxygenation) vid Karolinska Universitetssjukhuset

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 och genom uppföljningsmöten hos vårdgivaren. Även studier av annat material har ingått såsom Medicinsk årsrapport 2008, ärenden hos Patientnämnden och rapporter från Socialstyrelsen.

Verksamhetsområde

Extra Corporeal Membran Oxygenation (ECMO) innebär syresättning av blodet utanför kroppen med hjälp av en konstgjord lunga och en modifierad hjärtlungmaskin. I enstaka fall ingår även MARS-behandling (upprätthållande av leverfunktionen). Förutom ECMO-behandling utförs intensivvård före och efter ECMO-behandling. Verksamheten behandlar intensivvårdspatienter med livshotande allvarlig cirkulations- och/eller lungsvikt när maximal intensivvård inte räcker till. Lungornas funktion övertas helt av den konstgjorda lungan så att patientens lungor får vila och

läka. Behandlingen pågår dygnet runt och kan jämföras med en ständigt pågående thoraxoperation. De patienter som behandlas har 0-20 procent chans att överleva med maximal intensivvård medan överlevnaden ökar till 75-80 procent om ECMO-behandling ges.

I USA behandlades den första vuxna ECMO- patienten 1971 och den första neonatala patienten 1975. Den första europeiska patienten behandlades 1987 i Paris. Den andra patienten behandlades samma år vid ECMO Centrum på S:t Görans barnkliniker i Sverige. Idag finns 130 registrerade ECMO centra i världen som utför 2 300 behandlingar per år.

ECMO Centrum på Karolinska Universitetssjukhuset är det enda centralt i Sverige (rikstäckande) och det tredje största i världen. De två övriga är University of Michigan, Ann Arbor USA och Glenfield Hospital, Leicester Storbritannien. ECMO Centrum behandlar alla patientkategorier från 0-65 år. På senare år har en resurskrävande patientkategori tillkommit (traumapatienter) för vilka man med behandling fått en ökad överlevnadsprocent jämfört med tidigare.

Årligen behandlas cirka 70 patienter varav cirka 25 är bosatta i Stockholms län. Vårdtiden är några dygn eller veckor men i mycket speciella fall kan behandlingstiden bli 1 till 2 månader. Antalet patienter och vårdtider kan dock variera mellan åren, varför den årliga kostnaden för SLL kan bli från 15 mkr upp till 35 mkr.

De största diagnosgrupperna är lunginflammation hos barn och vuxna, kemisk lunginflammation hos nyfödda, kongenitalt diafragmabräck hos nyfödda och upprätthållande av vitala funktioner hos traumapatienter.

Resultat

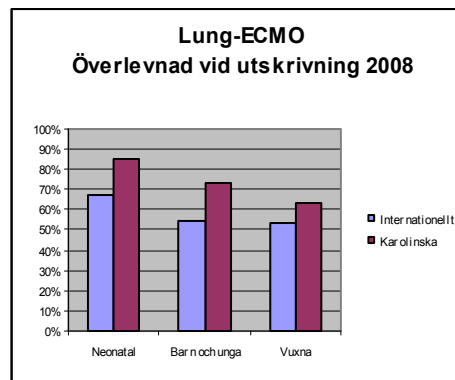
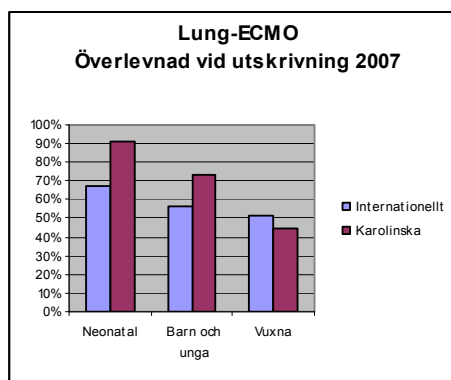
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

Kliniken rapporterar till det internationella registret ELSO (Extracorporeal Life Support Organization). ELSO sätter gemensamma kriterier för när behandlingen ska starta och anger utbildningsstandards och producerar studiematerial.

ECMO centrum har som målsättning att i så stor utsträckning som möjligt behandla patienterna i vaket tillstånd. Vakna patienter kan delta i behandlingen och neurologiska komplikationer är lättare att urskilja.

Kliniken redovisar egna resultat avseende överlevnad och jämför dessa med motsvarande medicinska resultat internationellt. Resultaten är uppdelade på tre patientkategorier: neonatal, barn/unga samt vuxna. Täckningsgrad för 2008 är 100 procent. I tabellerna redovisas överlevnad vid utskrivning under 2007 och 2008.



Resultaten visar att ECMO Centrum vid Karolinska har en högre överlevnadsprocent jämfört med internationella resultat framförallt inom patientkategorierna neonatal och barn/unga.

Omvårdnadsresultat

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, försämrad sårhelingsprocess och ökad risk för trycksår och infektioner.

Av de patienter som vårdas på ECMO Centrum är det få som intar fast föda.

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 insatt åtgärder kan trycksårsförekomst reduceras.

ECMO-utrustningens funktion ger ökad blodgenomströmning i kroppen och med en ökad genomströmning av blodet minskar risken för trycksår.

ECMO Centrum deltar inte i punktprevalensmätningar avseende omvårdnad då dessa mått inte anses medicinskt relevanta för svårt sjuka intensivvårdspatienter.

Smärta

Individanpassad övervakning sker kontinuerligt och smärt/ångesttillstånd regleras inom sekunders intervall.

Säker vård

Patientsäkerhet

ECMO Centrum är ackrediterat av ELSO genom "Center of Excellence". Centrumet är certifierat enligt "Excellence in Life Support Award". För att förnya certifieringen krävs en ansökan till ELSO som bedöms av en kommitté. Detta sker vartannat år. Bedömningen görs utifrån ett antal frågor inom sju olika områden avseende utrustning, träningsprogram av utrustning, bemanning, utbildningsinsatser etc.

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. 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.

Mätningar görs vid ECMO Centrum men den patientkategori som vårdas har i allmänhet infektioner varför mätningarna kan bli missvisande. Slangen som är kopplad till ECMO-utrustningen kan ge infektion på grund av materialet. För närvarande finns inget annat material på marknaden. Infektionen hävs ofta i samband med att man inte längre är i behov av utrustningen. Under 2008 har man angivit en infektion såsom vårdrelaterad.

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 kostnadsmässiga 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 följts. En och samma patient kan ha flera riskfaktorer och i resultaten redovisas andelen patienter där komplett provtagning skett.

ECMO Centrums mål är att samtliga patienter testas för MRSA. I den senaste MRSA-mätningen för 2008 var klinkens resultat 80 procent komplett odlade riskpatienter per år. Vid den senaste mätningen 2009 var odlingsfrekvensen 95 procent. Nya rutiner gör det möjligt att uppnå detta mål för 2009.

Hygienrutiner

Basala hygienrutiner ska tillämpas där vård och omsorg bedrivs enligt SOFS 2007:19. Syftet är att förhindra smitta från patient till personal och personal till patient (direkt kontaktsmitta) och mellan patienter via personalens händer och kläder (indirekt kontaktsmitta).

I basala hygienrutiner ingår handhygien (alltid handdesinfektion-ibland handtvätt) handskar, skyddskläder, engångsplatsföreläde eller skyddsrock, munskydd och skyddsglasögon.

Uppföljning av klädregler och basala hygienrutiner görs regelbundet på Karolinska Universitetssjukhuset vilket redovisas årligen i deras kvalitetsbokslut. Resultatet av egen mätning på ECMO Centrum visar att under 2008 har 75 procent av andelen personal spritat händerna och under 2009 är motsvarande siffra 80 procent.

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.

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.

ECMO Centrum har ökat antalet rapporterade avvikelser från 17 (2007) till 25 (2008). Rapportering redovisas inte per personalkategori.

Patientfokuserad vård

Patientnöjdhet

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

Patientenkäter har skett vid särskilda tillfällen såsom vid forskningsprojekt. Enkäten innehåller frågor om patientens upplevelse under ECMO-behandlingen och hur/om man kommit tillbaka till ett normalt liv.

Patientnämnden/Lex Maria/Löf

Inga rapporterade ärenden har anmälts till Patientnämnden och Lex Maria eller Landstingens ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) avseende ECMO Centrum under 2007 eller 2008.

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.

Inom ECMO Centrum arbetar man alltid med samma team och med samma patient för att bibehålla kontinuitet och skapa trygghet för patienten.

Jämlik vård/Effektiv vård

ECMO Centrum samarbetar främst med thorax-kliniken. Ett ökat inflöde av traumapatienter gör att man har utökat samarbetet även med andra kliniker inom Karolinska Universitetssjukhuset.

Vid ökad belastning ökar behovet av platser. I de fall platserna inte räcker till samarbetar man med andra ECMO centra främst i Europa. Transport och vårddygnskostnader för dessa patienter är mycket höga. Målet är dock att samtliga patienter skall kunna erbjudas vård i Sverige. Avsikten är att öka antalet platser från två till sex under 2010.

Analys och slutsatser

Som ett resultat av uppföljningen vill Beställaren ta upp följande styrkor och förbättringsområden:

ECMO-centrum följer sina resultat i register och jämför sina resultat med andra ledande ECMO-centra internationellt. Resultaten är mycket bra. ECMO Centrum är internationellt kända för hög överlevnadsprocent, vakna patienter vid långa behandlingar.

Centrumet är också ett av tre centra i världen som kan utföra behandling under pågående transport med ambulans, helikopter, jetflyg eller annat transportmedel.

ECMO Centrum är ackrediterat av ELSO genom "Center of Excellence" och är internationellt kända för hög överlevnadsprocent, vakna patienter och gott resultat.

Personalen utbildas och tränas på utrustningen var femte vecka. Samtliga personalkategorier har också samarbete med kollegor internationellt och

får på så sätt får kontinuerligt utbyte av erfarenheter vilket ökar patientsäkerheten.

Den patientkategori som vårdas vid ECMO Centrum med svårt livshotande skador har ofta konstaterade infektioner och/eller är infektionskänsliga. Hygienrutiner behöver förbättras. Under 2008 var andelen som använde handdesinfektion endast 75 procent. Vid mätning under 2009 har en förbättring med 5 procent redovisats, vilket inte kan anses som tillräckligt.

Antal avvikelserapporteringar bör kunna höjas. Ett generellt problem på många kliniker är att läkare är sämre än övrig personal på att rapportera avvikelser. Det är också viktigt att tydligt definiera vilken typ av avvikelser som ska rapporteras och att kategorisera dessa.

Fortsatt uppföljning

Utifrån genomförd uppföljning planeras ingen ytterligare fördjupad uppföljning av ECMO Centrum under avtalsperioden. Beställaren följer månadsvis upp produktion i samband med månadsbokslut. Beställaren kommer också att ta del av sjukhusets årliga kvalitetsbokslut.

Handläggare:

Anne Håkansson

Lena Sundberg

Eva Lestner

Fördjupad uppföljning av Gastrocentrum Kirurgi vid Karolinska Universitetssjukhuset

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 gemensam utveckling av Vårdgivarens uppdrag 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 genom uppföljningsmöte hos vårdgivaren. Även studier av annat material har ingått såsom sjukhusets kvalitetsbokslut, Medicinsk årsrapport 2008, ärenden hos Patientnämnden och rapporter från Socialstyrelsen.

Verksamhetsområde gastrokirurgi

Gastrokirurgi är kirurgi i matstrupe, magsäck, lever, mjälte, bukspottskörtel samt hela tarmen och anus. Gastrokirurgi utförs vid alla akutsjukhus i länet samt vid Ersta sjukhus som har uppdraget att bedriva specialiserad gastrokirurgi inom diagnosgrupperna colon, rectum, ventrikelresektion och refluxer. Stockholms läns landsting har också avtal om gastrokirurgi med Aleris (Handens Specialistvård, Sabbatsbergs Närsjukhus och Täby Närsjukhus) och Nacka närsjukhus Proxima.

Gastrocentrum Kirurgi vid Karolinska Universitetssjukhuset bedriver högspecialiserad gastrokirurgi som till stor del består av behandling av

tumörsjukdomar. I den ingår avancerad rekonstruktiv kirurgi i matstrupe, lever, gallgångar, bukspottskörtel och bukvägg. I klinikens uppdrag ingår också avancerad kolorektalkirurgi (kirurgisk behandling av sjukdomar i tjock- och ändtarm) samt behandling av sarkom i buk och retroperitoneum.

Gastrocentrum Kirurgi vid Karolinska universitetssjukhuset är ett av sju centra i Sverige som bedriver högspecialiserad gastrokirurgisk vård (Övre abdominell kirurgi, ÖAK). Kliniken samarbetar med samtliga andra akutsjukhus inom SLL och med Ersta sjukhus genom telemedicinska multidisciplinära konferenser. Samarbete sker även med flera andra centra i landet samt med ett flertal internationella centra. Regelbundna multidisciplinära konferenser genomförs med Universitetssjukhuset i Linköping där särskilt komplexa fall diskuteras. I denna konferensverksamhet väntas inom kort också universitetssjukhusen i Umeå och Örebro att ingå.

Kliniken utgör gamla Gastrocentrum Kirurgi Huddinge samt gamla kirurgkliniken Solna, innefattande akut- och traumadelen av gamla kirurgkliniken. Cirka 80 procent av vårdtillfällena och 65 procent av vårddagarna är akuta. I den akuta verksamheten ingår att ansvara för akut omhändertagande och traumakirurgi inom Traumacentrum Karolinska, vilket innebär att kliniken har ansvar för länets traumaomhändertagande. Inom den akuta delen av uppdraget ingår också all akut gastroenterologisk kirurgi inom Karolinska. Av klinikens elektiva verksamhet (20 procent av klinikens vårdtillfällen och 35 procent av vårddagarna) är merparten, cirka 90 procent, högspecialiserad vård.

År 2008 utförde Gastrocentrum Huddinge 4 370 slutenvårdstillfällen. Efter sammanslagningen med delar av kirurgkliniken i Solna från och med 2009 utökas antalet vårdtillfällen med cirka 60%. Kliniken utförde 16 700 besök under 2008 (både besök där patienten är närvarande och telefonkontakter). Beställningen 2008 uppgick till 345 mkr. I flerårsavtalet från och med 2009 beställs inte vården på klinikinivå utan gastrokirurgi ingår som en del i sjukhusets uppdrag och totalersättning.

Resultat

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

För närvarande finns 70 nationella kvalitetsregister. Registren har olika huvudmannaskap men gemensamt är att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen samverkar för att stödja utveckling och användning av registren. Kvalitetsregister är ofta kopplade till specifika diagnoser samt till nationella riktlinjer eller vårdprogram. Data ur registren analyseras för utvärdering och kvalitetssäkring av vården. Kvalitetsregistren gör det möjligt att se hur riktlinjer följs, och de används också för att utvärdera

behandlingsresultat. Med hjälp av registren kan sjukhusen göra jämförelser med andra sjukhus, men framförallt följa sina egna resultat över tid. Utöver nationella register förekommer det att kliniker driver egna lokala register för uppföljning av en patientgrupp.

Gastrocentrum kirurgi registrerar patienterna i relevanta nationella register där sådana finns. För övriga patientgrupper sker uppföljning genom lokala register eller på annat sätt.

Esofaguskirurgi

I Stockholms län diagnostiseras årligen cirka 70-80 fall av esofaguscancer (cancer i matstrupe). Incidensen är ungefär fem gånger så hög bland män som hos kvinnor. Majoriteten av patienterna insjuknar efter 60 års ålder (cirka 80 procent av samtliga fall) och många patienter är dessutom över 70 år vid insjuknandet. Rökning och högt alkoholintag, speciellt i kombination, är viktiga riskfaktorer, liksom kronisk reflux och övervikt. Efter fem år lever cirka 30 procent av patienterna som genomgår operation.

Nyckeltal esofagus	2008	Rikssnitt
Mortalitet inom 90 dagar	3,0% 1 av 32	5 %
Anastomosläckage	6,25 % (2 av 32)	Ca 10 %
Ventrikeltubnekros	3,1 % (1 av 32)	Ca 1-5 %
Sårinfektion	9,3 % (3 av 32)	Ca 10-20 %
Hjärtkomplikation	22 % (7 av 32)	Ca 20 %
Andningssvikt	12,5 % (4 av 32)	Ca 30 %

Resultat esofaguskirurgi, Esofagus/ventrikelregistret

Pankreaskirurgi

Pankreascancer (bukspottskörtelcancer) är en av de mest svårbehandlade cancerformerna med en femårsöverlevnad på någon enstaka procent.

Pankreascancer är den tionde vanligaste cancerformen i Sverige. I Stockholm/Gotland-regionen insjuknar drygt 200 patienter årligen i pankreascancer. Trots incidensen på knappt 10/100 000 invånare utgör pankreascancer den fjärde vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken. Man kan i princip sätta likhetstecken mellan incidens och mortalitet. För närvarande är lokalt radikal pankreasresektion den enda potentiellt kurativa behandlingen som finns att erbjuda. I kombination med adjuvant kemoterapi uppnås en medianöverlevnad på 23 månader.

För uppföljning av resultat avseende pankreaskirurgi finns ännu inga resultat att hämta från kvalitetsregister. Ett nationellt register har startats under oktober 2009 och implementering i landet sker under hösten 2009 och våren 2010. Man beräknar att det kommer att ta åtminstone ett år innan registret har en adekvat täckning i Sverige. Karolinska är det enda centret i Sverige med så stora patientmaterial att tillförlitliga analyser av prognostiska faktorer och

långtidsöverlevnad kan göras. Resultaten jämförs med internationella centra via vetenskapliga studier.

Under åren 2004-2008 genomfördes 383 undersökande operationer för ställningstagande av ett pankreasgrepp. I 56 fall kunde inte resektion göras på grund av avancerad eller spridd cancersjukdom.

Nyckeltal pankreaskirurgi	2004-2008
Antal pankreasoperationer	327
Andel kirurgiska komplikationer	43 % (142/327)
Pankreasanastomosläckage	14 % (43/298)
Andel reoperationer	12 % (40/327)
Postop 90 dagars mortalitet	2,8% (9/327)

På högvolycentra internationellt får mellan 30-60 % av patienterna någon form av behandlingskrävande komplikation. Resultaten är i linje med internationellt publicerade data förutom en något högre reoperationsfrekvens vilket sannolikt avspeglar en mer aktiv hållning eftersom frekvensen av komplikationer och pankreasanastomosläckage samt mortalitet i övrigt är lika. Enligt en nyligen presenterad multinationell vetenskaplig studie är Karolinskas långtidsresultat avseende medianöverlevnad efter radikal pankreasresektion (21 månader) i linje med resultaten redovisade i denna studie.

Sammanfattningvis kan resultaten från Karolinska jämföras med amerikanska och europeiska högvolycentra såsom JohnHopkins och Harvard respektive Rostock i Tyskland.

Ventrikelkirurgi

I Stockholms län diagnostiseras årligen cirka 160 fall av ventrikelcancer (cancer i magsäck). Sjukdomen är något vanligare hos män än kvinnor. Årligen opereras cirka 90 patienter varav cirka 25-35 vid Gastrocentrum Kirurgi. Klinikens resultat avseende femårsöverlevnad är cirka 15-20 procent i hela gruppen, medan den för patienter opererade i kurativt syfte är cirka 40 procent.

Nyckeltal ventrikelkirurgi	2008	Rikssnitt
Mortalitet inom 90 dagar	0 % (0 av 28)	Ca 3 %
Anastomosläckage	3,6 % (1 av 28)	Ca 10 %
Sårinfektion	7,1 % (2 av 28)	Ca 10 %

Resultat ventrikelkirurgi, Esofagus/ventrikelregistret

Obesitas

Inom SLL har antalet operationer ökat de senaste åren. Under år 2008 utfördes cirka 1 000 operationer via avtal med SLL. Prognosen för 2009 är att drygt 1 200 -1 600 obesitasoperationer kommer att utföras.

Den helt dominerande operationsmetoden är gastric by pass och 95 procent av alla operationer i Sverige utförs med hjälp av denna metod. Alla kirurgkliniker i länet utom Karolinska använder gastric by pass-metoden. På Karolinska används istället främst gastric banding-metoden.

Det är viktigt att följa behandlingsresultaten och komplikationer, samt att rapportera alla patienter till ett kvalitetsregister. Ett skandinaviskt kvalitetsregister, SOReg, startades i slutet av år 2007. Det har inte varit möjligt att få sina resultat ur registret. Kliniken har följt resultaten genom egen uppföljning.

Kliniken genomförde 72 obesitasoperationer under 2008. Drygt hälften av operationerna avsåg omoperationer. Karolinska behandlar regelbundet patienter från andra sjukhus med svåra komplikationer.

Leverkirurgi

Leverkirurgi avser främst levertumörer. Cirka 100 fall av levercancer diagnostiseras årligen i Stockholms län. Under 2008 genomfördes 207 leveroperationer. I tabellen nedan visas fördelningen av diagnoser hos de opererade.

Primär levercancer	8 %
Primär gallvägscancer	13 %
Sekundära levertumörer	55 %
Rekonstruktiv gallvägskirurgi och andra benigna sjukdomar	24 %

För uppföljning av resultat avseende leverkirurgi finns ännu inte möjlighet att få ut resultat från kvalitetsregistret. Karolinska följer sina egna resultat, och jämförelser med andra görs via vetenskapliga studier. I nedanstående tabell redovisas Karolinskas resultat i jämförelse med två studier. Observera att resultaten inte är fullt jämförbara mellan Karolinska och övriga centra eftersom det bland övriga centra bara finns ett fåtal som har lika hög andel utvidgade resektioner som Karolinska.

Nyckeltal leverkirurgi	2008	Internationella siffror (1) (variation mellan centra)
Postoperativ infektion	12 %	9,1 (1-18)%
Postoperativ leversvikt	6 %	2,6 (0,3 - 18)% (2)
Galläckage	5 %	4,4 (1,3 - 13)%
Blödning	3 %	1,9 (0,6 - 5,7)%
Mortalitet (resektion)	1 (0,8 %)	1,0 (0,1 - 7,5)%
(1)van den Broek, Br. J. Surg. 2009 (96)9 1005-14		
(2) 15 % leversvikt vid utvidgad hemihepatectomi (Kishi, Ann Surg. 2009 Aug 27)		

Resultat leverkirurgi, egen uppföljning i jämförelse med två vetenskapliga studier

Gallvägskirurgi

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

Resultat avseende patienter som genomgått gallvägskirurgi						
Andelen patienter där postoperativa komplikationer uppstått inom 30 dagar från operationstillfället.	Riks-snitt	K	CStG	DS	SÖS	STS
Akuta operationer 2008	11 %	4%	5 %	13 %	14 %	21 %
Antal med komplikationer		3 av 71	7 av 149	24 av 183	21 av 152	3 av 14
Elektiva operationer 2008	8 %	8%	4 %	8 %	5 %	9 %
Antal med komplikationer		6 av 76	10 av 259	19 av 230	10 av 195	14 av 151

Postoperativa komplikationer, gallvägskirurgi

Ändtarmscancer

Varje år behandlas 350-380 patienter för ändtarmscancer i Stockholms län och huvuddelen genomgår kirurgisk behandling. Ändtarmscancer är något vanligare hos män än kvinnor. Sedan 1995 registreras samtliga patienter med ändtarmscancer i Svenska Rektalcancerregistret. Olika kvalitetsmått som överlevnad, lokal återfallsfrekvens och komplikationsfrekvens kan hämtas ur registret. Avseende ändtarmscancer har i avtalen med akutsjukhusen under ett antal år följts andelen patienter som opererats för ändtarmscancer och som två år efter behandling fått återfall av sin cancer. Det finns skillnader mellan sjukhusen i andelen som fått återfall av sin cancer. Data ska tolkas med stor försiktighet då antalet patienter som behandlas är litet och patientsammansättningen kan skilja sig åt mellan sjukhusen. Klinikens resultat motsvarar risksnittet. Vid Gastrocentrum behandlades 109 patienter under 2008.

Karolinska opererar ett selekterat patientmaterial med stor andel avancerade tumörer. Trots svårare fall motsvarar klinikens resultat rikssnittet och i

jämförelse med andra kolorektalenheter vid universitetssjukhusen är resultaten likvärdiga.

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

Ändtarmscancer – lokalrecidiv, Svenska Rektalcancerregistret

Tjocktarmscancer

Årligen diagnostiseras i Stockholms län cirka 650-750 fall av tjocktarmscancer. Under 2008 genomfördes sammanlagt 118 operationer av tjocktarmscancer på Karolinska. Vid Solnaenheten har kliniken fokuserat på lokalt avancerade tumörer. Sedan 2008 har Svenska rektalcancerregistret byggts ut och inkluderar nu även koloncancer. För tiden före det finns endast osäkra kvalitetsmått och 2008 års resultat är ännu ej tillgängliga.

Övrig kolorektal kirurgi

Kirurgi för inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) bedrivs i såväl Solna som Huddinge. Huddingeenheten är fokuserad på reoperativ IBD-kirurgi och komplicerad primärkirurgi. Inom Karolinska genomfördes 75 operationer för IBD under 2008.

Gastrocentrums proktologiska kirurgi är förlagd till Huddinge och bedrivs huvudsakligen som dagkirurgi. Inom proktologin ryms avancerad fistelsjukdom, prolapskirurgi gällande rektum samt olika blödnings- och smärttillstånd. Under 2008 genomfördes 366 proktologiska operationer varav 309 på Huddinge och 57 på Solna.

Vid Gastrocentrums Huddingeenhet bedrivs bukväggskirurgi med fokus på reoperativ kirurgi, kombinerade bukväggsdefekter med stomier och enterokutana fistlar samt stora komplicerade ärrbräck. Under 2009 beräknas 75 operationer genomföras.

För uppföljning av dessa patientgrupper finns ännu inga kvalitetsregister.

Ljumskbräck

Kliniken utför för närvarande cirka 150 ljumskbräckoperationer årligen. Stor del av dessa skulle med fördel kunna opereras hos andra vårdgivare än på universitetssjukhuset. Att ljumskbräckoperationer genomförs motiverar kliniken med att det är ett led i klinikens ST-utbildning.

Enligt redovisning från Svenskt Bräckregister är relativ risk för omoperation vid Karolinska i nivå med rikssnittet.

Omvårdnad

Inom omvårdnad genomförs så kallade punktprevalensmätningar. Det innebär att sjukhusen gör en mätning av patienter som är inskrivna på sjukhuset vid mättillfället.

Nutrition

Undernäring är ett tillstånd som förekommer hos ungefär var tredje patient på sjukhus eller boende inom äldreomsorg i Sverige. Ett bristfälligt näringsstillstånd leder bland annat till nedsatt funktionsförmåga, längre rehabilitering, försämrad sårhelingsprocess samt ökad risk för infektioner och trycksår. Detta resulterar i ökad komplikationsfrekvens efter kirurgiska ingrepp, och därmed förlängda vårdtider och högre kostnader.

Vid mätningen granskas om patienterna är riskbedömda avseende undernäring och om det dokumenterats i journalen. Resultatet i sjukhusgemensamma mätningen i april visar att andelen komplett nutitionsbedömda och dokumenterade i journalen var 69 procent i Huddinge och 20 procent i Solna. I klinikens egen mätning i oktober 2008 var resultaten 63 procent i Huddinge och 42 procent i Solna. Sjukhusets målvärde är att minst 75 procent ska vara komplett nutitionsbedömda och dokumenterade i journal.

Tryckskada

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

Vid mätningen granskas dels om patienterna är riskbedömda för tryckskada, dels om patienterna har tryckskada vid ankomst till sjukhuset. Resultatet visar att riskbedömningen enligt journal var 71 procent i Huddinge och 55 procent i Solna. I klinikens egen mätning i oktober var resultatet 71 procent i Huddinge respektive 58 procent i Solna.

Smärta

Smärta är ett symptom som kan ha många olika orsaker. Om patienten ska kunna erbjudas en effektiv smärtbehandling, är det viktigt att analysera vilken typ av smärta patienten har. Detta är viktigt eftersom olika smärttillstånd kräver olika typ av behandling.

I punktprevalensstudien smärtskattades alla patienter 2008. I Huddinge ansåg 92 procent av patienterna att smärtbehandling skett inom rimlig tid och 77 procent var nöjda/mycket nöjda med smärtbehandlingen. Motsvarande resultat för Solna var att 87 procent ansåg att smärtbehandling skett inom rimlig tid och 87 procent var nöjda/mycket nöjda med smärtbehandlingen. Sjukhusets mål är att minst 85 procent av alla patienter ska ha fått adekvat smärtbehandling inom

acceptabel tid och att minst 85 procent av alla patienter ska vara nöjda eller mycket nöjda med smärtbehandlingen. Smärtombud finns på samtliga avdelningar.

Säker vård

MRSA

Det är viktigt för sjukvården i Stockholm att hålla nere antalet MRSA-smittade både av medicinska och kostnadsmässiga skäl. Åtgärder måste vidtas för att minska risken för att dessa infektioner sprids. I Stockholm ska screening avseende multiresistenta bakterier – MRSA - göras på alla patienter med riskfaktorer. 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.

Under 2008 nådde kliniken inte målet med 100 procent komplett odlade vid någon av mätningarna avseende MRSA. Resultaten visar att andelen komplett odlade sjönk från första mätningen (91 procent i Huddinge respektive 75 procent i Solna) till till årets sista mätning (67 procent i Huddinge respektive 41 procent i Solna).

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 visar att andelen patienter med vårdrelaterad infektion i SKL:s mätning var 21 procent i mätningen i maj 2009 och 36 procent i mätningen i oktober 2008.

Basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner och klädregler innebär att inga klockor, ringar eller armband ska förekomma i vårdarbeter och att klädseln ska vara kortärmad. Det finns också tydliga regler för när skyddskläder (förkläde, skyddsrock) ska användas. Smittskyddsenhetens regler för handdesinfektion ska också följas för att minska risken för infektioner.

Följsamheten till dessa riktlinjer följs upp genom att en utbildad granskare inom varje enhet observerar sina arbetskamrater under en dag

som inte annonserats i förväg. Sjukhuset har 100 procents följsamhet till klädregler och 100 procents följsamhet till basala hygienrutiner som mål.

Nedanstående tabell visar gastrokirurgiska verksamhetens resultat i punktprevalensmätningar avseende hygien. I resultaten avseende läkarpersonal ingår även läkare inom gastrocentrum medicin samt konsultläkare.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Resultat av egen mätning, andelen som följer	2009, maj	2008
Basala hygienrutiner, Gastrocentrum omvårdnad, sjuksköterskor och undersköterskor	57 %	49%
Basala hygienrutiner Gastrocentrum, läkare både inom medicin och kirurgi	15 %	8%
Sjukhusets klädregler, Gastrocentrum omvårdnad, sjuksköterskor och undersköterskor	94%	92%
Basala hygienrutiner Gastrocentrum, kirurgi, både inom medicin och kirurgi	85%	81%

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 (SOSFS 2005:12) 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.

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.

Antalet rapporterade avvikelser var 21 inom Gastrocentrum kirurgi under 2008, 155 inom Gastrocentrum Omvårdnad i Huddinge och 38 inom Gastrocentrum Omvårdnad i Solna. Avvikelserapporteringen är cirka 20 procent lägre på Gastrocentrum som helhet jämfört med 2007. Arbetet med Händelsevis och rapportering är en kontinuerlig utmaning; både att öka engagemanget men också att ändra en kultur att faktiskt rapportera även händelser och inte bara inträffade skador och incidenter.

Kliniken har startat ett arbete med att analysera sina kostnadsytterfall ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Patientfokuserad vård

Patientnöjdhet

I hälso- och sjukvårdslagen (1982) framhålls medborgarnas rätt till vård av god kvalitet och enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS:2005:12) skall systematiska mätningar göras av hur patienter upplever erhållen vård. För detta ändamål använder sjukhusen den landstingsgemensamma enkäten Indikator. Mätningar görs vartannat år i slutenvård och vartannat i öppen vård. Resultaten redovisas i form av så kallat "förbättringsutrymme" inom sex områden (information, bemötande, tillgänglighet, trygghet och säker vård, delaktighet och patientens värdering).

Under 2008 följdes öppenvården upp. De största förbättringsutrymmena vid Gastrocentrum kirurgi var kommunikation (förbättringsutrymme 19 procent) och delaktighet (förbättringsutrymme 23 procent). Kliniken har utarbetat handlingsplaner med anledning av resultaten och arbetar med olika förbättringsåtgärder inom dessa områden.

Patientnämnden

Flertalet av ärenden hos Patientnämnden under 2008 och 2009 var relaterade till bemötande, långa väntetider och bristande information. Resultatet återkopplas alltid till ansvarig läkare.

Kontaktsköterskor cancerpatienter

I enlighet med *Utvecklingsplanen för Cancersjukvården i SLL* ska alla cancerpatienter ha tillgång till en kontaktsjuksköterska som arbetar efter en gemensam uppdragsbeskrivning. Inom Gastrocentrum Kirurgi har man organiserat kontaktsjuksköterskefunktionen på olika sätt utifrån olika cancergrupper.

Patienter med misstänkt kolorektal cancer blir kontaktade av kontaktsjuksköterskan när remiss har kommit till kliniken antingen i samband med nybesök inom 2 veckor (enheten i Solna) eller per telefon kort efter remissankomst (enheten i Huddinge) där läkarbesöket sker först efter att patienten genomgått relevanta undersökningar.

För patienter med cancer i pankreas, esofagus eller lever är det initiala omhändertagandet annorlunda. Patienten får ett telefonnummer till kontaktsjuksköterskan i samband med att läkare kontaktar patienten via brev eller telefon när remiss har kommit till kliniken. Många av patienterna inom denna grupp har remitterats från andra sjukhus och bör då ha en kontaktsjuksköterska vid sitt ursprungssjukhus. En mindre grupp patienter

kommer direkt via primärvården och har därför ingen kontaktsjuksköterska sedan tidigare. Det första läkarbesöket vid Gastrocentrum sker först efter att alla relevanta utredningar är gjorda och patientens kontakt med kontaktsjuksköterska vid Gastrocentrum sker om patienten själv ringer upp och tar kontakt.

Vårdkedja

Samtliga opererade cancerpatienter inom ÖAK-sektionen överförs till Stockholms sjukhem för avancerad kirurgisk rehabilitering inom ramen för det högspecialiserade slutenvårdstillfället. Läkare från Gastrocentrum kirurgi går rond på Stockholms sjukhem och man har också möjlighet till telemedicinsk kontakt mellan Stockholms sjukhem och Gastrocentrum.

Effektiv vård

Dagkirurgi

Patienter med ljumskbräck kan opereras i slutenvård eller dagkirurgi. Andelen patienter som opererats i dagkirurgi skiljer sig mellan akutsjukhusen. Alla akutsjukhusen ligger under snittet i riket.

	2006		2007		2008	
	Andelen dagkirurgi	Totala antalet bräckop	Andelen dagkirurgi	Totala antalet bräckop	Andelen dagkirurgi	Totala antalet bräckop
Riket	76%		77%		78%	
Gastro C kir	57%	155	65%	108	64%	113
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

Beskedet att operationen är uppskjuten fick 96 patienter (6,0 procent) senare än 48 timmar före inplanerad operationstid. Vid de övriga sjukhusens kirurgiska kliniker var andelen lägre (3,0% – 4,1%). Drygt 20 procent sköts upp på grund av att akuta operationer fick företräde vid kliniken. Vid de övriga sjukhusen varierade denna andel mellan 10 och 38 procent.

Jämställd och jämlik vård

Kliniken följer sina resultat könsuppdelat.

Samtliga opererade cancerpatienter inom kliniken ÖAK-enhet inkluderas i en sammanhållen vårdkedja.

Vård i rimlig tid

Ledtider Cancerpatienter

För patienter i vårdkedjan för ÖAK-cancer har kliniken tydliga mål för olika ledtider. Inom två dagar efter remissankomst ska en koordinatorläkare kontakta patienten och göra en utredningsplanering. Inom två veckor ska en multidisciplinär behandlingskonferens hållas. Behandling ska starta inom fyra veckor från behandlingskonferensen. Kliniken redovisar att man håller dessa ledtider men med vissa individuella variationer.

För patienter med kolon-/rektalcancer är målet att behandlingen ska starta inom fyra veckor från remissankomst vilket kliniken håller. Nybesök i Solna för patienter med misstänkt kolon-/rektalcancer sker inom två veckor.

Övriga ledtider

Väntetider till mottagningen för patienter som har andra diagnoser är cancer överskrider vårdgarantins gränser. Till operation är det långa väntetider för obesitaspatienter.

Analys

Som ett resultat av uppföljningen av Gastrocentrum Kirurgi vill beställaren ta upp följande styrkor och förbättringsområden:

I enlighet med beslut i 3S har ett centrum för högspecialiserad gastrokirurgi skapats med en sammanhållen vårdkedja för cancerpatienter med multidisciplinära beslutskonferenser som en central del. Det innebär att grunden för vårdkedjan bygger på gemensam diagnostik och gemensamma vårdprinciper, vilka utarbetats tillsammans med länets sjukhus under ledning av Gastrocentrum Kirurgi. Samarbete sker också med andra centra i Sverige.

Kliniken har varit med och grundat kvalitetsregister för esofagus-, ventrikel- och levercancer, obesitas och är också initiativtagare till ett kvalitetsregister för pankreascancer.

Kliniken rapporterar till alla relevanta kvalitetsregister och följer sina medicinska resultat systematiskt. Resultaten är generellt i nivå med andra jämförbara enheter.

För viktiga patientgrupper finns ännu inga nationella registerresultat att tillgå såsom för koloncancer, pankreascancer, levercancer samt obesitas. Register för dessa grupper är dock under utveckling. I avvaktan på dessa gör kliniken egna uppföljningar och jämförelser görs via vetenskapliga studier. Generellt saknas ofta jämförelser mot egna målvärden.

Omvårdnadsrutiner behöver förbättras så att omvårdnadsresultaten når sjukhusets målvärden i punktprevalensmätningar särskilt avseende nutrition som är en viktig omvårdnadsindikator för klinikens patienter.

Rapporteringsfrekvensen för avvikelser bör kunna höjas. Frekvensen är låg bland läkare vilket är anmärkningsvärt med tanke på den stora vårdproduktionen. Beställaren anser att det är viktigt för en klinik att tydligt rapportera och kategorisera avvikelser samt att rapporteringsfrekvensen höjs.

Odlingsfrekvensen avseende MRSA måste höjas så att man når målet att alla riskpatienter odlas. Det är oroande att resultaten under 2008 försämrades både i Solna och i Huddinge.

Klinikens resultat i punktprevalensmätningarna avseende hygienrutiner måste förbättras så att man når sjukhusets målvärden.

Klinikens omvårdnadspersonal är organiserad i en särskild klinik – Gastrocentrum Omvårdnad. Detta skapar goda möjligheter att fokusera på och utveckla omvårdnad men det är viktigt att kliniken ser till helhetsperspektivet i arbetet kring patienten.

Kontaktsjuksköterskefunktionen inom ÖAK förefaller vara underdimensionerad trots att man verkar inom det högspecialiserade uppdraget vid kliniken. Med nuvarande upplägg baseras kontakten med kontaktsjuksköterskan på att patienten själv ringer upp. Beställaren anser att kontaktsjuksköterskan i de fall behandlingsansvaret för patienten förs över till Gastrocentrum direkt ska ta en telefonkontakt med patienten och erbjuda ett besök om patienten så önskar. Detta är särskilt viktigt med tanke på att denna patientgrupp utreds för en mycket svår sjukdom ofta med dålig prognos. I de fall patienten redan har en kontaktsjuksköterska vid ett annat sjukhus som ska lämna över ansvaret till Gastrocentrum är det viktigt att överlämnandet dokumenteras av berörda kliniker så att man säkrar att patienten alltid har en kontaktsjuksköterska och är informerad om detta.

Fortsatt uppföljning

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.

Inom ramen för uppföljning av *Utvecklingsplanen för Cancersjukvården i SLL* kommer Beställaren att tillsammans med kliniken fortsätta ett utvecklingsarbete avseende kontaktsjuksköterskefunktionen och uppföljning av ledtider.

Handläggare:

Anne Håkansson

Lena Sundberg

Uppföljning av Vårdkedja för ryggmärgsskadade

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 gemensam utveckling av Vårdgivarens uppdrag 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 uppföljningsmöte hos vårdgivaren och studier av annat material, såsom Medicinsk årsrapport 2008, ärenden hos Patientnämnden och rapporter från Socialstyrelsen.

Verksamhetsområde

En tvåårig vårdkedja för ryggmärgsskadade har funnits sedan 1996. Idag regleras uppdraget i tilläggsavtalet med Karolinska Universitetssjukhuset och uppdraget gäller för hela länet. Målet med vårdkedjan är att patienter med akut ryggmärgsskada ska erbjudas en väl sammanhållen vårdkedja som innefattar såväl akutsjukvård som rehabilitering och att patient och närstående upplever trygghet i vård och rehabilitering. Stockholms läns landsting är det enda landsting som har organiserat vården av ryggmärgsskadade i en sammanhållen vårdkedja.

En ryggmärgsskada kan antingen vara traumatisk - förorsakad av trafikolycka, fallolycka eller idrottsskada, eller icke traumatisk – som uppstått efter en infektion eller i samband med en tumörsjukdom. Årligen drabbas cirka 45 patienter.

Vårdkedjan för ryggmärgsskadade omfattar den samlade vårdinsats som under två år krävs för en patient som nyinsjuknat med ryggmärgsskada. Vårdkedjan inleds när patienten intagits till neurologiska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset. En eventuell operation på neurokirurgiska kliniken som föregår vården på neurologkliniken tillhör inte vårdkedjeavtalet utan ingår i den del av Karolinskas uppdrag som regleras i huvudavtalet.

Vårdkedjan består av följande delar: akutsjukvård vid en särskild avdelning för ryggmärgsskadade vid neurologiska kliniken (avd R18), slutet och/eller öppen rehabiliteringsvård vid Rehab Station Stockholm eller Stockholms sjukhem samt öppen vård vid Spinalis. All vård tillhörande vårdkedjan upphandlas av Karolinska. Vårdkedjan omfattar årligen cirka 40 patienter och kostnaderna uppgår till drygt 36 mkr per år.

Resultat av uppföljningen

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

För uppföljning av medicinska resultat används oftast ett kvalitetsregister. Med hjälp av registret kan verksamheten göra jämförelser med andra vårdgivare, men framförallt följa sina egna resultat över tid.

För uppföljning av vården av ryggmärgsskadade finns ett nordiskt kvalitetsregister som verksamheten rapporterar till. Registret har funnits sedan år 2000 men det har ännu inte varit möjligt för deltagande sjukhus att få ut några resultat från registret. Verksamheten följer därför sina resultat på andra sätt. De viktigaste måtten avseende denna patientgrupp är att följa infektioner, lungkomplikationer, trycksår, smärta samt på längre sikt överlevnad, funktionsförmåga, hjälpbehov, återgång till arbete och patientens livskvalitet.

Karolinskas egen uppföljning

Andelen patienter	2007	2008	Målvärde Avd R18
Djup ventrombos/lungemboli	0%	0%	0%
Överlevnad efter ett år	100%	93%	100%
Övre urinvägsinfektion	5%	7%	0%

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 sjukhuset 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, försämrad sårhelingsprocess och ökad risk för trycksår och infektioner. Vid punktprevalensmätningen granskas om patienterna är riskbedömda avseende undernäring.

I det initiala skedet av ryggmärgsskada är fokus på att kompensera för det katabola tillståndet som patienten befinner sig i, det vill säga att musklerna bryts ned. I detta skede går patienten alltid ner i vikt och riskerar att bli undernärd varför kliniken följer individuellt varje patient under hela vårdtiden vid R18. Något år senare får många patienter problem med övervikt.

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.

Vid mätningen granskas dels om patienterna är riskbedömda för tryckskada, dels om patienterna har tryckskada vid ankomst till sjukhuset.

I den initiala vården av en ryggmärgsskadad, då patienten vårdas på neurologiska kliniken, är patienten passiv och sängliggande och det finns stor risk för trycksår. Denna risk följs därför särskilt vid verksamheten. Ingen patient har fått trycksår i samband med vården på R 18 i uppföljning 2007, 2008 och 2009.

Smärta

Smärta är ett symtom som kan bero på många olika orsaker. Om patienten ska kunna erbjudas en effektiv smärtbehandling, är det viktigt att analysera vilken typ av smärta patienten har. Detta är viktigt eftersom olika smärttillstånd kräver olika typ av behandling.

Hälften av patienterna har neurogen smärta efter skadan. En viktig del av behandlingen är att lära patienterna att hantera smärta. Kliniken följer andelen som har aktivitetsbegränsande smärta och aktivitetsbegränsande spasticitet vid utskrivning. Resultat avseende 2008 visar att ingen patient uppgav sig ha varken aktivitetsbegränsande smärta eller spasticitet vid utskrivning från R18.

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.

Verksamhetens resultat avseende andel patienter med vårdrelaterad infektion (VRI) var 18 procent i mätningen i oktober 2008 och 33 procent i mätningen i maj 2009.

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.

Största riskområden avseende vården vid R18 är fallskador och infektioner. Inga avvikelser har rapporterats avseende ryggmärgsvårdskedjan.

Inga anmälningar avseende ryggmärgskedjan gjorts hos Patientnämnden eller Patientförsäkring under 2008.

MRSA

Det är viktigt för sjukvården i Stockholm att hålla nere antalet MRSA-smittade både av medicinska och kostnadsmässiga skäl. Åtgärder måste vidtas för att minska risken för att dessa infektioner sprids. I Stockholm ska screening avseende multiresistenta bakterier – MRSA - göras på alla patienter med riskfaktorer. Punktprevalensmätningar avseende MRSA görs varje kvartal. Vid mätningen granskas alla patienter under en dag för att identifiera riskpatienter för MRSA. Därefter granskas om vårdrutinerna följts.

Alla patienter odlas avseende MRSA på R18 och ingen spridning av MRSA har skett inom verksamheten.

Patientfokuserad vård

Patientnöjdhet

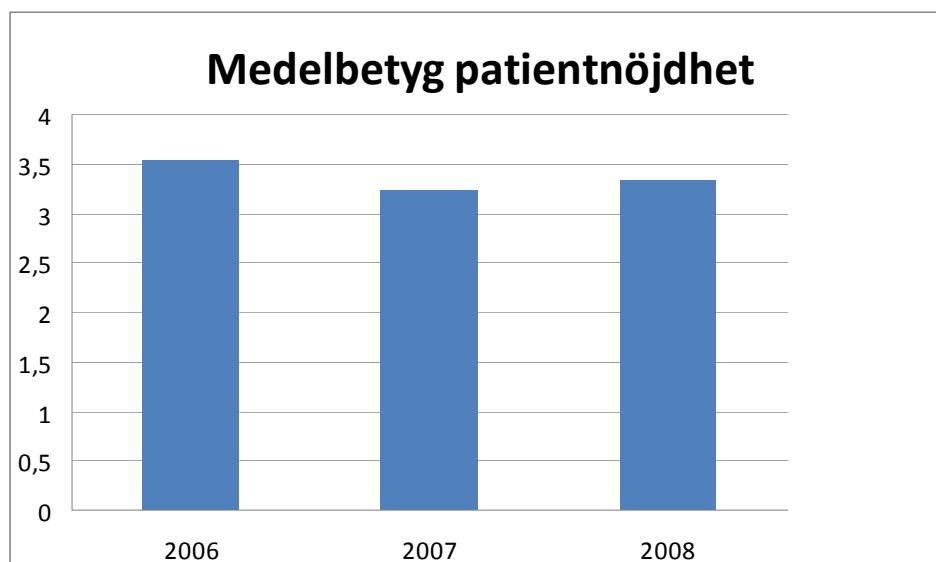
I hälso- och sjukvårdslagen (1982) framhålls medborgarnas rätt till vård av god kvalitet och enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS:2005:12)

skall systematiska mätningar göras av hur patienter upplever erhållen vård.

Ryggmärgsskadeavdelningen R18 och RehabStationStockholm mäter patientnöjdheten med hjälp av egna enkäter. Resultaten visar att patienterna är nöjda eller mycket nöjda med vården på R18 och rehabiliteringen vid RehabStationStockholm.

Ryggmärgsskadeavdelning R18

Det genomsnittliga resultatet vid R18 är 3,53 av 4,0 möjliga under 2006, 3,24 under 2007 och 3,34 under 2008. Största förbättringsutrymmet finns avseende information och delaktighet. Ryggmärgsskadeavdelningens bedömning är att de förbättringsåtgärder som vidtagits avseende information och delaktighet är tillräckliga.

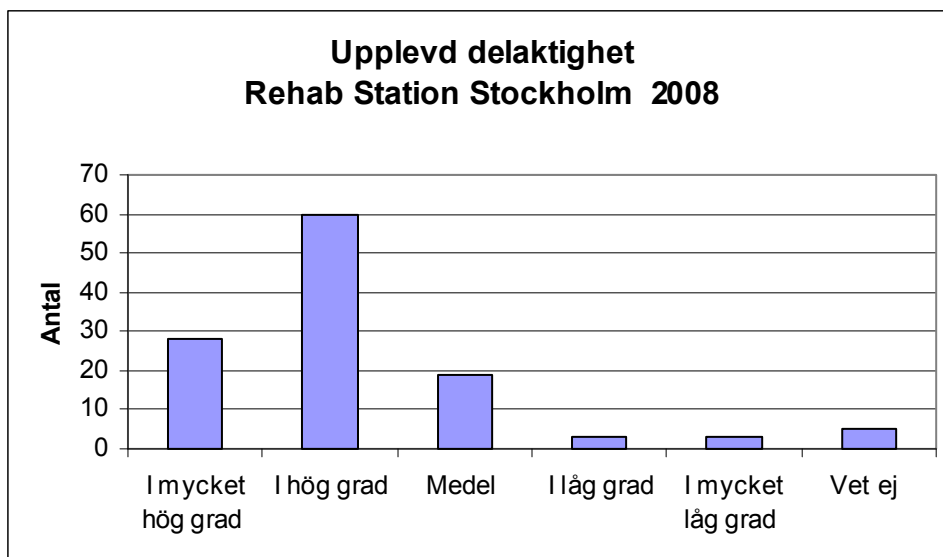


Resultat avseende patientnöjdhet, R18, 2006-2008

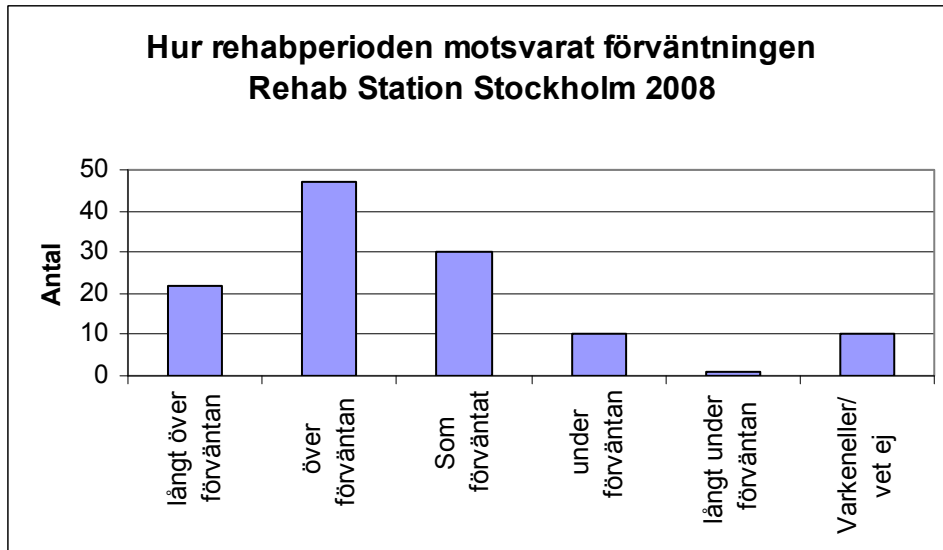
Rehab Station Stockholm

RehabStation Stockholm mäter delaktighet, om rehabperioden motsvarat patientens förväntningar samt förändring av fysiskt och psykiskt tillstånd. Resultat för 2008 visar att 75 procent ansåg att de var i mycket hög grad eller i hög grad delaktiga. Avseende hur rehabperioden motsvarat förväntningarna, svarade 60 procent av patienterna att rehabperioden motsvarat långt över eller över förväntan. 90 procent av patienterna upplevde att deras fysiska tillstånd blivit mycket bättre eller bättre under

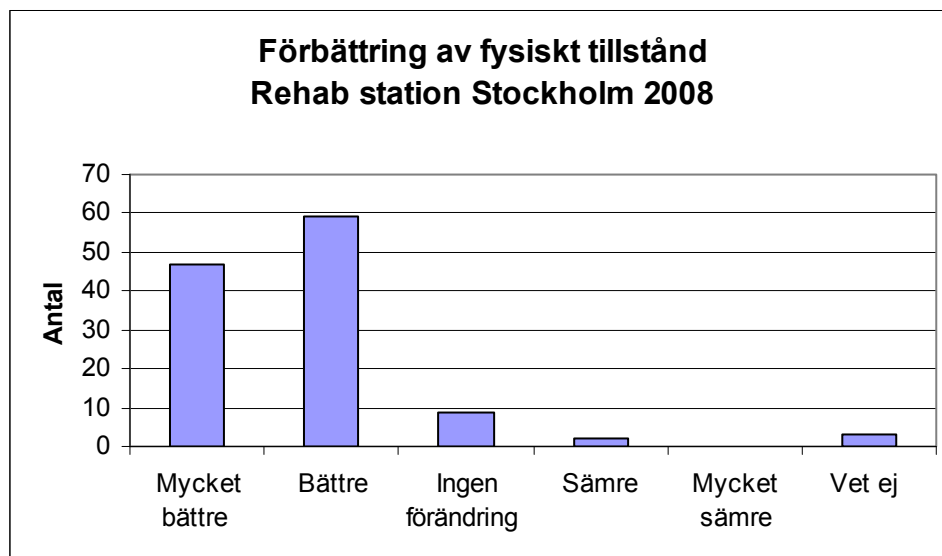
rehabiliteringen, medan 53 procent ansåg att deras psykiska tillstånd blivit bättre under rehabperioden.



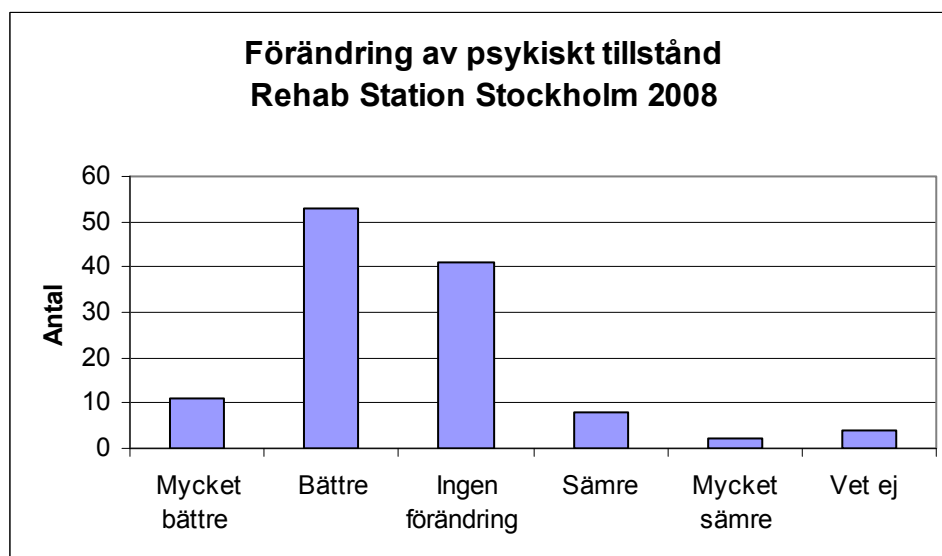
Enligt patientenkät 2008



Enligt patientenkät 2008



Enligt patientenkät 2008



Enligt patientenkät 2008

Patientupplevt resultat

Patientupplevt resultat är en central och viktig del i resultatredovisning av vården av ryggmärgsskadade. Neurologiska akutvårdsavdelningen R18 och rehabenheterna RehabStation Stockholm och Stockholms sjukhem använder instrumentet EQ-5D för mätning av patientupplevt resultat. Frågeformuläret i EQ-5D består av frågor där individen klassificerar sin

egen hälsa i fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Varje dimension har en tregradig skala: inga problem, måttliga respektive svåra problem. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D beskriver den samlade hälsostatusen både som en hälsoprofil och som ett indexvärde, en livskvalitet mellan 0 (död) och 100 (full hälsa eller bästa tänkbara hälsa).

Resultat av mätning med EQ-5D under 2008 visar att medelvärdet för patientupplevd kvalitet förbättrades under vårdkedjan. Vid utskrivning från neurologen, R18 var medelindexvärdet 50 och vid utskrivning från slutenvårdsrehabiliteringen vid RehabStation Stockholm 60. Medelindexvärdet vid utskrivning från dagsjukvården vid RehabStation var 70. Detta kan jämföras med medelindexvärdet EQ-5D för en normalpopulation som ligger i genomsnitt runt värdet 84.

Utöver EQ-5D mäts fysisk aktivitetsförmåga med hjälp av instrumentet FIM. Dessa mätningar visar att den fysiska aktivitetsförmågan förbättrades från 65 procent till 77 procent under rehabiliteringen vid Rehab Station Stockholm. Vid Stockholms sjukhem rehabiliteras årligen ett mindre antal svårare sjuka patienter. Deras fysiska förmåga är i genomsnitt lägre vid inskrivning, men även för denna grupp förbättrades förmågan vid rehabiliteringen. Mätning av den psykosociala förmågan visar att denna förmåga förbättras endast marginellt under rehabilitering.

Arbetsförmåga efter ryggmärgsskadan

Av de patienter som insjuknat under 2007 och 2008 har 36 procent återgått till arbete och av de som studerade vid insjuknande har 67 procent återgått till studier.

Effektiv vård

En förskjutning från slutenvård till öppen vård och från akut vård till rehabilitering har skett successivt under åren. Minskade medelvårdtider har möjliggjort att nya patientgrupper med icke traumatisk ryggmärgsskada har kunnat inkluderas. Medelvårdtiderna avseende den inledande fasen på sjukhuset har minskat från cirka 40 dagar 2006 till cirka 26 dagar 2009.

Jämlik vård

Ett viktigt syfte med inrättande av en vårdkedja för ryggmärgsskadade var att patienterna i hela Stockholms län skulle få samma möjlighet till vård

och rehabilitering efter en ryggmärgsskada. Detta syfte har uppnåtts och logistiken kring den aktuella patientgruppen har förbättrats.

Analys och slutsatser

Som ett resultat av uppföljningen av vårdkedja för ryggmärgsskadade har beställaren identifierat följande styrkor och förbättringsområden.

Stockholms läns landsting är det enda landsting som har organiserat vården av ryggmärgsskadade i en sammanhållen vårdkedja. Vårdkedjan omfattar alla ryggmärgsskadade i länet vilket innebär att vården för denna patientgrupp sker på lika villkor.

Kliniken följer sina egna resultat över tid och jämför dessa mot egna målvärden. Däremot saknas jämförelser med andra enheter som vårdar ryggmärgsskadade. Karolinska rapporterar till ett nordiskt register för ryggmärgsskadade men har ännu inte kunnat få resultat ur detta register. Vidare saknas resultat avseende öppenvårdsdelen efter rehabiliteringen, det vill säga behandlingen vid Spinalis. Avseende denna del i vårdkedjan finns inga resultat varför det inte går att analysera alla delar av vårdkedjan. Karolinska bedömer dock att man kommer att kunna få resultat avseende denna del under 2010.

Avvikelsesrapportering måste förbättras. För 2008 anger kliniken att inga avvikelser rapporterats avseende ryggmärgsvårdkedjan vilket är anmärkningsvärt.

Kliniken anger att man följer omvårdnadsresultaten för samtliga patienter. Beställaren anser att dessa mätningar behöver registreras och följas upp systematiskt och på aggregerad nivå för hela gruppen.

Resultat avseende patientnöjdhet är goda både avseende den inledande slutenvården och avseende rehabiliteringen.

Fortsatt uppföljning

Utifrån genomförd uppföljning kommer beställaren att följa upp verksamheten när resultat avseende öppenvårdsdelen finns att tillgå.