

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

ANMÄLAN
2010-02-25

HSN 0810-1200
HSN 0812-1437
HSN 0812-1439
HSN 0812-1517
HSN 0812-1525

Handläggare:

Lena Geidenstam

Marie Hellström

Holger Stalberg

Fördjupad uppföljning av ortopedi samt akut omhändertagande för vuxna på mottagningarna för akut sjuka och olycksfall vid akutsjukhusen

Ärendet

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.

Förvaltningen har fortsatt de fördjupade uppföljningarna av flerårsavtalet med att genomföra **uppföljning av ortopedi** samt **uppföljning av akut omhändertagande vid mottagningar för vuxna** vid Karolinska universitetssjukhuset Solna och Huddinge , Capio S:t Görans Sjukhus AB , Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB.

Resultatet av uppföljningarna redovisas i bifogade rapporter.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga anmälan till handlingarna.

Catarina Andersson Forsman

Leif Karnström

Bilagor

1 Rapport Fördjupad uppföljning av ortopedi vid akutsjukhusen

2 Rapport Fördjupad uppföljning av akut omhändertagande för vuxna på mottagningarna för akut sjuka och olycksfall vid akutsjukhusen

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

RAPPORT
2010-02-12

HSN 0810-1200
HSN 0812-1437
HSN 0812-1439
HSN 0812-1517
HSN 0812-1525

Handläggare:
Marie Hellström
Holger Stalberg
Marina Skarbövik

Fördjupad uppföljning av ortopedi vid akutsjukhusen

I denna rapport redovisas resultaten av uppföljningar av de ortopediska verksamheterna vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (K/H) och Solna (K/S), Capio S:t Görans Sjukhus AB (StG), Danderyds sjukhus AB (DS), Södersjukhuset AB (SÖS) och Södertälje sjukhus AB (STS). Handkirurgi är exkluderad.

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 uppföljningsbilaga, genom uppföljningsmöte hos vårdgivaren och genom studier av annat material såsom sjukhusets kvalitetsbokslut, Medicinsk årsrapport 2008, ärenden hos Patientnämnden och rapporter från Socialstyrelsen.

Verksamhetsområde ortopedi

Vid akutsjukhusen är inom akut vård operation av frakturer i höft, lårben och handled mest förekommande. Inom planerad vård är operation av primära ledproteser i nedre extremiteter vanligast. Denna akuta och planerade vård utgör ungefär 70 procent av totalt utförd vård inom akutsjukhusens ortopediska verksamheter.

Ryggoperationer utförs endast vid Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Catio S:t Görans sjukhus.

Inom slutenvården vid akutsjukhusen gjordes 2009 cirka 18 000 vårdtillfällen varav 65 procent var akuta fall. Medelvårdtiden låg på 4, 38 dagar. Under samma period gjordes cirka 165 000 besök i öppen vård, varav 25 procent var akuta.

Det finns ingen allmänt accepterad definition inom Stockholms läns landsting (SLL) av vad som är högspecialiserad kontra specialiserad ortopedisk vård. Enighet finns dock om att operationer av reumatiker, större trauman och tumörer samt skolios hos barn är att betrakta som högspecialiserad vård och ska utföras på Karolinska Universitetssjukhuset.

Den 1 januari 2009 infördes Vårdval för planerade operationer av höft- och knäprotespatienter avseende ASA-klass 1 och 2. ASA-klass anger patientens allmäntillstånd. ASA-klass 1-2 avser "friska" patienter eller patienter med väl kontrollerad sjukdom utan funktionsnedsättning. Operationer av högre ASA-klasser, patienter med funktionsnedsättning och svår systemsjukdom, utförs endast vid akutsjukhusen. I denna uppföljning ingår volymerna av vårdval eftersom det ännu inte fullt ut varit möjligt att särskilja ASA-klasserna i beställarens databaser. Resultat från kvalitetsregister är från 2008 och tidigare där det ännu ej föreligger någon uppdelning av ASA-klasser.

SLL har också avtal om specialiserad planerad ortopedi med närsjukhusen Nacka, Järva, Sabbatsberg, Täby, Handen samt på Löwenströmska sjukhuset. Därutöver har SLL vårdavtal med Ortopediska Huset, Artro Clinic, Orthocenter, Ortopedi- och fotkliniken samt med 10 privata specialister. Sammantaget på dessa enheter utfördes under 2009 cirka 180 000 besök/dagoperationer och 1400 slutenvårdsoperationer. Verksamhet med planerad ryggkirurgi bedrivs vid Nacka Proxima Närsjukhus, Stockholm Spine Center och Ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs. Totalt utförs inom dessa tre upphandlade avtal knappa 7000 besök/dagoperationer och cirka 1300 operationer i slutenvård.

Resultat

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

För närvarande finns 69 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. 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.

Höftfraktur

Benskörhet och frakturer hos äldre kvinnor är ett ökande problem. Omkring 3 600 personer i länet drabbas årligen av höftfraktur, varav 70 procent är kvinnor. Alla höftfrakturpatienter förs till akutsjukhus för operation och vård. Med hjälp av det nationella kvalitetsregistret RiksHöft kan sjukhusen följa sina och andras resultat samt uppmärksamma kvalitetsskillnader. Endast Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus rapporterar till registret.

Tidigare har en viss typ av **höftfraktur** (ett så kallat cervikalt brott på lårbenshalsen) vanligen behandlats genom spikning (osteosyntes). Spikning är en snabb och ganska lätt operation att utföra, men det medför en högre risk för komplikationer. Olika studier har visat att insättning av höftprotes ger ett betydligt bättre resultat; mindre smärta, lättare rehabilitering och en bättre hälsorelaterad livskvalitet för patienten. Detta gäller även för äldre och dementa patienter, som är en särskilt skör grupp bland höftfrakturpatienterna.

Socialstyrelsen och SKL rekommenderar att 65-70 procent av patienterna bör opereras med protes. Resterande andel, till exempel yngre patienter, bör oftast behandlas med osteosyntes. I riket har endast två landsting nått över andelen 65 procent. Att protesoperera en större andel av höftfrakturpatienterna ställer stora krav på verksamheterna med till exempel ökad kirurgisk kompetens och förändrad logistik då operationstiderna bli längre. Den ortopediska verksamheten på Södertälje sjukhus har lagt om sina rutiner för att öka andelen primära protesoperationer.

Andel (%) protesopererade patienter vid höftfraktur > 65 år *	Riks-snitt	StG	DS	SÖS	STS	K
2007- 2008	52	50, 8	47, 3	54, 4	32, 4	54, 6

* SKL öppna jämförelser 2008

Andelen opererade inom 24 timmar efter höftfraktur redovisas under vård i rimlig tid.

RAPPORT

Höft- och knäprotes

Höft- och knäprotesoperationer är de mest förekommande ortopediska ingreppen i Sverige. Operationerna är vanligtvis planerade ingrepp och utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten. Även om operationerna idag är att betrakta som rutinkirurgi är det fråga om stora kirurgiska operationer som inte är helt riskfria för patienten. Under 2009 utfördes cirka 2600 planerade höft- och knäprotesoperationer vid akutsjukhusen. Av dessa operationer utfördes 57 procent inom Vårdval Höft och knä. På Karolinska Universitetssjukhuset har andelen höft- och knäprotesopererade av ASA-klass 3-4 ökat och utgör cirka 40 procent 2009.

Med hjälp av Svenska höftprotesregistret, Svenska knäprotesregistret och Svenska halvprotesregistret kan resultat följas. Samtliga sjukhus rapportera till registren och täckningsgraderna är goda och ligger på 95 procent eller högre. Karolinska universitetssjukhuset Solna har en lägre andel rapporterade till registren då de valt att exkludera tumörpatienter. Karolinska Universitetssjukhuset har delvis en annorlunda patientsammansättning. Av operationerna på Karolinska Universitetssjukhuset avser cirka 20 procent specialproteser till exempel för reumatiker och patienter drabbade av större skador.

Ett betydelsefullt kvalitetsmått för **höftprotesoperationer** är andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation är ett begrepp som innefattar all ytterligare form av kirurgi mot den opererade höften. Den korta uppföljningen om två år återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer, som djup infektion eller upprepade luxationer (urledvridningar) av protesens.

Södertälje sjukhus har den lägsta andelen omoperationer av total höftledsprotes inom två år. Numerären av operationer är dock mindre vid Södertälje sjukhus än vid de övriga sjukhusen. Verksamheten vid Södertälje sjukhus har arbetat med nya protesmaterial och ny operationsteknik. Karolinska som Universitetssjukhus opererar en större andel patienter med högre risk för komplikationer, patienter med neurologisk sjukdom och deformiteter/utvecklingsrubbnings i skelettet vilket kan förklara den högre andelen av omoperationer. Alla sjukhus arbetar med VRISS (VårdRelaterade Infektioner Ska Stoppas) som är ett nationellt projekt för att minska infektioner i vården och PRISS (ProtesRealterade Infektioner Ska Stoppas). Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset ser också över operationsmetoder och material.

Total höftledsprotes – omoperation (%) av total antal utförda operationer inom 2 år alla orsaker	Riks-snitt	StG	DS	SÖS	STS	K/H	K/S
2008	1,52	1,0	2,1	2,1	0,4	2,8	3,5
2007	1,6	1,5	1,6	2,6	0,2	2,5	3,6

* Svenska höftprotesregistret

RAPPORT

Andelen proteser som överlever tio år efter operation är ett annat viktigt kvalitetsmått efter höftprotesoperationer. Definition av misslyckande är utbyte av någon proteskomponent eller borttagande av hela protesen. Data från registret visar en spridning av resultat mellan sjukhusen. Södersjukhuset har bäst resultat och Södertälje sjukhus har sämst. Val av protestyp eller kirurgisk teknik kan påverka överlevnaden av protesen. Infektioner och luxationer är en annan risk. De verksamheter där resultaten är sämre arbetar aktivt med att analyserar orsakerna.

Total höftledsprotes andel (%) implantat som överlevnad 10 år (1999-2008)	Riks- snitt	StG	DS	SÖS	STS	K/H	K/S
2008	94,4	94,1	94,3	97,0	90,6	95,8	94,7
2007	93,0	94,8	94,9	96,5	90,4	92,4	94,3

* Svenska höftprotesregistret

Resultat avseende patientupplevd kvalitet presenteras under rubriken patientfokuserad vård.

Uppföljning av resultat avseende **knäprotesoperationer** och den relativa risken att inom en tioårsperiod behöva byta ut hela eller delar av protesen är en viktig kvalitetsaspekt. Orsaken till utbytet av protesen kan bero på till exempel patientrelaterade faktorer, val av protestyp, kirurgisk teknik eller infektion. Den relativa revisionsrisken redovisar verksamhetens resultat i förhållande till ett riksgenomsnitt. Resultat < 1 är bättre och resultat > 1 är sämre än riksgenomsnittet. Samtliga sjukhus har förbättrat sitt resultat 2008 i jämförelse med 2007. Endast Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus har resultat sämre än riksgenomsnittet och de båda sjukhusen arbetar aktivt med att analysera orsakerna till omoperationerna.

Relativ revisionsrisk (index 1 = medel i riket), i förhållande till rikssnittet, inom 10 år, knäprotes	StG	DS	SÖS	STS	K/H	K/S
2008	0,85	1,20	1,0	0,87	1,04	0,71
2007	1,02	1,24	1,09	0,92	1,13	0,73

* Svenska knäprotesregistret

Svenska knäprotesregistret rangordnar sjukhusen utifrån den relativa revisionsrisken. Universitetssjukhuset i Linköping rankas allra bäst. Av akutsjukhusen inom SLL hamnar

RAPPORT

Karolinska Universitetssjukhuset Solna främst på tjugofemte plats och Danderyds sjukhus sist på sextioförsta plats av åttiofyra rangordnade sjukhus.

Ryggkirurgi

Rapportering av ryggkirurgi sker till Svenska Ryggregistret, Swespine. Produktionsdata är tillgängliga, men redovisade resultat är fortfarande få. Komplikationer efter operation är ännu inte klara att presenteras från registret. Registret täcker flertalet av de patienter som opereras för degenerativ ländryggsåkomma som till exempel diskbräck och spinal stenosis. Karolinska Universitetssjukhuset har en lägre täckningsgrad än övriga sjukhus inom SLL, särskilt när det gäller de planerade operationerna. Karolinska Universitetssjukhuset har lagt om rutinerna i syfte att förbättra rapporteringen.

För diagnosen **diskbräck** finns endast resultat från Capio S:t Görans och Södersjukhuset, sammantaget cirka 250 patienter. Patienter med diskbräck har framför allt bensmärta på grund av att disken (stötdämparen mellan kotkropparna) buktar ut och trycker på en nervrot. De flesta diskbräck, omkring 80 procent, läker spontant varför de inte ska opereras för tidigt. Internationella och nationella jämförelser över frekvensen operationer visar stora variationer. I Sverige är vi relativt restriktiva med operation, och avvaktar gärna 4-8 veckor. Först vid kvarstående svåra besvär föreligger indikation för kirurgisk behandling. Väntar man längre än 6 månader försämras de postoperativa resultaten. Ett år efter operation är resultaten bättre än efter icke-kirurgisk behandling. Efter 4 år är det ingen skillnad mellan patienter som behandlats icke-kirurgiskt respektive operativt. De svåra fallen av diskbräck med neurologisk påverkan, till exempel blåspares, opereras alltid.

Resultat för operationer avseende **spinal stenosis** rapporteras av Karolinska Universitetssjukhuset, Capio S:t Görans och Södersjukhuset, sammantaget cirka 375 patienter. Spinal stenosis innebär att det uppstått en försnävning av utrymmet för nervstrukturerna i ryggkanalen.

Viktiga resultat att följa efter ryggkirurgi är hur patientens uppskattade att gångsträcka, bensmärta och livskvalitet förändrats ett år efter operation i förhållande till ett år före operation. Resultat avseende patientupplevd kvalitet presenteras under rubriken patientfokuserad vård.

Axel- och armbågsproteskirurgi, korsbandskirurgi och fotledproteskirurgi

Kvalitetsregister finns och är under uppbyggnad för dessa operationer, men ännu har inga resultat eller jämförelser med andra enheter i landet kunna erhållas. Resultat från registren för Axel- och armbågsproteskirurgi beräknas kunna presenteras 2010.

Protesoperation i axel- och armbågsled blir ett allt vanligare kirurgiskt ingrepp. Operationerna utförs på patienter med diagnoser som artros och reumatoid artrit, men lämpar sig även efter frakturer. Numerären av dessa operationer är ännu liten i riket.

RAPPORT

Inom SLL är Capio S:t Görans sjukhus störst gällande denna proteskirurgi med 150 utförda operationer per år. Danderyds sjukhus utför cirka 115 operationer per år och antalet för övriga sjukhus ligger mellan 15 och 60.

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, försämrad sårläkningsprocess samt ökad risk för infektioner och trycksår. Detta resulterar i ökad komplikationsfrekvens efter kirurgiska ingrepp, och därmed förlängda vårdtider, ökat lidande för patienterna och högre vårdkostnader.

Vid mätningen granskas om patienterna är riskbedömda avseende undernäring och om det dokumenteras i journalen.

Södersjukhuset visar bäst resultat med 86 procent nutritionsbedömda. Spridningen på övriga sjukhusen ligger mellan 32 och 46 procent. Sjukhusen har egna målvärden där det till exempel anges alla planerade patienter ska bedömas samt 80 procent av de akuta fallen. På sjukhusen råder det delade meningar om registrering ska avse helt eller delvis bedömda och vilka patienter som är riskpatienter.

Tryckskada

Tryckskada är en undvikbar skada som i de fall de uppstår leder till stort lidande och förlängda vårdtider samt innebär ökade kostnader. Med ett medvetet arbetssätt inkluderande tidig riskbedömning och med tidigt insatta åtgärder kan trycksår förekomst reduceras.

Handlingsplan ska finnas hos varje avdelning som kommer i kontakt med patienter som riskerar tryckskada. Punktprevalensmätningen visar dels om patienterna är riskbedömda för tryckskada, dels andelen som har tryckskada enligt en fyrgradig skala. Andelen med tryckskada vid ankomst till sjukhuset ska särredovisas.

RAPPORT

Resultatet visar att rutinerna vid riskbedömningen varierar stort. Danderyds sjukhus har god täckning, 80 %, avseende patienter riskbedömda för tryckskada. Spridningen i övrigt mellan sjukhusen ligger på mellan 23 och 60 procent. De flesta sjukhus har egna målvärden som innebär att 70-80 procent av patienterna ska vara bedömda. Rutinerna är otydliga avseende vilka som är riskpatienter, när mätningarna ska utföras (vid inskrivning på avdelningen eller redan på akutmottagningen vid de akuta fallen) och av vem. Det förefaller som om patienterna i planerad vård i större grad blir bedömda.

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 eftersom olika smärttillstånd kräver olika typ av behandling.

Vid bedömning av smärta används instrumentet VAS (Visuell Analog Skala) vid samtliga sjukhus. För att vårdpersonalen ska kunna "förstå" patientens smärta används ett hjälpmedel i form av en linjal, "VAS-skala". På ena änden av linjalen står det "Ingen smärta" (=0) och på den andra änden står det "Värsta tänkbara smärta" (=10). Med hjälp av en flyttbar markör markerar patienten på skalan hur den upplever smärtan vid skattningstillfället. Sjukhusens mått vid punktprevalensmätningen varierar och det finns ingen samstämmighet om hur smärta ska skattas. Rutiner avseende dokumentation av smärta i journalsystem är generellt bristfällig.

Säker vård

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

På nationell nivå har pågått en satsning för ökad patientsäkerhet som Sveriges Kommuner och Landsting drivit tillsammans med alla landsting och regioner. Målet var att halvera förekomsten av VRI från tio till fem procent före utgången av 2009 jämfört med 2006. VRI 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 har ingått att sjukhusen genomför två punktprevalensmätningar per år.

Alla verksamheter är med i VRIS, men efterlevnaden av basala hygienrutiner har trots detta visat sig vara bristfällig. Basala hygienrutiner innebär att inga klockor, ringar eller armband ska förekomma i vårdarbete 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 överföring av infektioner.

RAPPORT

Södertälje sjukhus redovisar inga VRI vid mätningen, vilket sannolikt är ett uttryck för slumpmässig variation som kan uppkomma vid enstaka punktprevalensmätningar. Södertälje sjukhus är inte förskonat från problem med VRI.

Redovisning borde enligt sjukhusen delas upp på infektioner som uppkommit på sjukhuset och infektioner som patienterna har vid ankomst till sjukhuset.

Andelen (%) patienter med VRI i SKL:s punktprevalensmätning	StG	DS	SÖS	STS	K
2009*	7,0	12,6	7,5	0	7,8
2008*	5,0	11,0	9,0	0	13,2

* Årliga snittsiffror, sjukhusens egen rapportering

Vid ett eventuellt utbrott av vinterkräksjuka tillämpar alla verksamheter kohortvård fullt ut, det vill säga även nattetid. Kohortvård innebär med en kort sammanfattning att när två eller flera patienter insjuknat med diarré och/eller kräkning vårdas de av personal som inte vårdar de "friska" på avdelningen/enheten. Kohortpersonalen får inte hantera livsmedel, mata eller ge medicin till patienter utanför kohorten.

För att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner arbetar sjukhusen med att åstadkomma en rationell antibiotikaanvändning i syfte att minska utvecklingen av antibiotikaresistens.

MRSA (multiresistenta bakterier)

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 MRSA göras på alla patienter med riskfaktorer. Punktprevalensmätningar görs varje kvartal. Vid mätningen granskas alla patienter under en dag för att identifiera riskpatienter för MRSA. Därefter granskas om vårdrutinerna följts. Tidig mobilisering, dagkirurgi och korta vårdtider minskar ovanstående risker. Smittskyddsenshetens målvärde är minst 80 % komplett odlade.

Resultatet från 2009 visar att det fanns skillnader mellan de ortopediska verksamheterna i följsamheten till rutinerna att identifiera riskpatienter. Capio S:t Görans visar bäst resultat i snitt med nära 100 procent komplett odlade och vid Södertälje sjukhus är andelen 80 procent. Övriga sjukhus uppnår ej godkänt resultat. Generellt har dock en förbättring skett i förhållande till 2008.

RAPPORT

MRSA, andel (%) av riskpatienter där odling har tagits enligt vårdprogram	StG	DS	SÖS	STS	K
2009*	98	65	59	80	60
2008*	72	50	48	85	42

* Årliga snittsiffror, sjukhusens egen rapportering

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, förutom Capio S:t Görans som har systemet AlfaQuest. Rapporteringsfrekvensen för avvikelser bör kunna höjas. Ett generellt problem är att läkarna ofta har lägre rapporteringsfrekvens än övrig sjukvårdspersonal. Alla ortopediska verksamheter arbetar systematiskt i multiprofessionella sammansättningar för genomgång och analys av allvarligare avvikelser och tillbud.

Karolinska Universitetssjukhuset har utfört minigranskning av journaler inom den ortopediska verksamheten och hittade ytterligare avvikelser. Om även dessa avvikelser hade skrivits in i HändelseVis hade graden av rapporterade fall varit dryga 40 procent högre. Det verkar således föreligga en underrapportering av avvikelser. Flera sjukhus anger att många avvikelser rör brister i läkemedelsmodulen i journalsystemet Take Care.

Vårdskador

Identifiering av undvikbara vårdskador och tillbud är en viktig fråga på samtliga sjukhus. System för journalgranskning i syfte att identifiera vårdskador har påbörjats att införas på Karolinska Universitetssjukhuset.

Opererande verksamheter brister i att utföra läkemedelsavstämningar och att lämna ut läkemedelsberättelser till patienterna. Södertälje sjukhus arbetar aktivt med att systematisera dessa områden och Capio St Görans sjukhus har anställt en apotekare som stöd i olika läkemedelsfrågor.

Satellitplatser

På Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus vårdas ett icke försumbart antal ortopediska patienter på så kallade satellitplatser före och efter operation.

RAPPORT

Satellitplatser innebär i detta fall att patienten vårdas inom annan klinik än ortopedisk. Såväl Socialstyrelsen som SKL och de ortopediska verksamheterna har påtalat att det ökar risken för sämre vård och vårdskador.

Hälsofrämjande arbete

Ett visst arbete avseende hälsofrämjande insatser har påbörjats inom sjukhusen. Ortopediska verksamheten på Karolinska Universitetssjukhuset informerar patienterna om vikten av rökstopp innan operation för att minska riskerna för komplikation. Patienterna hänvisas till SLL rökstopplinje. Ett annat exempel är Södersjukhuset som inför rökstopp för alla planerade operationer inom verksamheten och inrättar en mottagning för rökavvänjning.

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 slutna vård och vartannat i öppna vård. Resultaten redovisas i form av så kallat ”förbättringsutrymme” inom sex områden (information, bemötande, tillgänglighet, trygghet och säker vård, delaktighet och patientens värdering). Catio S:t Görans gör löpande varje år patientenkäter i såväl slutna som öppna vård.

År 2008 genomfördes enkäterna i öppna vård. Avseende patientens sammanvägda värdering är resultatet bra vid alla ortopediska verksamheter. De största förbättringsområdena avser kommunikation och delaktighet med ett utrymme för förbättring på 13 till 27 procent. Catio S:t Görans uppvisar bästa enkätresultat. Verksamheterna arbetar med olika åtgärder inom sina förbättringsområden. Såväl Karolinska Universitetssjukhuset som Södersjukhuset och Danderyds sjukhus har beaktat kommunikationsbehovet och skapat nytt patientinformationsmaterial. Södersjukhuset har också förändrat sitt rondsysteem med en ökad integritet för patienten. Flera sjukhus gör egna minienkäter inom sin verksamhet för att följa patientupplevd kvalitet. Fokusgrupper förekommer också.

Patientupplevt resultat

Patientupplevt resultat är en central och viktig del i resultatredovisning av ortopedisk verksamhet. Alla sjukhus använder instrumentet EQ 5D för mätning av patientupplevt resultat. Frågeformuläret i EQ 5D består av frågor där patienten klassificerar sin egen hälsa i fem olika dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ 5D beskriver den samlade upplevda hälsostatusen.

RAPPORT

Danderyds sjukhus ligger bäst till med måttet, EQ 5 D, vunen hälsorelaterad vinst (ju högre värde ju högre vinst) för patienter med **höftprotes** ett år efter operation. Uppföljning efter ett år för så väl höft- som knäprotesopererade på Danderyds sjukhus sker med sjukgymnast för att än mer kunna förbättra måtten på tillfredsställelse och smärta i EQ 5D.

Patientrapporterat utfall, EQ 5D, hälsorelaterad vinst (ju högre värde ju högre vinst) ett år efter operation av höftprotes	Riks-snitt	StG	DS	SÖS	STS	K
2007-2008*	0,36	0,32	0,40	0,34	0,36	0,36

* Svenska höftprotesregistret

När det gäller måttet, EQ 5 D, för patienter ett år efter **diskbråcksoperation** skattar såväl Capio S:t Görans sjukhus som Södersjukhusets patienter vunen livskvalitet högre än rikssnittet. Resultaten får anses som mycket goda eftersom dessa patienter skattade livskvaliteten före operation lägre än rikssnittet. Av alla opererade patienter upplever dessutom 90 procent att bensmärta ett år efter operation är mycket eller något förbättrad. Detta är i överensstämmelse med rikssnittet. För Karolinska Universitetssjukhuset saknas en del ettårsdata varför siffror ej presenteras.

Patientrapporterat utfall, EQ 5D, hälsorelaterad vinst (ju högre värde ju högre vinst) ett år efter diskbråcksoperation i ländryggen	Riks-snitt	StG	SÖS
2007-2008	0,47	0,58	0,48

* Nationella ryggregistret

Ett år efter operation av **spinal stenosis** skattar patienterna vid Capio S:t Göran och Karolinska Universitetssjukhuset hälsorelaterad vinst i nivå med rikssnittet. Södersjukhusets resultat med en låg hälsorelaterade vinst beror möjligen på att de redan före operation hade den högst skattade livskvaliteten av alla rapporterade verksamheter i riket.

Patientrapporterat utfall, EQ 5D, hälsorelaterad vinst (ju högre värde ju högre vinst) ett år efter operation av spinal stenosis	Riks-snitt	StG	SÖS	K
2007- 2008	0,31	0,28	0,15	0,31

* Nationella ryggregistret

Patientnämnden

Antalet ärenden hos Patientnämnden avseende ortopedi på akutsjukhusen var 2009 cirka 215 stycken vilket är en ökning från 2008 med 15 procent. Ortopedi på akutsjukhus är den specialitet som får flest synpunkter, näst efter internmedicin.

Nästan alla ärenden hos Patientnämnden berör på ett eller annat sätt patientsäkerheten. De vanligaste ärendena inom ortopedi handlar om felaktig eller utebliven behandling, komplikationer till behandling, om bemötande och tillgänglighet.

Effektiv vård

Sjukhusen har ett uppdrag att driva utvecklingen mot mer dagkirurgi och poliklinisk kirurgi. Sjukhusen anser att en större andel av handleds- och fingerkirurgin kan göras som poliklinisk kirurgi i stället för i dagkirurgi. Möjligen kan också delar av axelkirurgi och korsbandskirurgi utföras i dagkirurgi. I detta sammanhang måste dock beaktas att det ibland finns en smärtproblematik första dygnet som gör att patienten av medicinska skäl bör övervakas på sjukhus.

Sjukhusen beskriver att 20-25 procent av inkommande remisser är så undermåliga att de ej går att bedöma för ställningstagande till kirurgi. Sjukhusen återsänder vanligtvis remisserna med begäran om komplettering. Ett samarbete mellan ortopedspecialister och specialister inom allmänmedicin har påbörjats för att utforma standardiserade remisser på VISS (Vårdinformation I StorStockholm). VISS är en informationsbank med medicinsk och administrativ information som ska utgöra ett stöd i beslut vid handläggning av patienter. Ett förtydligat regelverk, gällande från och med den 1 april 2010, för förbättrad remisshantering har också fastställts av Hälso- och sjukvårdsnämnden.

På olika sätt och på olika nivåer arbetar verksamheterna med att effektivisera vården. Danderyds sjukhus har till exempel en geriatriker inom verksamheten för effektivare omhändertagande av patienter med geriatriskt behov. Södersjukhuset och Södertälje sjukhus har en sjuksköterska från den ortopediska verksamheten på akutmottagningen för remissutfärdande och snabbare flöden till bland annat röntgen. Södertälje sjukhus har efter införande av infiltrationsanestesi vid operation kortat vårdtiden efter höft- och knäprotesoperationer. Infiltrationsanestesi innebär att smärtlindrande preparat injiceras direkt i operationsområdet, vilket effektivt hämmar smärta efter operationen.

Återinläggningar är sällsynta inom de ortopediska verksamheterna.

RAPPORT

De ortopediska verksamheternas samverkan med de geriatriska klinikerna har utvecklats och fungerar oftast bra. Samtliga ortopediska verksamheter använder det gemensamma planeringsverktyget WebCare, med primärvården och kommunerna.

Uppskjuten operation

Beskedet att operationen är uppskjuten fick 538 patienter senare än 48 timmar före inplanerad operationstid. Spridningen mellan sjukhusen ligger på mellan 2,6 och 8,4 procent uppskjutna operationer. En uppskjuten operation beror oftast på att akuta operationer får företräde.

Andel (%) operationsplanerade som fått op uppskjuten < 48 timmar innan op där orsaken är vårdgivarrelaterad	StG	DS	SÖS	STS	K/H	K/S
2009*	3,1	4,2	7,6	2,6	8,4	6,2

* Sjukhusens egen rapportering

Jämställd och jämlik vård

De ortopediska verksamheternas mål är att redovisa resultat könsuppdelat där det är relevant. Inom verksamheterna pågår löpande diskussioner i till exempel samverkansgrupper, på arbetsplatsträffar eller i samband med avvikelleanalyser avseende jämställdhetsfrågor. Tolktjänster nyttjas vid mottagningsbesök och patientinformation finns på olika språk. Södertälje sjukhus har särskilt satsat på utbildning i etniska frågor för sin personal.

Vård i rimlig tid

I flerårsavtalen för åren 2009-2011 finns ett regelverk 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.

Alla sjukhus har väntetider över vårdgarantin. Danderyds sjukhus har ett mindre antal väntande till mottagning och i särklass den lägsta andelen väntande till mottagning.

RAPPORT

Företaget Helseplan har kartlagt verksamheten på ortopedmottagningen på Danderyds sjukhus och utarbetat en åtgärdsplan som kraftigt förkortat väntetiderna.

Antalet väntande till ortopedisk mottagning dec 2008 och dec 2009

Ortopedi	Totalt antal väntande Dec 2008	Antal väntande > 30 dagar	Andel väntande > 30 dagar	Totalt antal väntande Dec 2009	Antal väntande > 30 dagar	Andel väntande > 30 dagar
S:t Görans sjukhus	1189	161	14 %	1061	562	53 %
Danderyds sjukhus	687	543	79 %	237	66	28 %
Södersjukhuset	769	533	69 %	844	522	62 %
Södertälje sjukhus	578	421	73 %	680	515	76 %
Karolinska Universitetssjukhuset	854	282	33 %	850	629	74 %

När det gäller väntetid till operation varierar andel väntande över vårdgarantins 90 dagar. I december 2009 väntade på Karolinska Universitetssjukhusets en procent på operation och på Danderyds sjukhus 22 procent. Generellt är det flest väntande till rygg- och fotkirurgi, vilket föranlett en stor andel vårdgarantiärenden och extra beställningar av operationer utanför akutsjukhusen. Samtliga verksamheter uppger att remissflödet har ökat under 2009, vilket man uppfattar har ett samband med Vårdvalet inom primärvården.

Totalt antal väntande till ortopedisk operation dec i 2008 och dec 2009

Ortopedi total	Totalt antal väntande Dec 2008	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr	Totalt antal väntande Dec 2009	Antal väntande > 90 dgr	Andel väntande > 90 dgr
S:t Görans sjukhus	337	15	22 %	420	56	13 %
Danderyds sjukhus	274	5	5 %	314	68	22 %
Södersjukhuset	678	77	11 %	447	30	7 %
Södertälje sjukhus	172	18	10 %	179	25	14 %
Karolinska Universitetssjukhuset	628	116	18 %	417	6	1 %

Ledtid höftfrakturopoperation

Det kan uppkomma väntetid inför operation av höftfraktur eftersom det ofta är gamla och sköra patienter som behöver utredas och förberedas före operation. En sådan fördröjning kan leda till ett längre mobiliseringsförlopp för patienten, med längre vårdtid på sjukhus. Risken för förvirringstillstånd, trycksår, infektioner och andra komplikationer ökar också. Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger i sin rekommendation att operation bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar.

Målvärdet på 82 procent som SLL beslutat för 2009 har visat sig vara svårt att uppnå då en allt större andel av patienterna med höftfraktur opereras primärt med protes (se skrivningen under rubriken kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård). Endast Södertälje sjukhus når målet. En jämförelse mellan sjukhusen beträffande andelen primärt protesopererade visar dock att Södertälje sjukhus har den lägsta andelen primärt protesopererade, vilket innebär att färre patienter opereras med denna metod som har en väsentligt lägre komplikationsrisk.

Ledtid, andelen (%) opererade inom 24 timmar efter primär höftfraktur	SLL-målvärde	StG	DS	SÖS	STS	K/H	K/S
2009*	82	65	55	58	83	62	69
2008*	-	47	49	50	82	67	67

* Sjukhusens egen redovisning

Analys och slutsatser

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. Till ett flertal register måste sjukhusens rapporteringsgrad öka. Från några register är det svårt för sjukhusen att få ut resultat till nytta i arbetet vilket riskerar att viljan att rapportera blir mindre.

RAPPORT

Höftfrakturer

Jämförelse av resultat blir bristfällig då endast Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus rapporterar till det nationella kvalitetsregistret. Sjukhus som inte rapporterar till registret följer förvisso internt sina resultat, men de blir inte jämförbara. Betydelsen av korrekt rapportering till kvalitetsregistret är stor, inte bara för patienten utan också för sjukvården som underlag för kvalitetsjämförelser och styrning. Det finns evidens för att en heltäckande rapportering till registren tillsammans med målrelaterad ersättning och publika jämförelser påskyndar en positiv kvalitetsutveckling. Att medverka i kvalitetsregister utgör en bas för det lokala kvalitetsarbetet och verksamhetsutveckling. Beställaren anser att det är av största vikt att alla sjukhus deltar i registren.

I Stockholm är förbättringsutrymmet stort, särskilt för Södertälje sjukhus, när det gäller andelen primärt protesopererade efter höftfraktur. Den rekommenderade andelen på 65-70 procent bör uppnås. Förvaltningen planerar avseende detta att införa krav med målrelaterad ersättning enligt kvalitetsmodellen i flerårsavtalen.

Höftprotesoperationer

Rapportering och täckningsgrad till registret är god. Sjukhusen har generellt likvärdiga och bra resultat. Det finns mindre goda resultat när det gäller omoperation inom två år och tio års överlevnad av proteser. Här måste sjukhusen aktivt och i samverkan med registerhållaren analysera orsakerna till de sämre resultaten. Data ska tolkas med stor försiktighet då patientsammansättningen kan skilja sig åt mellan sjukhusen. En faktor som måste belysas i sammanhanget är sjukhusens generellt dåliga resultat när det gäller efterlevnad av basala hygienregler och rutiner för bedömning av VRI samt MRSA. Det är osäkert om dessa faktorer förklarar hela skillnaden i resultaten. Förvaltningen anser att resultaten behöver analyseras och följas ytterligare förslagsvis inom specialitetsrådet för ortopedi. Granskning av de volymer som omfattas av Vårdvalet kommer att ske i den särskilda uppföljning som kommer att genomföras under 2010.

Knäledsprotos

Rapportering och täckningsgrad till registret är god. Sjukhusen har generellt likvärdiga och bra resultat. Det finns en spridning i resultaten mellan sjukhusen när det gäller den relativa risken för omoperation. Skillnader i resultaten kan delvis förklaras av olika patientsammansättningar och att antalet patienter är litet, men de kan också bero på olika praxis vid sjukhusen. Resultaten bör ligga minst i nivå med riksnittet. En faktor som måste belysas även här är sjukhusens generellt dåliga resultat när det gäller efterlevnad av basala hygienregler och rutiner för bedömning av VRI och MRSA. Eftersom frågeställningarna sammanfaller med dem för höftprotesoperationer faller det sig naturligt att de hanteras tillsammans i specialitetsrådet för ortopedi.

Ryggkirurgi

RAPPORT

I dagsläget finns det relativt få tillförlitliga resultat att tillgå från det nationella ryggregistret. Rapporteringen från sjukhusen måste bli heltäckande. Resultaten från sjukhusen visar måttliga skillnader och underlaget är begränsat. Beställaren anser att det är av största vikt att samtliga sjukhus rapporterar till registret och att täckningsgraden är hög så att resultaten går att granska och jämföras. En övervägande majoritet av patienter med degenerativ ländryggsåkomma opereras utanför akutsjukhusen. Därför bör i kommande uppföljningar resultaten jämföras med dessa ryggkirurgiska verksamheter.

Axelproteskirurgi

Det är en brist på axelproteskirurger inom SSL. Trots detta bör det föras en diskussion om huruvida kvaliteten påverkas av att antalet protesoperationer per specialist blir litet inom ett sjukhus. Förvaltningen föreslår att frågan om kompetens och volymer diskuteras vidare inom ramen för specialitetsrådet i ortopedi.

2. Omvårdnad

Omvårdnadsresultaten avseende trycksår, nutrition och smärta är generellt alldeles för låga och behöver förbättras. Det är otillfredsställande att resultaten ligger långt under satta målvärden. Struktur och rutiner för dessa delar inom omvårdnadsområdet behöver säkerställas. Förutsättningarna för att ge patienten adekvat omvårdnad ökar om bedömning är gjord, dokumenterad och om egna målvärden finns att jämföra sig mot. Då resultatet av operation eller behandling är beroende av god omvårdnad bör andelen bedömda patienter öka. Förvaltningen anser att resultaten behöver analyseras och följas ytterligare förslagsvis inom specialitetsrådet, inkluderande VÅRDSAK (vårdsakkunnig), i ortopedi.

3. Säker vård

De ortopediska verksamheterna, undantaget Södertälje sjukhus, har inte klarat SKLs mål att halvera förekomsten av VRI. Resultaten bör inte övertolkas eftersom det sannolikt är ett uttryck för en slumpmässig variation som kan uppkomma vid enstaka punktprevalensmätningar. Efterlevnaden av de basala hygienreglerna behöver generellt förbättras.

MRSA-resultaten måste förbättras så att man når Smittskyddsenhetens målvärde, minst 80 procent komplett odlade. En brist har visat sig vara att vårdgivarna har olika tolkningar av hur riktlinjer ska tillämpas.

Det är viktigt att personalen uppmanas att rapportera avvikelser och att det finns en öppen och icke-skuldbeläggande säkerhetskultur inom verksamheten. Ett generellt problem är att läkargruppen rapporterar avvikelser i mindre omfattning än övrig vårdpersonal. Verksamheterna behöver tydligt stimulera rapportering och definiera

RAPPORT

vilken typ av avvikelser som ska rapporteras samt kategorisera avvikelser per yrkesgrupp.

Vårdplats inom egen verksamhet måste möjliggöras för alla ortopediska patienter så att vård vid satellitplatser kan undvikas. Sjukhusen bör på ett mer effektivt sätt utnyttja sina möjligheter att flexibelt omfördela befintliga resurser när behoven varierar.

Nya krav att införa strukturerad journalgranskning för att hitta vårdskador samt att utreda och förebygga att de uppkommer introduceras på alla sjukhus under 2010.

Opererande verksamheter behöver utveckla arbetet med läkemedelsavstämningar och tillse att patienterna får läkemedelsberättelser.

4. Patientfokuserad vård

Det förefaller bli en förskjutning till bättre nivåer i patientenkätresultaten när patientnöjdheten följs kontinuerligt och förbättringsarbetet ständigt är aktivt.

Att följa den patientupplevda hälsorelaterade vinsten efter operationer är i ett patientperspektiv mycket viktigt. Verksamheterna ligger nära rikssnittet i de flesta fall. Södersjukhuset har dock i utfall av EQ 5D ett år efter operation av spinal stenos en lägre hälsorelaterad vinst, men patienterna skattade redan före operation sin livskvalitet högre än andra rapporterade verksamheter i riket.

5. Effektiv vård

Det är önskvärt att vården styrs över till öppnare vårdformer där så är möjligt. Andelen dagkirurgiska operationer bör öka. Sjukhus och Beställare har ett gemensamt ansvar att i avtalen stimulera en sådan utveckling.

Resultatet av jämförelse mellan akutsjukhusen avseende andelen uppskjuten operation där orsaken är vårdgivarrelaterad visar en stor spridning. Spridningen indikerar att det finns förbättringspotential för sjukhus med högre andelar.

6. Jämställd och jämlik vård

När en patient som haft tolk vid sjukhusbesöket får brev om provresultat, behandlingsinstruktioner eller dylikt måste verksamheten tänka på att även sådan information behöver tolkas.

Det har inte framkommit några specifika köns- eller åldersskillnader inom den ortopediska verksamheten som påverkat resultat eller kvalitet. Det är av vikt att denna aspekt fortsatt följs inom verksamheterna och vid behov analyseras.

7. Vård i rimlig tid

Tillgängligheten måste förbättras så att sjukhusen uppfyller kraven i flerårsavtalen avseende väntetider. Jämfört med totalt antal väntande inom ortopedin är andelen patienter som vänt sig till Vårdgarantikansliet för att få besök eller behandling inom vårdgarantins gränser, som enligt avtalen med sjukhusen ska utföras på deras bekostnad, förvånansvärt låg. Information från verksamheterna till den enskilde patienten om dennes rätt till Vårdgarantin måste säkerställas.

SLLs målvärde för ledtid till operation inom 24 timmar efter primär höftfraktur kommer 2010 att sänkas till 74 procent. Denna förändring genomförs eftersom målet annars motverkas av kravet på att en större andel patienter primärt bör opereras med protes, vilket är en operation som tar längre tid. Resultatet skulle annars bli att vårdgivaren förlorar mer av kvalitetsersättningen ju större andel protesoperationer man genomför trots att metoden i ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv är att föredra.

Fortsatt uppföljning

Utifrån genomförd uppföljning planeras ingen ytterligare fördjupad uppföljning av ortopedisk verksamhet under avtalsperioden. En separat uppföljning av Vårdval höft- och knäprotesoperationer kommer att göras under 2010.

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.

Avdelningen för somatisk specialistvård
Sjukhusenhet

Rapport
2010-02-24

HSN 0810-1200
HSN 0812-1437
HSN 0812-1439
HSN 0812-1517
HSN 0812-1525

Handläggare Lena Geidenstam
Holger Stalberg

Fördjupad uppföljning av akut omhändertagande för vuxna på mottagningarna för akut sjuka och olycksfall vid akutsjukhusen

I denna rapport redovisas resultaten av uppföljningar av akut omhändertagande vid mottagningar för vuxna på Karolinska universitetssjukhuset Solna (K/S) och Huddinge (K/H), Capio St Görans Sjukhus AB (CStG), Danderyds sjukhus AB(DS), Södersjukhuset AB (SÖS)och Södertälje sjukhus AB(STS).

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.

2010-02-24

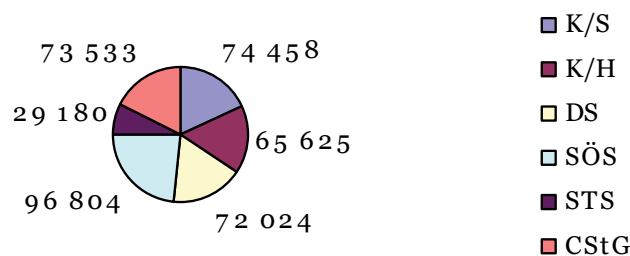
Verksamhetsområde

Inom Stockholm Läns Landsting finns sex mottagningar för akut sjuka och skadade som är knutna till de stora akutsjukhusen. Dessa är Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB, Södertälje sjukhus AB och Capio S:t Görans sjukhus AB. (Norrtälje sjukhus ingår inte i denna analys då de har en egen förvaltning).

Under 2009 hade mottagningarna tillsammans 411 624 akuta besök varav 113 021 patienter blev inlagda i slutenvård¹.

På Karolinska Universitetssjukhuset, Solna och Huddinge, Södersjukhuset AB och Capio S:t Görans AB finns akutvårdsavdelningar som är knutna till akutmottagningarna.

Antal sökande till mottagningar för akut sjuka och skadade i SLL



Mottagningarna för akut sjuka och olycksfall ska omhänderta akut sjuka och skadade patienter för behandling och vård dygnet runt. Patienter som inte slutbehandlas vid mottagningen eller läggs in hänvisas till annan adekvat vårdinrättning eller till egenvård. Mottagningarna delar ett ansvar med andra berörda vårdinrättningar att medverka till landstingets strävan att patienter omhändertas hos rätt vårdgivare för ett effektivt omhändertagande.

I de nya flerårsavtalen med akutsjukhusen i Stockholms Läns Landsting (SLL) definieras verksamhetsuppdraget på en övergripande nivå, uttryckt som, "Akut

¹ Samtliga statistikuppgifter i rapporten är hämtade från mottagningarnas egna insända underlag. I Uppgifterna avser 2009 och inkluderar sökande utanför SLL.

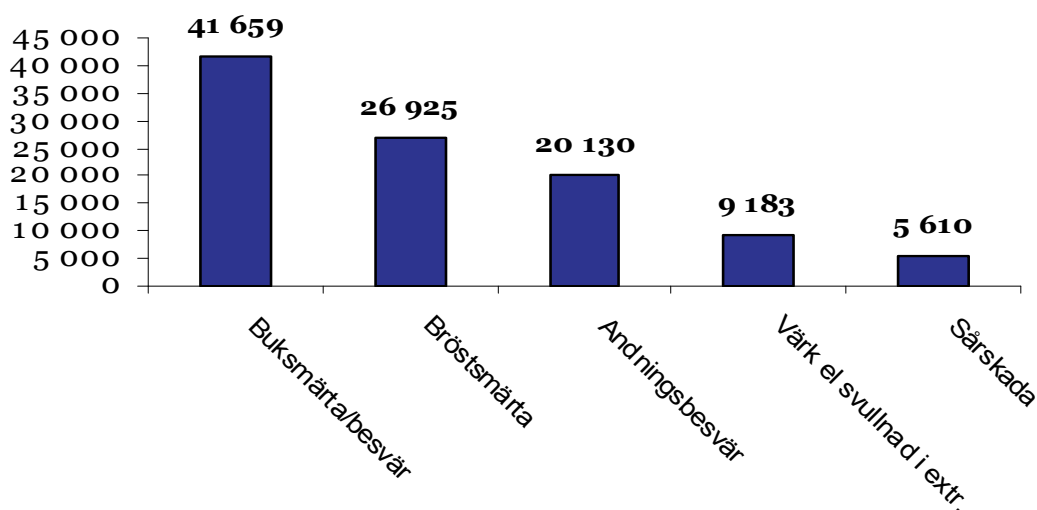
2010-02-24

omhändertagande”. Karolinska Universitetssjukhuset har fler subspecialiserade verksamheter som inte finns representerade på andra sjukhus, bland annat har man ett landstingsövergripande ansvar som specialiserat traumacenter.

Under 2009 beslöts i Specialitetsrådet för akut omhändertagande att enhetliga begrepp ska användas vid registrering av besöksorsaker. Successivt under 2009 har sjukhusen börjat använda dessa begrepp. Capio S:t Görans sjukhus påbörjar införandet innevarande år.

De fem största/vanligaste besöksorsakerna på akutmottagningarna under 2009 redovisas i nedanstående diagram.

De fem vanligaste besöksorsaker på akutmottagningarna i SLL



De vanligaste orsakerna till att man söker sig till mottagningen är buk-smärta/besvär, bröstsmärta och andningsbesvär, värk eller svullnad i extremitet samt sårskada. Då Capio S:t Görans sjukhus ensamt anger besöksbegreppet ”hjärta” (8 898 besök) som den vanligaste besöksorsaken, har dessa besök inte kunnat fördelas i diagrammet. I övrigt redovisas de ackumulerade besöksorsakerna för samtliga mottagningar. (112 405 besök inklusive ”hjärta”)

Drygt hälften (57 %) av de som sökte som för buk- smärta/besvär får samma diagnos vid hemgång. Endast 35 procent av antalet sökande för bröstsmärta har

2010-02-24

den diagnosen vid hemgång. För flertalet har besöksorsaken övergått till någon annan diagnos eller så har patienten slutvårdats på annan klinik eller vårdinrättning.

Mottagningarna rapporterar att en till två procent av de sökande lämnar mottagningen utan att ha blivit läkarbedömda eller fått behandling.

Resultat

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Medicinska resultat

För närvarande finns 69 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.

Inom akut omhändertagande har det saknats ett nationellt kvalitetsregister. Ett sådant register är under uppbyggnad med projektstart 2010. Initialt ingår Universitetssjukhusen i Stockholm, Uppsala, Göteborg och Lund samt Södersjukhuset Stockholm. Uppskattningsvis kommer registret att täcka cirka 600 000 besök/år vid mottagningarna för akut sjuka och skadade på dessa sjukhus.

I en förlängning kommer informationen att göras tillgänglig för patienterna och bli ett underlag för deras fria val av vårdgivare.

Ambitionen är att registret ska täcka vårdprocessen istället för sjukdomar och åtgärder genom att brett belysa vårdkvaliteten i akut omhändertagande. Registret kommer att innehålla kvalitetsmått på variabler för omhändertagandet på mottagningarna.

Informationen kommer att utgöra basen för lokalt, regionalt och nationellt kvalitetsarbete, för benchmarking samt för forskning och utveckling inom akut omhändertagande.

Omvårdnad

Omvårdnad syftar till att understödja hälsa, förebygga ohälsa och sjukdom, bidra till att bota och behandla, lindra lidande och värna människans värdighet. En

2010-02-24

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 måttillfället. Enligt vårdavtalet ska resultatet avseende nutrition, trycksår, smärta redovisas till Beställaren.

Punktprevalensmätningarna genomförs bara i slutenvård, men samtliga mottagningar arbetar dock med omvårdnadsfrågor som trycksårsprevention, fallskador och smärtskattning. I varierande omfattning genomförs egna mätningar, genomgångar vid arbetsplatsträffar samt deltagande i utbildningar eller i omvårdnadsprojekt såsom TUFF (Trycksår-Undernäring-Förebyggande-Fallskador). Det saknas dock enhetliga och jämförbara resultat mellan mottagningarna.

Säker vård

Patientsäkerhet

Samtliga mottagningar anger att trånga ytor kombinerat med många patienter och hög arbetsbelastning utgör problem ur fler aspekter. Några av dessa är infektionsspridning, integritets- och sekretessproblem, svårighet med övervakning av patienter och fallskador. I detta sammanhang anser Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge att även de långa handläggningstiderna på mottagningen är ett problem ur patientsäkerhetssynpunkt.

Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Capio S:t Görans sjukhus anser att informationsöverföring i vårdens övergångar inte fungerar tillfredsställande till exempel avseende läkemedelsavstämning, omvårdnadsbehov och infektioner.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

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.

2010-02-24

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

Punktprevalensmätningar avseende VRI och MRSA genomförs i slutenvård.

På mottagningarna arbetar man med att identifiera riskgrupper utifrån fastställda rutiner. Riskpatienter odlas med syfte att fånga upp patienter med resistent bakterier (MRSA, ESBL etc).

Hygienrutiner

Basala hygienrutiner ska tillämpas där vård och omsorg bedrivs enligt (SOF 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, det vill säga alltid handdesinfektion ibland handtvätt, handskar, skyddskläder, engångsplatsföreläde eller skyddsrock, munskydd och skyddsglasögon.

Hygienmätningar	K/S	K/H	DS	SÖS	STS	CStG
Handdesinfektion/basala hygienregler	57 %	90 %	***	* 53%	***	**100%
Klädregler/rutiner				90 %		100%

* Södersjukhuset mäter den totala följsamheten till basala hygienregler och redovisar 53 procent medan följsamheten till klädregler är 90 procent.

** Capio S:t Görans sjukhus redovisar användandet av handdesinfektion som finns uppsatt på patienternas sängar.

***Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus har inte angivit något värde.

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 (SOF 2005:12) innehåller anvisningar

2010-02-24

för hur avvikelserapportering ska genomföras. I avvikelshantering 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 utom Capio S:t Göran som använder ett annat avvikelssystem.

Antal avvikelser 2009/2008	K/S	K/H	DS	Sös	STS	CStG
2009	184	529	382	306	*30	220
2008	123	460	303	319		192

- *Södertäljesjukhus kan endast redovisa antal från och med april 2009*

Antalet rapporterade avvikelser förefaller lågt med tanke på den mängd av patienter som passerar akutmottagningarna dagligen och den därmed ökade risken för tillbud/avvikelser.

Patientfokuserad vård

Patientnöjdhet

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

De största förbättringsområdena ligger inom dimensionerna tillgänglighet (långa väntetider) och upplevd delaktighet hos patienterna. Södersjukhuset har störst utrymme för förbättringar inom tillgänglighet (33 procent) och delaktighet (29 procent). Danderyds sjukhus uppvisar ett bättre resultat på enkäten och har minst behov av förbättringar inom tillgänglighet (8 procent) och delaktighet (16 procent). Övriga sjukhus har ett varierande förbättringsbehov däremellan.

2010-02-24

Patientnämnden

Under 2008 anmäldes 201 ärenden till patientnämnden² och under 2009 anmäldes 240 ärenden. Ärendena grupperas av patientnämnden beroende på art. De mest förekommande anmälningsärendena på akutmottagningarna är ”Behandling” (50 procent) och ”Bemötande” (20 procent).

Antalet anmälda patientärenden utgör dock en väldigt liten del av totala antalet akuta besök. Det bör dock påpekas att några av patientärendena är av allvarlig art. Ett flertal fall har uppmärksammats, utretts och diskuteras i verksamheterna och resulterat i ändrade rutiner.

Jämställd och jämlik vård

Utbildning i jämställdhetsfrågor

På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset har några av verksamheternas chefer genomgått certifierad utbildning avseende jämställdhetsfrågor. Jämställdhetsfrågorna tas upp i varierande utsträckning vid arbetsplatsträffar etc.

Genusperspektiv

I varierande omfattning och efter intresse arbetar flera mottagningar med frågor ur ett genusperspektiv. Det kan gälla genusspecifika symtom vid till exempel hjärtinfarkt, skillnader i omhändertagande och skillnader i väntetider vid läkarbesök.

Ålder

På Södersjukhuset har man vårdkedjesjuksköterskor som har till uppgift att bedöma och arbeta med patienter över 65 år för att omhändertagandet av dessa sköra patienter blir så snabbt och effektivt som möjligt. Sjuksköterskorna har också till uppgift att se över patientens sociala situation och vid behov hjälpa till att ordna utökad hemtjänst eller geriatrisk vård. Capio S:t Görans sjukhus arbetar också aktivt med att korta de äldre patienternas (äldre än 80 år) handläggningstid på mottagningen.

² Uppgifter om antal ärenden är hämtade från patientnämndens register. Då akut omhändertagande är organiserat på olika sätt inom akutsjukhusen kan det vara svårt att urskilja vilka ärenden som hänförs till moderklinikerna och vilka som berör akutmottagningarna.

2010-02-24

Språk

Samtliga mottagningar använder sig av språktolkar eller teckentolkar om så erfordras. På Danderyds sjukhus finns en patientenkät tillgänglig på åtta olika språk i väntrummet och på Södersjukhuset finns en informationskrift om arbetet på mottagningen översatt till sju språk, även Capio S:t Görans sjukhus har information på främmande språk. På Karolinska universitetssjukhuset Huddinge pågår ett videotolkprojekt.

Effektiv vård

Triage

Triage³ är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från deras anamnes och från mätning och objektiv värdering av viktiga funktioner som puls, andningsfrekvens och kroppstemperatur. Syftet är att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först. Triage används på akutmottagningar, katastrofplatser och inom ambulanssjukvård för att bedöma angelägenhetsgrad vid akut omhändertagande.

På Karolinska Universitetssjukhuset Solna träffar alla patienter en sjuksköterska i entrén till mottagningen för akut sjuka och skadade. Sköterskan gör en första bedömning och hänvisar patienten direkt till ett vårdteam. Om det är väntetid till vårdteamet sker triagering enligt ADAPT (adaptiv processtriage).

I anslutning till akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har man från och med den 2 november 2009 en lättakut. På lättakuten, som drivs i Stockholms Läns Sjukvårdsområdets (SLSO) regi, sker triagering av en sjuksköterska som gör en bedömning av vilket vårdbehov patienten har. Därefter sorteras patienten till lättakuten eller mottagningen för akut sjuka och skadade. På mottagningen görs sedan en fördjupad triage.

På Danderyds sjukhus sker en första bedömning inom 30 min av en specialistläkare under dagtid. Vid längre väntetider görs triage av sjuksköterskor i

³ Triage kommer från franska ordet trier (sortera, separera, sälla) och började användas som ett begrepp i krigssjukvård under "Napoleonkrigen" i slutet av 1700-talet. Tidigare omhändertogs skadade soldater utifrån militär grad istället för sjukdomsgrad.

2010-02-24

väntan på läkare. Bedömning av patienter kvälls- och jourtid hanteras på samma sätt men läkaren är inte alltid specialist.

På Södersjukhuset finns en sjuksköterska tillgänglig vid inskrivningen/kassan där patienten sorteras till primärvård eller för triagering på mottagningen för akut sjuka och skadade. På mottagningen förs patienten om möjligt direkt till respektive arbetsstation.

Södertälje sjukhus införde triage med sjuksköterska i december 2008. Under hösten 2009 har de ytterligare utvecklat metoden med utredning genom provtagning, röntgen och EKG före läkarbedömning.

På mottagningen för akut sjuka och skadade på Capho S:t Görans sjukhus arbetar de med teamtriage. En specialistläkare (överläkare) tillsammans med sjuksköterska bedömer samtliga patienter för att minimera handläggningstiderna.

Därutöver tar Capho St Görans sjukhus emot 4 000 patienter utanför mottagningens ordinarie vårdprocess eftersom dessa patienter inte behöver sjukhusets resurser. Patienterna träffar en sjuksköterska och erhåller enklare behandling, rådgivning och hänvisning till husläkare eller specialistmottagning.

Samtliga sjukhus använder gemensam prioriteringsskala för att kategorisera patienterna efter prioritet. Patienterna bedöms utifrån fastställda mätbara parametrar och sjukhistoria. Prioriteten anger inom vilket tidsintervall patienten ska bedömas av läkare:

- Prioritet 1 Livshotande tillstånd. Omedelbart omhändertagande.
- Prioritet 2 Akuta, ej livshotande tillstånd. Mycket snabbt omhändertagande. Bedömning av läkare inom 15 min.
- Prioritet 3 Akut, ej livshotande tillstånd men med risk för försämring. Bedömning inom 60 min.
- Prioritet 4 Mindre brådskande. Bedömning snarast inom 120 min.
- Prioritet 5 Ej brådskande. Bedömning inom 240 min.

Under våren 2010 kommer SBU med en ny rapport avseende triagering.

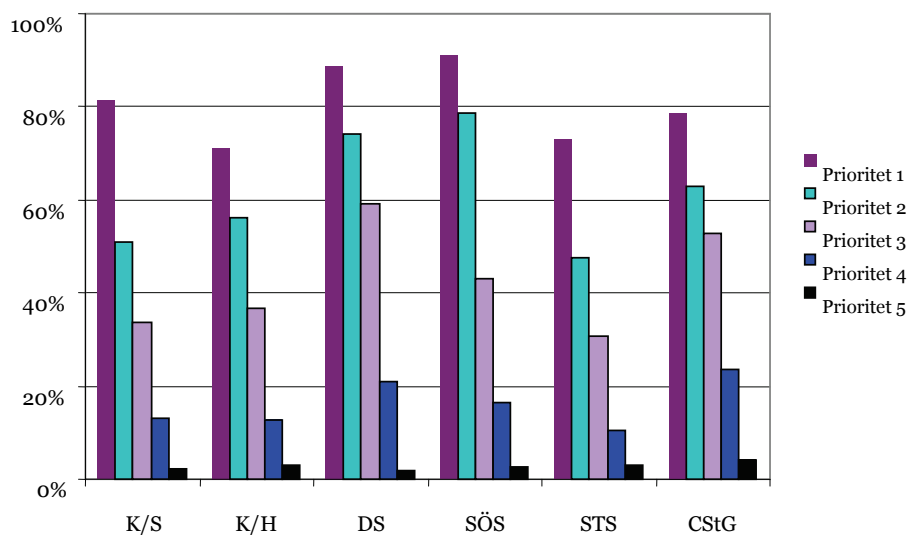
2010-02-24

Tabellen visar totalt antal sökande till akutmottagningarna under 2009 fördelat efter patientens prioritet:

Sökande/prioritet	K/S	K/H	DS	SÖS	STS	C St G	Σ
Prioritet 1	4%	3%	2%	1%	3%	3%	3%
Prioritet 2	9%	10%	3%	7%	8%	2%	6%
5Prioritet 3	24%	29%	26%	45%	34%	17%	29%
Prioritet 4	24%	48%	63%	27%	48%	67%	45%
Prioritet 5	39%	10%	2%	18%	4%	7%	15%
Ej prio/Övr	0%	0%	5%	2%	4%	4%	2%
Totalt antal besök	74 458	65 625	72 024	96 804	29 180	73 533	411 624
<i>Därav inlagda i slv</i>	14 964	16 346	24 055	30 169	6 912	21 275	113 021
Andel i procent (%)	20,1 %	24,9 %	33,4 %	31,2 %	23,3 %	28,9 %	27,5 %

Andelarna inom en och samma prioritetsnivå varierar kraftigt mellan sjukhusen. Inom till exempel prioritetsnivå 2 varierar värdet mellan 2 och 10 procent. Det finns anledning att ifrågasätta om sjukhusen klassificerar patienterna på ett enhetligt sätt.

Andel akut inlagda från akutmottagningen fördelat på prioritetsgrupp/sjukhus

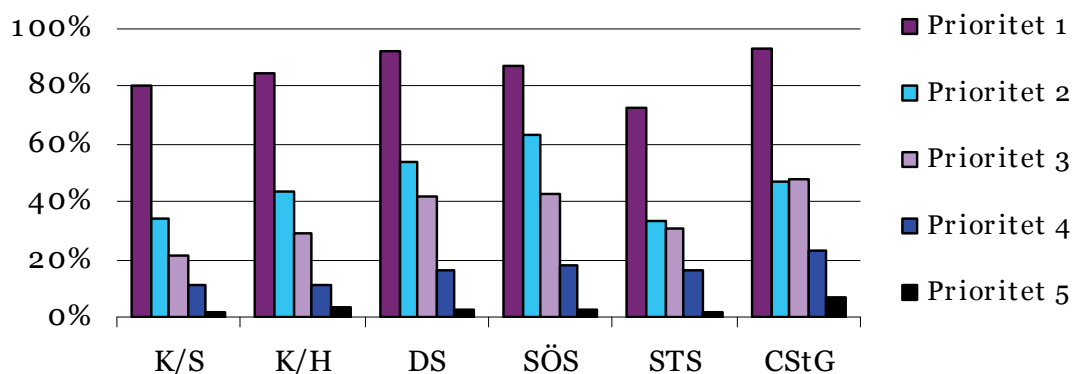


Cirka åttio procent av patienterna med ankomstprioritet 1 blir inlagda i slutenvård och av patienterna med prioritet 5 blir tre till fyra procent inlagda.

2010-02-24

Inkomna i ambulans 2009	K/S	K/H-	DS	SÖS	STS	CStG
Antal sökande inkomna i ambulans	11 052	13 750	17 763	29 361	6 613	20 856
Andel inkomna i ambulans av det totala antalet sökande i procent (%)	14,8 %	20,9 %	24,7 %	30,3 %	22,7 %	28,4%

Sökande inkomna i ambulans fördelat på prioritetsgrupper/sjukhus



Tabellen visar andelen patienter efter prioritet som inkommer i ambulans till mottagningarna för akut sjuka och skadade.

Vård i rimlig tid

I de flerårsavtal som tecknats med akutsjukhusen är handläggningstiden av patienter på mottagningen för akut sjuka och skadade kopplade till en kvalitetsindikator med målrelaterad ersättning. Ju större andel av patienter som handläggs inom fyra timmar desto högre kvalitetsersättning erhåller sjukhuset. Sjukhusens resultat 2008 hade en spridning mellan 56-81 procent. För att få full kvalitetsersättning 2009 och 2010 måste andelen vara 80 procent eller därutöver.

2010-02-24

Ett annat mått på tillgängligheten är den genomsnittliga Door-to-Doortiden som redovisas i nedanstående tabell:

Genomsnittlig handläggningstid, Door-to-Door, Tim/minut	K/S	K/H	DS	SÖS	STS	CStG
2009, december	3:05	3:21	3:03	3:33	2:29	2:58
2009, januari	3:17	3:30	3:39	4:23	2:44	3:10

Södertälje sjukhus har den kortaste genomsnittliga Door-to-Door-tiden såväl i början av året som i slutet. Samtliga akutmottagningar har dock förkortat handläggningstiderna under 2009. Störst förbättring uppvisar Södersjukhuset med minskning av den genomsnittliga handläggningstiden på 50 minuter.

Analys och slutsatser

Som ett resultat av uppföljningen av mottagningarna för akut sjuka och skadade har beställaren identifierat följande styrkor och förbättringsområden:

Medicinska resultat

Inom akut omhändertagande saknas ett nationellt kvalitetsregister. Ett sådant register är under uppbyggnad och kommer att implementeras stegvis med början 2010. Framtida medicinska resultat ur registret kommer att utgöra underlag för kvalitetsförbättrande arbete och avsevärt förbättra möjligheterna till jämförelser mellan olika mottagningar.

Omvårdnad/patientsäkerhet

På mottagningarna görs inte punktprevalensmätningar avseende omvårdnad, MRSA och VRI. Detta sker endast i slutenvård. Mottagningarna arbetar kontinuerligt med omvårdnadsfrågor och patientsäkerhetsfrågor men har inte ett jämförbart systematiskt sätt att följa upp och dokumentera detta.

Beställaren anser att det är en brist att patientnära arbete och omvårdnad inte ges uppmärksamhet och dokumenteras enhetligt. Det skulle kunna kombineras med triage varvid man samtidigt bedömer patienten med avseende på trycksår, nutrition, smärta, MRSA/VRI och risk för fallskada. Ett argument mot ett sådant arbetssätt har varit att det skulle ta alldeles för mycket tid och inte hinnas med vid stor patienttillströmning. På Capiro St. Göran gjordes en tidstudie som visat på

2010-02-24

minimal tidsåtgång och man har därför till stora delar infört rutiner och systematisk dokumentation. Det skulle också underlätta vid inläggning av patienten i slutenvård, exempelvis genom att infektiösa riskpatienter inte läggs in på en plats där det föreligger risk för smittspridning. Det skulle också vara av betydelse för det interna kvalitetsarbetet om det finns dokumenterat om patienten har en tryckskada vid ankomsten till sjukhuset eller om den uppkommit i den fortsatta vårdprocessen.

Mängden sökande som tidvis vistas på en begränsad yta utgör ett problem ur flera aspekter bland annat sekretess, integritet och smittspridning. Problembilden varierar med mottagningarnas olika förutsättningar men alla arbetar för att minimera de negativa effekterna. Dock lyckas man inte alltid undvika problemen vid hög belastning.

Avvikelsesrapporteringen har generellt ökat vid akutmottagningarna men ökningen är marginell. Det är viktigt att personalen uppmanas att rapportera avvikelser och att det finns en öppen och icke-skuldbeläggande säkerhetskultur på kliniken. Ett vanligt problem på många kliniker är att läkarna rapporterar avvikelser i mindre omfattning än övrig vårdpersonal. Det är viktigt för en klinik att tydligt definiera vilken typ av avvikelser som ska rapporteras och att de kategoriseras. På flera mottagningar tjänstgör läkare som organisatoriskt tillhör en annan klinik, varför följsamheten i att rapportera avvikelser på mottagningen kan vara mindre. Dessutom är det svårt att få en samlad bild av avvikelserna om de rapporteras och registreras på olika kliniker trots att de uppkommit på samma mottagning.

Beställaren anser att avvikelser ska rapporteras på den arbetsplats där de uppstår, oavsett yrkeskategori och organisatorisk tillhörighet.

Patientfokuserad vård

Underlaget från patientenkäter är primärt avsett att användas internt för analys och förbättringsarbete. Capio Sankt Görans sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset har utarbetat egna enkätundersökningar som de kontinuerligt analyserar i sitt förbättringsarbete.

Jämlik vård

Ett par sjukhus arbetar aktivt med att förkorta äldre patienters handläggningstid i vården. Snabbare handläggning av äldre och sköra patienter minskar risken för uppkomst av förvirringstillstånd och fallskador. Sannolikt minskar också behovet av inläggning och total vårdtid.

2010-02-24

Effektiv vård

I slutet på 2009 öppnade en lättakut i anslutning till mottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Lättakuten svarar för triagering som avgör om patienten primärt ska omhändertas på lättakuten eller mottagningen för akut sjuka och skadade. Eftersom lättakuten öppnade i slutet av förra året är det för tidigt att dra några slutsatser om för- och nackdelar i denna uppföljning.

Capio St Görans sjukhus arbetar med specialistkompetenta läkare i första linjen. Capio har som enda sjukhus också en rådgivningssjuksköterska som under 2009 gav knappt 4 000 patienter behandling av enklare åkommor, hjälp till egenvård eller hänvisning till husläkare/annan vårdgivare. Vare sig landstinget eller patienterna debiteras för denna vård.

Beställaren ser mycket positivt på att patienter som inte är i behov av sjukhusets resurser ges sådan service istället för att omhändertas med lägsta prioritet och efter lång väntan bland övriga patienter med högre prioritet. Det finns sannolikt motsvarande behov och omfattning vid övriga akutsjukhus med undantag för Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge som har sin samlokaliserade lättakut och gemensamma triage. Karolinska Universitetssjukhuset i Solna planerar att starta verksamhet med hänvisningssjuksköterska enligt Capio St. Görans modell under våren, vilket i någon mån beror på om man kan få ta del av sjukvårdsupplysningens beslutstöd för sjuksköterskor.

Ambulanssjukvårdens satsning på specialistutbildade sjuksköterskor i ambulanserna måste i ökad omfattning komma patienterna tillgodo. Den förbättrade möjligheten att bedöma patienternas vårdbehov ökar också möjligheterna att hitta rätt vårdgivare som bäst kan tillgodose patientens vårdbehov. Exempel på möjligheterna omfattar behandling och rådgivning på plats, direktinläggning på geriatrisk vårdavdelning och förmedling av kontakt med husläkare. Det är också viktigt att ambulanssjukvården tillämpar samma triageringsmodell som används på sjukhusen så att kommunikationen förbättras och effektiviseras vid överlämningar vilket också är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

2010-02-24

Vård i rimlig tid

En generell förbättring har skett av den genomsnittliga handläggningstiden på mottagningarna. Södertälje sjukhus har den kortaste handläggningstiden med 2 timmar och 29 minuter och Södersjukhuset den längsta handläggningstiden med 3 timmar och 33 minuter. Det bör påpekas är att Södersjukhuset som hade störst förbättringsutrymme i början av 2009 också uppvisar störst förbättring (- 50 min) under året av sin genomsnittliga Door-to-Door-tid. Övriga sjukhus har minskat sina handläggningstider med mellan 10-30 min.

Den förbättrade tillgängligheten har sannolikt samband med införandet av målrelaterad kvalitetsersättning i flerårsavtalen för Door-to-Door-tiden. Kraven har framtvingat ett ändrat arbetssätt som inte bara kommit patienterna tillgodo utan även i exemplet Danderyds sjukhus, inneburit en kraftigt förbättrad arbetsmiljö för personalen.

Sammanfattande slutsatser

Skillnader i arbetssätt, olika journalsystem, bristande stöd i IT-systemen och olikheter i registrering av besöksorsaker har inneburit svårigheter att jämföra mottagningarna i denna uppföljningsrapport. Införande av ett nationellt kvalitetsregister kommer att underlätta jämförelser i framtiden men det behövs en anpassning av IT-systemen och en utbyggnad av mallar i journalsystemen för att rapportering ska underlättas och bättre integreras i arbetet. Det pågår ett arbete att tydliggöra kraven och samordna sådana förbättringar i det välfungerande specialitetsrådet i akut omhändertagande. Flerårsavtalen med tillgänglighetsansvar har stimulerat verksamheterna till ett ändrat arbetssätt som sannolikt inneburit en förbättring för patienterna. Tillgängligheten har ökat hos alla.

Mottagningarnas roll i främsta linjen, vid omhändertagandet av patienterna som slutbehandlas eller läggs in i slutenvården, är avgörande för slutresultat och kvalitet. Flertalet vårdkedjor och vårdprocesser inleds på mottagningen för akut sjuka och skadade och ansvaret ligger på verksamheten att säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten i vårdövergången till annan vårdinstans.

Befolkningen ökar och besöksantalet på mottagningarna ökar, det är därför av högsta vikt att den absoluta majoriteten sökande är de som behöver sjukhusets resurser. För att uppnå detta krävs att patienten hittar rätt i vården och att kunskapen om tillgängliga vårdgivare kommuniceras ut till allmänheten på ett effektivt sätt. Patienten måste få förtroende för det kommunicerade budskapet och sjukvården måste organiseras så att patienten hittar den vårdgivare som på bästa sätt tillgodoser patientens vårdbehov. Vi behöver i detta sammanhang ytterligare utveckla samverkan mellan vårdguiden, husläkarna och ambulanssjukvården.

2010-02-24

Fortsatt uppföljning

Utifrån genomförd uppföljning planeras en kompletterande fördjupad uppföljning på akutvårdsavdelningar med fokus på omvårdnad och patientsäkerhet. I övrigt följer Beställaren månadsvis upp produktion och tillgänglighet i samband med månadsbokslut. 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 sjukhusens årliga kvalitetsbokslut.