



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: KIRURG & UROLOGKLINIKEN

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT
KVALITETSREGISTER

OBESITASOPERATION

Resultat:

Täckningsgrad efter två år i SOReg avseende opererade 2017 (inkl Gastric sleeve och Gastric bypass)

	Tot	K	M
Antal opererade 2017	250	190	60
Antal uppföljda patienter efter två år	194	152	42
Täckningsgrad av rapporterade till SOReg avseende opererade 2017	0,776	0,8	0,7

Sjukhusets resultat andelen uppföljda och minskning av övervikt två år efter operation

	Tot	K	M
5a2 Excess weight loss (EWL) två år efter operation, %	73,8	78	70
5a3 Minskning av antalet BMI enheter efter två år	11,83	11,71	12,4

Analys: Då det finns en viss eftersläpning i rapporteringen till SOReg så är det redovisade värdet av täckningsgrad på 78% lägre än den täckningsgrad som finns redovisad för opererade 2016 i SOReg årsrapport 2019. Här uppnådde DS en täckningsgrad på 90%. Resultaten gällande viktnedgång ligger i paritet med riket som helhet. Graden av viktnedgång påverkas av ursprungsvikten varför detta måste tas med i beräkningen då data tolkas.

ELEKTIV GALLOPERATION

Mål: < 1,5 % reopererade

Resultat:



Täckningsgrad	Tot	K	M
Totalt antal galloperationer	691	417	274
Antalet av dessa som rapporterats till Gallriks	691	417	274
Andelen av galloperationer som rapporterats till Gallriks, %	100%	100%	100%

Andelen som fått kirurgiska komplikationer som föranlett reoperation inom 30 dagar

Reoperation	Tot	K	M
Totala antalet patienter som genomgått elektiv galloperation, kolecystectomi under 2019	343	227	116
Antalet patienter som fick kirurgiska komplikationer som föranlett reoperation inom 30 dagar	7	3	4
Andelen patienter som fick kirurgiska komplikationer som föranlett reoperation inom 30 dagar	2%	1%	3%

Blödning	Tot	K	M
Totala antalet patienter som genomgått elektiv galloperation, kolecystectomi under 2019	343	227	116
Antalet patienter som fick blödning inom 30 dagar. Definition: som krävt åtgärd till exempel blodtransfusion eller reoperation	0	0	0
Andelen patienter som fick blödning inom 30 dagar.	0%	0%	0%

Analys: Danderyds Sjukhus är fortsatt det sjukhus i Sverige som gör flest gallstensoperationer per år (akuta och elektiva), sammanlagt 691 patienter. Antalet elektiva kolecystektomier (343/50%) utförs både i dagkirurgisk som ineliggande vård. Under 2019 har vårdplatssituationen varit mycket ansträngd varför väntetiderna för elektiva ineliggande kolecystektomier förlängts. En konsekvens av detta är att ett antal patienter på väntelista kommer in med akuta besvär och opereras akut ineliggande vilket kan vara en delförklaring till den förhållandevis höga andelen akuta operationer.

Andelen patienter som reopererats pga komplikation är fortsatt låg (2%) även om den stigit något från andelen 2018 (1%) och 2017 (1,4%).

Genomfört förbättringsarbete 2019: Under 2019 har tillgängligheten för peroperativ ERCP varit fortsatt hög på centraloperation och i allt större utsträckning hanterar operationspersonalen själva endoskopiutrustningen utan att endoskopipersonal behöver ansluta. Även jourtid finns nu ofta möjlighet att genomföra ERCP på centraloperation.



Planerat förbättringsarbete 2020: Som led i kirurgklinikens strävan att vara en ledande aktör för handläggning av komplicerad gallstenssjukdom har en satsning på peroral kolangioskopi genomförts vilket kommer implementeras under 2020 med förhoppning om att allt fler patienter med gallstenssjukdom ska kunna färdigbehandlas på Danderyds Sjukhus.

SÅRRUPTUR EFTER ELEKTIV BUKOPERATION

Kirurgiska komplikationer som föranlett reoperation inom 14 dagar(JWA00)

Reoperation	Tot	K	M
A. Totala antalet patienter som genomgått elektiv laparotomi (JA-JX) under 2019. Endast öppen kirurgi ska ingå. Gynekologi och urologi ska ej ingå.	164	68	96
B. Antalet patienter som fick kirurgiska komplikationer som föranlett reoperation inom 14 dagar (JWA00) Gynekologi och urologi ska ej ingå.	3	1	2
C. Andelen patienter som fick kirurgiska komplikationer som föranlett reoperation inom 14 dagar	2%	1%	2%

Analys: I analysen ingår samtliga elektiva kirurgiska operationen genom medellinjesnitt (JA-JX) under år 2019 på Danderyds sjukhus. Analysen är att 1-2 % av våra elektivt opererade patienter drabbas av en sårruptur som behöver åtgärdas operativt. Siffran är liknande 2018 men borde kunna bli nära noll. I den totala kohorten är könskvoten relativt jämn. Manligt kön finns beskrivet i litteraturen som en riskfaktor för sårruptur.

Förbättringsarbete 2019 - 2020: Förbättringsåtgärderna som har införts är sedan tidigare är att buken försluts enl. Israelson et al enligt 4:1 metod med monofil sutur. För att förbättra vår sårrupturstatistik införde vi på kirurgkliniken from år 2019 terminsmöten med tema sårrupturer där vi går igenom de fall som uppkommit och hur dessa kunde ha undvikits. Detta kommer att fortgå som förbättringsarbete under år 2020.

TÄCKNINGSGRAD I SVENSKA BUKVÄGGSREGISTRET

Resultat och analys: Täckningsgrad hittills i år är 206 av 262 operationer registrerade men samtliga kommer att föras in under de närmaste veckorna. En mindre andel operationer kan missas att registreras främst då det utförts som en del av en annan operation. Täckningsgraden ligger över 90%.



Operationerna fördelar sig på dagkirurgiska ingrepp samt ingrepp utförda på inneliggande patienter såväl öppna som laparoskopiska. Vi gör en allt större andel av operationerna laparoskopiskt, förutom dom riktigt små defekterna som är under 2 cm i diameter där vi huvudsak gör suturplastiker i lokalanestesi.

Under 2019 har vi också kommit igång med robotassisterade, vilket initialt slagit väl ut med patienter som haft betydligt mindre smärta postoperativt och kunnat skrivas hem med endast NSAID preparat istället för Morfin preparat som är standard vid laparoskopisk IPOM.

Genomfört förbättringsarbete 2019: På de större medellinjebården (över 8-10 cm vida) har vi börjat att göra en endoskopisk komponent separering, vilket innebär att operationen är både laparoskopisk och öppen. Fördelen är att man på detta sätt minskar det storleken på de råa sårytorna och postoperativt minskar mängden sårkomplikationer som sårinfektioner, serom mm.

Robotkirurgin av ärrbräck har startats upp och har inneburit följande förbättringar jämfört med vanlig laparoskopisk IPOM.

- Inget nät i bukhålan, nätet läggs framför peritoneum/bakre fascian.
- Inga tackers i bukväggen vilket ger mindre smärta.
- Komponent separering för att kunna försluta defekter med mindre tension.
- Mer kontrollerad suturering av defekten.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt utveckling av den kombinerade metoden med endoskopisk komponentseparering och öppen operation av bukväggsbråcken med stor defekt.

Ökad andel av det laparoskopiska operationerna skall utföras i robot.

Utföra robot TAR operation där man gör en bilateral komponent separering, vilket gör det möjligt att även operera bukdefekter över 7-8 cm laparoskopiskt som tidigare endast opererats öppet.

PATIENTRAPPORTERADE UTFALLSMÅTT (PROM) PROSTATACANCER

Resultat:

Patientrapporterad komplikation/urinläckage efter behandling av prostatacancer

	Tot
A. Totala antalet patienter som behandlats för prostatacancer 2019 och som svarat på enkäten	58



B. Antalet patienter som uppgett komplikation i form av urinläckage	7
C. Andelen patienter uppgett urinläckagen som komplikation, % (C=B/A)	12%

Patientrapporterad komplikation/erektil dysfunktion efter behandling av prostatacancer

	Tot
A. Totala antalet patienter som behandlats för prostatacancer 2019 och som svarat på enkäten	58
B. Antalet patienter som uppgett komplikation i form av erektil dysfunktion	40
C. Andelen patienter uppgett erektil dysfunktion som komplikation, % (C=B/A)	69%

Analys: Det finns ytterligare utvecklingsarbete att göra gällande definitioner av urinläckage och erektil dysfunktion. Det råder också vissa oklarheter kring vilka tidperioder som ska rapporteras. Exempelvis är 1-årsuppföljningen för patienter som opererades under 2019 ännu inte genomförd. Det är därför svårt att dra några generella slutsatser och göra jämförelser utifrån presenterade data.

ÖVRIGA RELEVANTA KVALITETSREGISTERUTFALL

ERAS-registret

Mål: Kirurgkliniken på Danderyds sjukhus fungerar sedan flera år tillbaka som ett "Centre of Excellence" för ERAS sjukvård. Denna utnämning fastställs av Internal ERAS society och grundar sig på att vederbörande center har uppfyllt följande krav:

- Är anslutna till den Internationella ERAS databasen och registrerar patienter konsekutivt i samma databas.
- Har en infrastruktur för ERAS forskning och publicerar forskningen i internationella tidskrifter.
- Har exceptionellt goda resultat efter kirurgi i en internationell jämförelse.
- Bedriver ERAS undervisning.

Att respektive "Centre of Excellence" uppfyller ovanstående krav utvärderas fortlöpande av ERAS society. Således kvalitetskontrolleras den kolorektala verksamheten på Danderyds sjukhus kontinuerligt och jämförs med internationella topp-centra från Europa, USA och Canada.



Det övergripande målet för ERAS verksamheten på Danderyds sjukhus är inte bara att fortsätta vara ett ERAS Centre of excellence utan att också prestera i topp jämfört med andra Centre of excellence i världen. Denna process pågår kontinuerligt.

Resultat: Presenteras i analogi med kraven beskrivna ovan "ERAS society"

- a) Registreringen sköts såsom tidigare och i en aktuell validering av databasen på Danderyd (Ulf Gustafsson, 2019) saknades endast 2% av patienterna som opereras för stor kolorektal cancer och IBD kirurgi i databasen. I en nationell jämförelse ligger Danderyd i topp.
- b) Huvudansvarige läkare för internationella "ERAS coloretal guidelines" (publicerades senast 2018) arbetar på Danderyds sjukhus (Ulf Gustafsson). Vi har en egen doktorand i ämnet ERAS (Daniel Asklid). Gustafsson- Asklid validerar för närvarande hela den nationella Svenska databasen på uppdrag av ERAS society. De två hittills största kohortstudierna i världen angående anastomosläckage och robotkirurgi utgår från Danderyds sjukhus (planering-design-utförande-analys). Flera andra studier planeras.
- c) **Följsamhet till ERAS-protokollet** (ett mått på hur bra patienterna verkligen följer evidensbaserad sjukvård) har förbättrats till 80.5%, 2019 jämfört med 73.7%, 2018 och ligger i en internationell jämförelse i topp.

Frekvensen allvarliga komplikationer efter stor kolorektal kirurgi har under 2019 förbättrats till 6.8% jämfört med 2018, 11.7%.

Antalet vård dagar har efter stor kolorektal kirurgi förkortas till medelvärdet 4.7 dagar 2019, jämfört med 5.8 dagar 2018. Tidigare har endast medianvärdet presenterats som naturligtvis visar på mycket lägre siffror eftersom dessa inte räknar med "långliggare".

Medianvärdet för antalet vård dagar efter rektalcanceroperationer i robot ligger på Danderyds sjukhus på 3 dagar. Detta är i en internationell jämförelse de kortaste vårdtiderna i världen. Korta vårdtider räknas av många som en "proxy" för goda resultat efter kirurgi.

Antalet återinläggningar har emellertid ökat från 6.1%, 2018 till 10.2%, 2019. Detta är möjligen ett uttryck för att vi kanske har nått en gräns för där det inte är kliniskt möjligt att förkorta vårdtiderna ytterligare.

- d) Antalet nationella och internationella studiebesök har under året 2019 minskat med 50% jämfört med 2018. Förklaringen till detta ligger i bemanningssituationen på avdelning 61 samt bemanningssituationen för seniora läkare på kliniken. ERAS undervisningen för personal på avdelningen har inte minskat 2019 jämfört med 2018.

Analys: Inom samtliga beskrivna områden uppvisar kliniken samma eller förbättrade resultat 2019 jämfört med 2018. En viss nedgång i antalet internationella och internationella studiebesök förklaras av bemanningssituationen på avdelning 61 samt i läkargruppen.

Genomfört förbättringsarbete 2019



- 1) Bemanningssituationen har under hösten 2019 förbättrats i både läkare och sjuksköterskegruppen vilket är en förutsättning för förbättrade ERAS resultat.
- 2) Tvärprofessionella ERAS möten sker nu med större regelbundenhet där aktuella siffror gällande compliance till ERAS protokollet samt resultat efter kirurgi kontinuerligt presenteras.
- 3) Två ERAS sjuksköterskor på avdelning 61 (Helene Vibom Areskoug, Zoltan Kurhejja) har fått en mycket tydligare roll i ERAS arbetet. Dessa har dels fått access till den internationella databasen och driver också själva utvecklingsarbete (revidering av nationella ERAS broschyrer, konstruktion av patientinformationsfilm, föreläser på nationella möten etc).
- 4) Kliniken har tillfrågats av "Encare," företaget som driver den internationella databasen om att driva omfattande nationell och internationell utbildning av nya kliniker som implementerar ERAS-protokollet.
- 5) Kliniken har infört en förbättrad kontroll av näringstillståndet hos patienter som skall opereras med stor kolorektal kirurgi. Detta har utförts tillsammans med dietisterna på sjukhuset
- 6) Anemi hos patienter som skall opereras uppmärksammas from våren 2019 på ett strukturerat sätt.
- 7) Patienter med så kallad gränsdiabetes fångas nu upp innan kirurgi. Med provtagning (HbA1c) identifieras tillståndet och dessa patienter kan nu optimeras inför operation avseende anemi.
- 8) Samtliga patienter erhåller nu sitt "ERAS samtal" på avdelning 61. I samband med att detta äger rum ser samtliga patienter en ERAS instruktionsfilm på 20 minuter. En utvärdering av denna information visar på en stor förbättring.

Planerat förbättringsarbete 2020

- 1) Att bibehålla nuvarande, i en internationell jämförelse, höga standard kräver kontinuerligt hårt arbete, både i läkare och sköterskegruppen.
- 2) Vi undersöker möjligheter att förbättra strukturen för hur patienterna optimeras innan kirurgi. Detta arbete har redan påbörjats tillsammans med anestesi kliniken. Här finns tankar om en så kallad prehabiliteringsenhet. I januari 2020 påbörjar kirurgerna en så kallad NSQIP scoring i samband med patienternas första mottagningsbesök för att bättre kunna optimera patienter före kirurgi.
- 3) Ett intensifierat utbildningsarbete av läkargruppen planeras. Alla skall hela tiden arbeta efter senaste evidens. Vi skall ligga i frontlinjen vad gäller kunskap och utövande av sjukvård.
- 4) Vi undersöker möjligheterna att bli ett så kallat ERAS – robot "centre of excellence". Här planeras synkron ERAS och robotteknikutbildning.
- 5) Vi räknar med att kommande utökade nationella och internationella utbildningsuppdrag även skall höja kompetensen hos vår egen personal.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

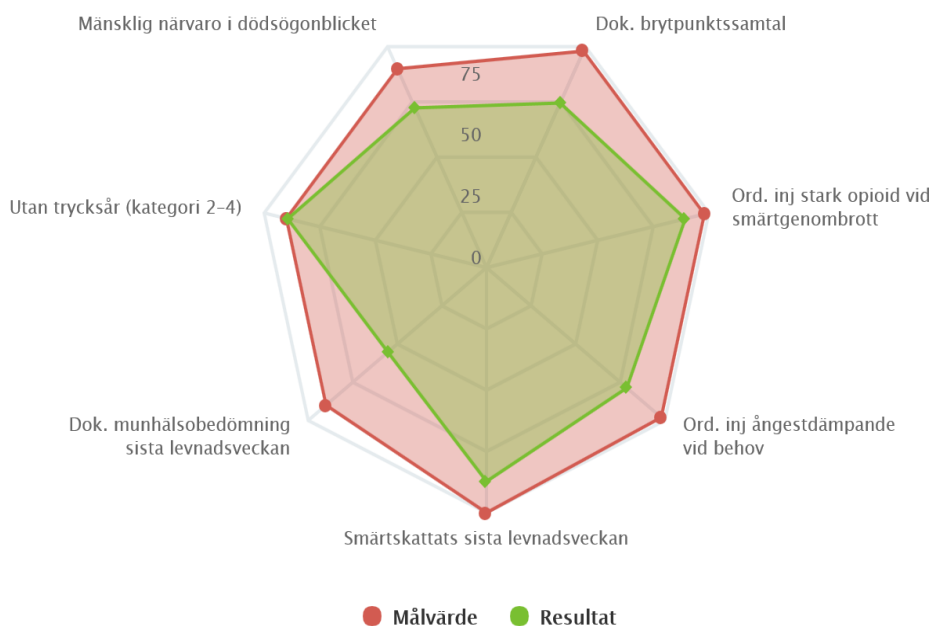
Målnivå: Andel patienter med utförd validerad smärtskattning > 52%



Resultat: Andel patienter med utförd validerad smärtskattning 87 %. Detta är bättre än 2018 då andelen patienter med utförd validerad smärtskattning låg på 79 %.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 – 2020-01



Analys: Resultatet avseende ”Andel patienter med utförd validerad smärtskattning” har de senaste åren legat långt över målnivån med en uppåtgående trend. Det finns med andra ord väl inarbetade rutiner inom verksamheten för att skatta smärta för patienter som befinner sig i livets slut.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Den palliativa gruppen var vilande under våren men nu finns en utsedd ansvarig sjuksköterska och gruppen har återupptagit sitt arbete. Bland annat har man förberett inför införande av ny palliativ vårdplan som ska ersätta LCP.

Planerat förbättringsarbete 2020: Införande av ny palliativ vårdplan i februari. Genomförande av palliativ temamånad. Arbete med rutiner kring munhälsobedömning vid livets slut.

NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER SOM INFÖRTS 2019



Preoperativ provtagning vid tarmresektion

Under 2019 har vi infört preoperativ provtagning av HbA1c samt S-Ferritin på alla patienter som skall genomgå tarmresektion. Syftet är att identifiera en ej diagnosticerad diabetes eller järnbrist. Dessa tillstånd medför en kraftigt höjd komplikationsrisk. Inför 2020 är målet att alla patienter med en järnbrist eller odiagnostiserad diabetes skall vara insatt på behandling innan operationstillfället.

Behandling rektovaginala fistlar

På Danderyd gör vi årligen ca 500 operationer av analfistlar. Det är mer ovanligt med rektovaginala fistlar. Dessa kan uppkomma i efterförloppet till en förlossningskada och är ofta svårbehandlade. 2018 publicerades en studie från Danmark och Norge där man genom fettcellsinjektion kunde få en långtidsläkning på 77% på dessa fistlar. Under 2019 har Professor Steen Buntzen, en av artikelförfattarna, varit på besök på Danderyds Sjukhus och vi har med honom behandlat fyra patienter med rektovaginala fistlar med den här nya metoden. Under 2020 kommer vi att utvärdera behandlingen på dessa fyra patienter och ta ställning till fortsättning.

Robotassisterad bråckkirurgi

Kirurgkliniken har under 2019 implementerat robotassisterad bråckkirurgi till behandlingsarsenalen för komplicerade bukväggsbråck. Introduktionen har skett utifrån ett behovsperspektiv där det ska föreligga patientrelaterade vinster med användande av metoden till en acceptabel kostnad.

Indikationen för robotassisterad operation har varit bråck där minimalinvasiv teknik är indicerad men där det samtidigt finns begränsningar med dagens laparoskopiska teknik, såsom preperitonell eller retromuskulär nätplacering, en komplicerad intraabdominell adherenssituation eller multipla bråck med samtidig rektusmuskeldiastas med behov av komponentseparering.

Resultat 2019: Under året har ett 15-tal ventrala ärrbråck opererats med robotassisterad teknik och till detta även 5 parastomala bråck där intraabdominell nätinläggning därigenom har kunnat undvikas samtidigt som operationerna har kunnat genomföras med minimalinvasiv teknik. Patienterna har kunnat skrivas hem dagen efter operationen och avseende de ventrala ärrbråcken har ännu inga recidiv noterats.

Plan 2020: Förutsatt en utökad tillgänglighet av robottider uppskattas behovet för robotassisterad bråckkirurgi till 1 operationsdag/per vecka för uppskattningsvis 40-50 ventrala ärrbråck, 10-20 parastomala bråck samt 5-10 patienter med komplicerad hiatuskirurgi eller bariatrisk revisionskirurgi. Vi ser att nyttjandet av den robotassisterade tekniken här gör att vi kan erbjuda patienter operationer med mindre postoperativ smärta och minskade långtidskomplikationer och med detta en med en besparing av totala vårdtygn. Ett flertal av patienterna kommer sannolikt kunna erbjudas kirurgi in ramen för dagkirurgisk verksamhet.



SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.

Justerad bemanningsnyckel vilket reducerat antalet patienter som varje sjuksköterska har ansvar för.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

Kort beskrivning av er analys utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) - frågorna i medarbetarundersökningen och vilken /vilka åtgärder ni planerar att genomföra 2020 för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom verksamhetsområdet

Resultat 2018 jämfört med 2019: Resultatet på kliniknivå ligger 2019 på detsamma som för 2018 där HSE-index är i år 78 mot 79 2019. Fortsatt höga resultat gällande att uppmärksamma risker och händelser samt framföra dessa. Fortsatt något lägre resultat gällande att "agera utifrån risker vi ser" och att "förbättringar alltid genomförs efter negativa händelser" samt att arbetet anpassas så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras".

Analys: Stabila resultat som tyder på en god kultur men utrymme för fortsatt förbättring finns.

Planerat förbättringsarbete 2020: Tydligare information till medarbetare angående att åtgärder som sätts in och förändringar som görs ofta utgår ifrån avvikelser från medarbetarna (det lönar sig att skriva en avvikelse!). Fortsatt sprida goda exempel. Fortsätta arbeta för specifika månatliga patientsäkerhetsmöten på respektive arbetsplats, där samtliga avvikelser och åtgärder utifrån dessa uppmärksammas och diskuteras. Månadsvis publicera och skicka ut patientsäkerhetsnytt.

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Syfte: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser inrapporterade från medarbetare och patienter/närstående

Mål: Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år

Mål: Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser

Resultat: Antalet inrapporterade avvikelser per anställd var 1,5 st. år 2019 (663 rapporterade avvikelser/430 anställda) vilket är en ökning från året innan då siffran låg på 1,3 (530/404).



Utan tillgång till "Överblick" i HändelseVis är det inte möjligt att få fram siffror gällande andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser 2019. Året innan var det 42 procent (170/404).

Analys: Rapporteringen av avvikelser har ökat något sedan tidigare år.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Snabba åtgärder för att motverka återupprepning där detta varit möjligt.

Planerat förbättringsarbete 2020: I dialog med verksamhetschef på AKM arbeta för att minska handläggningen av icke värdeskapande avvikelser som istället går att utläsa ur QlikView, t ex antal väntande patienter på akuten, vilka har riskerat att ta fokus från avvikelser som kräver åtgärd. Tydligare information till medarbetare angående att åtgärder som sätts in och förändringar som görs utgår ifrån avvikelser.

Mål: Utveckla analyserna på systematisk nivå.

Resultat: Fortfarande är de två största klassificeringsgrupperna "Behandling/omvårdnad (244 st) och Dokumentation/informationsöverföring (130 st)". Därefter kommer som tidigare Läkemedel (101 st). Nytt är att "Utredning/bedömning/diagnos (53 st)" har lagt sig på fjärde plats följt av "patientolycksfall" (41 st).

Analys: Andelen avvikelser gällande "behandling/omvårdnad" har fördubblats vilket kan förklaras med att en stor del av de handlagda avvikelserna (126 av 628) är rapporterade från akutkliniken och gäller patienter som vistas lång tid på akutmottagningen där erforderlig behandling och omvårdnad sällan är möjlig att genomföra. Arbeta med att kunna öppna fler vårdplatser pågår.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Intensifiering av arbetet med att behålla och rekrytera sjuksköterskor till vårdavdelningarna har pågått under hela året och aktiviteter, såsom specialutformade föreläsningar och reflektionsgrupper för nyanställda sjuksköterskor genomfördes under våren. Dessutom har ansvaret för antal vårdplatser per sjuksköterska minskat från i snitt sju till fem. Sedan november 2018 vårdas heller inga patienter i korridorer eller förråd på Verksamhetsområdet. Under hösten 2019 har ytterligare sjuksköterskor anställts.

Planerat förbättringsarbete 2020: Öppna ytterligare vårdplatser i takt med att också inhyrningspersonal fasas ut. Översyn av läkarschemat för att optimera bemanningen över dygnet.

RISKANALYSER

Mål: öka antalet riskanalyser för att förebygga antalet inträffade vårdskador.



Resultat: Inom verksamhetsområdet har riskanalyser inför flytten till Hus 52 prioriterats. VO har bidragit till riskanalys gällande dator i patientnära arbete.

Analys: Sjukhuset saknar tydliga riktlinjer om när riskanalyser ska göras. Rapporteringssystem gällande uppmärksammade risker saknas (I HändelseVis kan i dagsläget endast risker rapporteras och handläggas utifrån att de är relaterade till en specifik händelse)

Genomfört förbättringsarbete 2019: Patientsäkerhetscontroller på kliniken är ordförande för den sjukhusövergripande arbetsgruppen för riskanalyser som har arbetat fram en riktlinje.

Planerat förbättringsarbete 2020: Alltid överväga riskanalyser vid samtliga förändringar i verksamheten.

ENSKILDA SYNUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE

Mål: *Säkerställa att synpunkter som rapporteras används i verksamhetens förbättringsarbeten.*

Resultat: Under 2019 har 59 synpunkter inkommit från patienter eller närstående via 1177 och brev direkt till VO. Antal nya enskilda ärenden från PaN har varit 37 st och från IVO har 12 enskilda ärenden inkommit. Av samtliga synpunkter och ärenden kategoriseras 69 st som Vård och behandling och 33 som kommunikation.

Analys: Alla ärenden besvaras skyndsamt.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Utifrån synpunkterna som inkommit varit lyhörd för möjligheter att utveckla och förbättra patientsäkerheten. Synpunkterna har också analyserats med utgångspunkt om de ska resultera i händelseanalyser. Med hjälp av en synpunkt uppmärksammades en händelse som sedan Lex Maria-anmäldes.

Planerat förbättringsarbete 2020: Vidare utveckla arbetet gällande synpunkter på vården.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019: Se bifogad handlingsplan.

Planerat förbättringsarbete 2020: Tydliggöra och öka kunskapen hos första linjens chefer kring när Lex Maria kan komma att bli aktuellt.

STRUKTURERAD JOURNALGRANSKNING



Mål: Verksamhetsområdet identifierar processer som behöver förbättras och genomför journalgranskning

Resultat: Journalgranskning sker sekundärt genom nationella kvalitetsregister.

Analys: Granskning inom olika processer sker genom olika nationella kvalitetsregister. Underlag till data i de nationella kvalitetsregistren hämtas ur journalen.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Fortsatt uthämtning av uppgifter i journaler till kvalitetsregister.

Planerat förbättringsarbete 2020: Utse en övergripande registeransvarig som håller reda på samtliga kvalitetsregister som VO är kopplat till och som tillser att data ifrån dessa återrapporteras till personalen.

FALLRISKPREVENTION OCH FALLSKADOR

Målnivå > 77 % dok åtgärder Datakälla: PPM Rapportor

Målnivå < 2,4 % Andel pat som fallit, med skada eller utan skada under aktuellt vårdtillfälle
Datakälla: Qlikview

Resultat: Vid årets PPM-mätning var 97 % av patienterna fallriskbedömda inom 24 timmar. Av patienter med fallrisk hade 75 % fallpreventiva åtgärder dokumenterade.

På kirurg- och urologkliniken har 0,4 procent, d v s 27 patienter fallit och skadat sig (2018: 0,4%, 29 st) och 1,4 procent, d v s 77 patienter fallit utan att skada sig (2018: 1,4%, 82 st)

Analys: De flesta patienter riskbedöms. Målet nåddes inte fullt ut när det gäller dokumenterade åtgärder hos patienter med fallrisk. En förklaring kan vara att de elektiva patienterna skrivs in på en mottagning där fallriskbedömningen utförs. Därefter opereras patienten och hämtas från uppvakningsavdelning till vårdavdelning där de fallpreventiva åtgärderna ska dokumenteras. De korta vårdtiderna med många in och utskrivningar varje dygn kan vara en annan förklaring till att dokumentationen av detta inte prioriteras fullt ut.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Fortsatt arbete med fallriskmarkörer på vårdavdelningarna i form av information till patienterna, armband samt märkning av sängar. På kliniken pågår fortlöpande ett fallpreventivt arbete. På morgonmötena inventeras vilka patienter som har fallrisk och i samband med NEWS-kontroller ses vårdutrymmen över för att identifiera



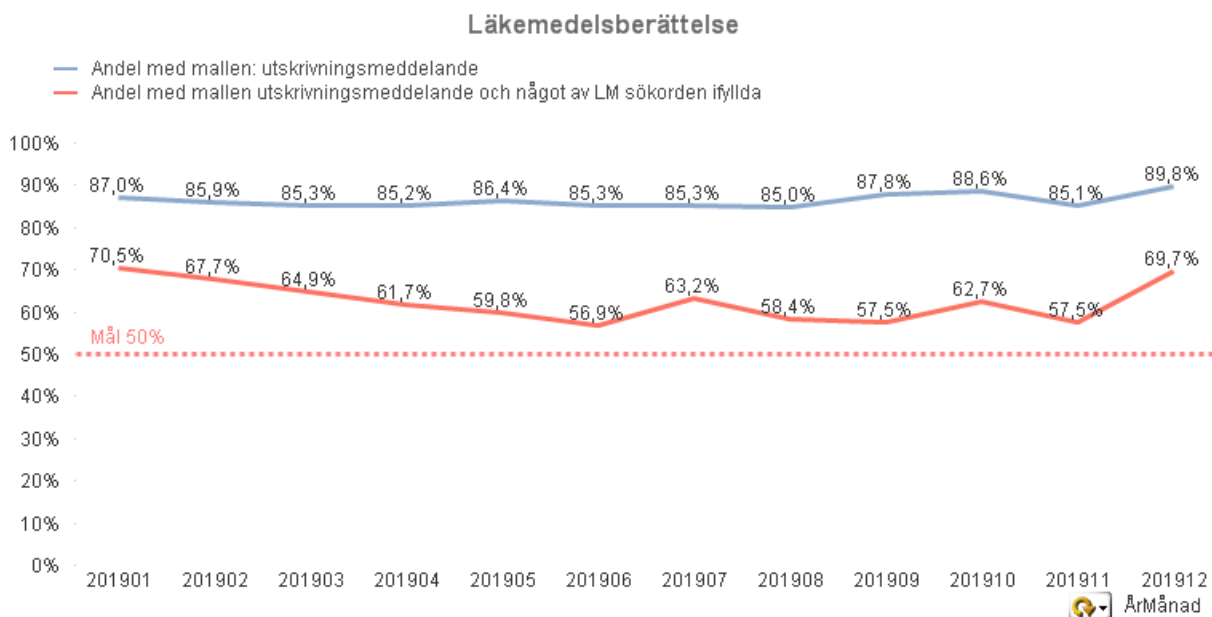
eventuella snubbelrisker. Dropp till patienter nattetid undviks i möjligaste mån.

Patienter med risk för fall använder halksockor, vissa får larmmattor och placeras på vårdplatser närmast toaletten.

Planerat förbättringsarbete 2020: Deltagande i sjukhusgemensamma satsningar gällande fallprevention.

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview, Målnivå: 52 %



Resultat: Under 2019 ligger andelen patienter som fått en läkemedelsberättelse i snitt på 62,4 %.



Analys: Resultatet ligger över målnivån på 52 % men under 2018 års siffror (67,8 %). Andelen patienter som får ett utskrivningsmeddelande ligger på en jämn hög nivå men det finns ett fortsatt behov att aktualisera användandet av mallen för läkemedelsberättelse.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Arbete har pågått med att förfina mallar i TakeCare. Lathund för dessa mallar är framtagen.

Planerat förbättringsarbete 2020: Införande av reviderade mallar planeras under året.

MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor, Målnivå 90 % för MRSA

Resultat: Andelen patienter med korrekt följsamhet till vårdprogram avseende screening för MRSA var 93 % respektive 67 % vid årets PPM-mätningar.

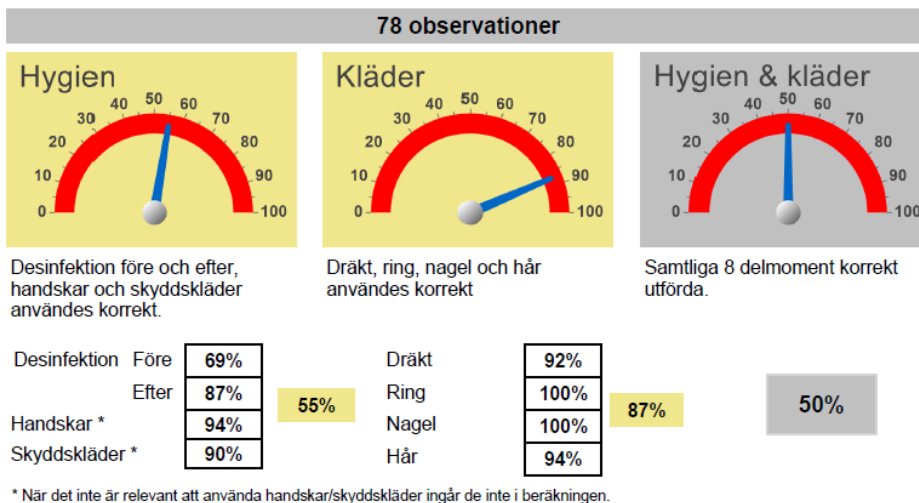
Analys: Sedan 2018 har nya rutiner införts på vårdavdelningarna gällande screening av patienter. Detta avspeglar sig troligtvis i vårens resultat där 93 % av patienterna var screenade. Dock har rutinen varit svår att upprätthålla under hela året.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Arbete har pågått gällande screeningrutiner för elektiva patienter och riktlinje har reviderats.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med att säkerställa att rutinen för screening av patienter på vårdavdelningarna efterlevs.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

Resultat: 50 % korrekt utförda moment, observationsstudie



Analys: Precis som vid tidigare genomförda observationer är det framförallt följsamheten till momentet "Desinfektion före patientkontakt" som är lägst. En orsak som ofta nämns av medarbetare är svårigheten att sätta på sig handskar efter användande av handsprit. Efter införande av sängcentral saknas också handspritsflaskor på sängarna i större utsträckning än tidigare.

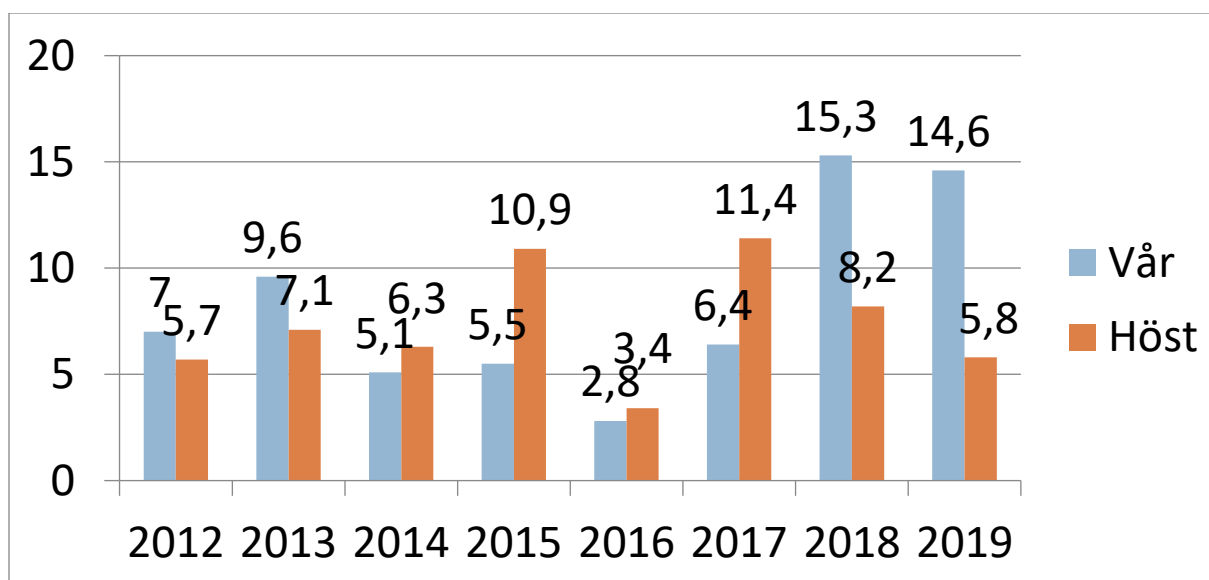
Genomfört förbättringsarbete 2019: Temamånad för hygien har genomförts under året med föreläsningar från vårdhygien, användande av hand-checkapparat samt dagliga frågor kring hygien som diskuterats på enheterna.

Planerat förbättringsarbete 2020: Två temamånader är inplanerad även för detta år. Dialog kring handspritsflaskor på sängarna har tidigare förts med ansvariga för sängcentralen. Då detta fortfarande inte fungerar behöver fortsatta samtal föras.

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 6% förekomst, särredovisa egenförvärvade VRI

Andel patienter med egenförvärvad VRI kir-uro PPM 2012-2019



Resultat: PPM VT 14,6%, PPM HT 5,8%

Analys: Andelen patienter med VRI på kir-uro kliniken varierar stort vid varje uppföljningstillfälle. Generellt kan sägas en opererande verksamhet oftast har en högre andel patienter med VRI jämfört med icke opererande verksamheter. Kirurgiska ingrepp i mag-tarmkanal samt urinvägar medför risk för vårdrelaterade infektioner. En tendens ses att ett färre antal vårdplatser de senaste åren har medfört en större andel patienter med VRI vid PPM-mätningarna.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Förbättringsarbete har som tidigare beskrivits pågått gällande basala hygienrutiner men även förändrade operationstekniker som ex. endoskopisk komponentseparering (se *Täckningsgrad i svenska bukväggsregistret*). Exempelrapporter har börjat tas ut ur infektionsverket för att kunna följa trender gällande VRI-förekomst inom verksamhetsområdet.



Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt utveckling av minimalinvasiv kirurgi och optimering av patienter inför kirurgi med syfte att förbättra vården och minska postoperativa komplikationer där VRI är en del. Fortsatt arbete pågår med rutiner för basala hygienrutiner. Under 2020 planeras en mer strukturerad användning av infektionsverktyget som ett stöd i förbättringsarbetet.

PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 3% egenförvärvade kat 2-4 inkl A/B, dok åtgärder > 75 %

Resultat: Andelen riskbedömda patienter var 100 % vid PPM-mätningen. Ingen patient hade något egenförvärvat trycksår kategori 2-4. Andelen dokumenterade åtgärder på 67 % vilket är under målet > 75 %.

Analys: Samtliga patienter riskbedöms men det är svårt att nå målet när det gäller dokumenterade åtgärder. Sårgruppen har genomfört ytterligare en lokal PPM-mätning under hösten där andelen dokumenterade åtgärder låg på 74 %.

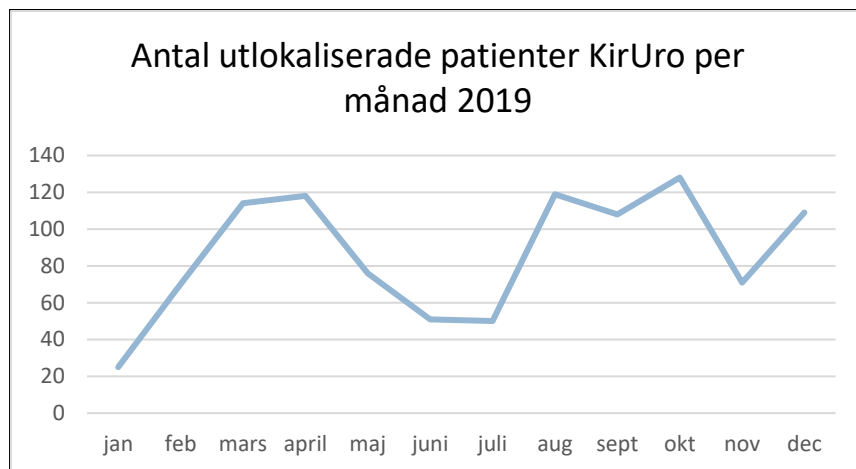
Genomfört förbättringsarbete 2019: Gällande riskbedömning trycksår har utbildningsinsatser genomförts i hur Norton fungerar samt bedömning av patientens aktuella status. Trycksår kategori 2-4 är sällan förekommande. Fortsatt utbildning har genomförts i vikten av att inspektera hudkostymen på patienterna, identifiera risk samt sätta in åtgärder då risk ses samt när hudskada ses. Enstaka trycksår grad 1 förekommer men de uppmärksammas tidigt.

Planerat förbättringsarbete 2020: Vid senaste journalgranskningen hade de patienter med identifierad risk en upprättad IVP (individuell vårdplan) i 74% av fallen. Det finns fortfarande utrymme för förbättring och arbetet med detta kommer fortsätta under 2020. Införande av rutin att Nortonbedömning på torsdagar ska läggas in som aktivitet på samtliga patienter vid inskrivning.

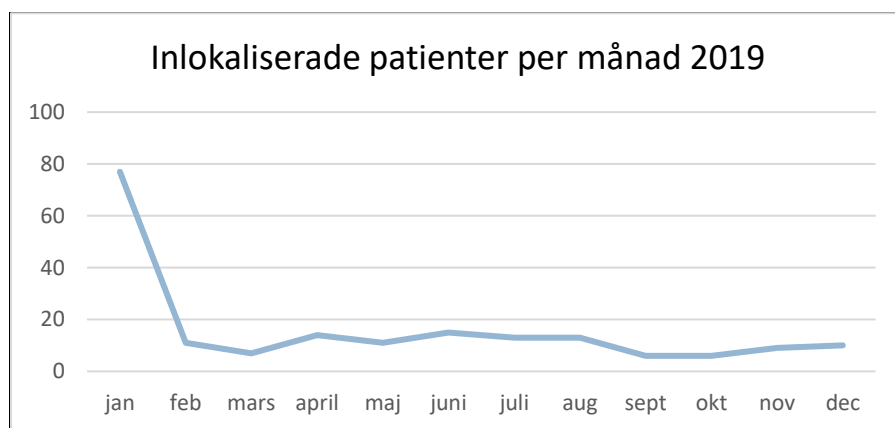
ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING

Datakälla: Qlikview

- **Resultat:** Beläggningen på vårdavdelningarna har i genomsnitt uppgått till 108%. Från VO KirUro var totalt 1039 patienter utlokaliserade 2019 (från Kir 810 st, från Uro 229). År 2018 var 446 patienter utlokaliserade till andra kliniker (Kir 310, Uro 136)



På VO KirUro 2019 var totalt 192 patienter inlokaliserade (2018: 778 st).



Analys: Det var en betydande ökning av utlokaliserade patienter från 2018 (från 446 till 1039 patienter) och motsatsen gällande inlokaliserade patienter, från 778 patienter 2018 till 192 patienter 2019. En anledning till den ökade utlokaliseringen under 2019 kan höras samman med beslutet om att inte vårda patienter i korridorer och förråd som togs i slutet av 2018.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Arbetat med förbättringar av arbetsmiljön (färre patienter per sjuksköterska och ej vårda patienter i korridorer och förråd) för att öka rekryteringen av sjuksköterskor och därmed möjliggöra öppnande av fler vårdplatser.

Planerat förbättringsarbete 2020: Öppna fler vårdplatser.

ÅTERINLÄGGNING INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

Datakälla: Qlikview



Mål: < 7,5 %

Resultat: 4,9 procent. Totalt skrevs 1535 patienter över 80 år ut från kirurg och urologkliniken. Av dessa var det 75 st som skrevs in igen inom 7 dagar.

Analys: När målet.

Genomfört förbättringsarbete 2019: God planering inför utskrivning av samtliga patienter. Vårdsamordnare på avdelningarna är en viktig tillgång.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt arbete med god planering inför utskrivning.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖREBYGGANDE AV UNDERNÄRING I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor, Målnivå > 80% nutritionsbedömning, ordinerade åtgärder > 72%

Resultat: Andel patienter som nutritionsbedömts ligger på 92 % vid vårens mätning samt 92 % vid höstens mätning. Andel patienter med risk för undernäring som har ordinerade åtgärder var vid vårens mätning 74 % och vid höstens mätning 78 %.

Analys: Andel patienter som nutritionsbedömts har legat stadigt på en hög nivå under många år. Däremot har målet för andelen patienter med ordinerade varit svårare att nå under tidigare år. Det är glädjande att målen nåtts i år. Fortsatt utvärdering kommer göras för att se om detta är tillfällig förbättring eller ej.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Omvårdnadsgruppen inom nutrition har under året arbetat med frågor gällande riskbedömning samt dokumentation av åtgärder. De har ansvarat för en temamånad inom nutrition under våren. Dessutom har arbete med rutiner för mellanmål och servering av näringsdryck pågått. Ambitionen har också varit att minska tiden för nattfasta för patienter på vårdavdelningarna. Detta har dock varit svårt att följa upp.

Planerat förbättringsarbete 2020: Omvårdnadsgruppen inom nutrition fortsätter sitt arbete inom området under 2020 utifrån gruppens upprättade verksamhetsplan. Temamånad nutrition är inplanerad under våren. Satsning kommer göras för att köksansvariga samt undersköterskor genomför måltidsutbildning i Lärtorget.

PATIENTUPPLEVD KVALITET

Datakälla: Rapportor

Mål: Helhetsintryck, Öppenvård > 90 %, Slutenvård > 86 %



Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019	Resultat öppenvården <i>andel positiva svar %-svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Öppenvård	Resultat slutenvården <i>andel positiva svar %-svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Slutenvård
Delaktighet och involvering	-”Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?”	89%	296	88 %	223
Information och kunskap	-”Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?”	93%	305	92 %	230
Helhetsintryck	- ”Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?”	96%	290	97 %	229

Analys: Med tanke på vårdplats- och bemanningssituationen som verksamheten präglats av är resultaten från patientenkäterna förvånande höga. Målet för helhetsintryck nås med stor marginal både inom sluten- och öppenvård. Resultaten ligger högre än i förra årets nationella patientenkät. Detta kan till viss del bero på att metoden i nationell patientenkät är något annorlunda med enkäter som skickas hem till patienter jämfört med årets enkät där svaren lämnas i samband med vårdtillfället.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Då vi bytt enkätmetod under 2019 har arbetet främst handlat om att ta fram nya enkäter och genomföra själva mätningen. Mätningen genomfördes under november och december månad. Åtgärder utifrån resultatet kommer tas fram under början av 2020.

Planerat förbättringsarbete 2020: Plan för åtgärder utifrån resultatet kommer tas fram i samband med verksamhetsplaneringen för 2020.

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE



Samverkan med Praktikertjänst (PTJ) Endoskopi

Mål/Syfte: Minska antalet endoskopier som inte behöver DS resurser.

Analys: HSF avtal förhindrar att PTJ endoskopi utför endoskopier åt DS.

Genomfört förbättringsarbete 2019: VC Kir-Uro och VD träffade PTJ Endoskopis ledning, som berättade att de förutom verksamheten i Sollentuna, även tar över Hötorgets Endoskopi och ska starta en ny enhet i Danderyd. Kapacitet kommer alltså att finnas för att ta hand om en del av DS Endoskopacentrums patienter. Remisser vi skickar kommer att faktureras enligt avtalet med SLL, som ser endoskopier som medicinsk service. Vi hade därefter möte med HSF som inte kan se hur vi ska slippa betala enligt nuvarande avtal.

Samverkan med PTJ (PTJ) Palliativa Löwenströmska

Mål/Syfte: Minska antalet palliativa patienter på Kir-Uro DS

Resultat: Kontaktsjuksköterskor informerade om resultatet av mötet.

Analys: Möjligen har några vård dagar kunnat sparas.

Genomfört förbättringsarbete 2019: VC Kir-Uro och VD träffade PTJ Palliativa Löwenströmska och beskrev situationen. Vi fick veta att ASIH har överkapacitet och palliativa enheter underkapacitet i SLL. Det finns ibland lediga palliativa platser utan att det framgår i platsredovisningen på nätet. Viktigt att patienter ansluts till ASIH så snart det finns anledning och att ASIH sedan tar kontakt med palliativa enheter så att ASIH har reserverad patientplats på palliativ enhet och inte skickar patienten till akuten på DS, vilket ibland är fallet idag. Patienter har ett fritt val att välja vilken palliativ slutenvårdsenhet inom Region Stockholm som de önskar vårdas på. Kontaktsjuksköterskorna arbetar ständigt med att se vart platsläget är som bäst och redovisar detta för patienten.

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTTAGNING

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

Resultat: 31 % (2019), 40 % (2018)

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING:

Resultat: 1,12 timme (2019), 1,03 timme (2018)



ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID > 8 TIM

Resultat: 26 % (2019), 17% (2018)

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM FÖR PAT >80 ÅR. MÅL <97 %

Resultat: 66 % (2019), 75 % (2018)

Analys: Våra vistelsetider på kirurg- och urologakuten har generellt blivit längre under 2019 jämfört med föregående år och vi uppfyller inte våra mål. Den huvudsakliga förklaringen är bristen på vårdplatser vilket resulterat i att patienter har blivit kvar på akuten för utredning och vård som annars skulle skett på en vårdavdelning. I flera fall har patienter även färdigbehandlats på akuten. Införandet av KUDVA har avlastat kirurgakuten genom att återbesök hänvisats till KUDVA.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Inga direkta förbättringsarbeten har utförts under 2019. Den förväntade positiva effekten av KUDVA och AVA syns inte som förkortade vistelsetider på akuten. Den förväntade flytten som skulle ske 2019 sker 2020.

Planerat förbättringsarbete 2020: Flytt till medicinakuten med bättre lokaler. Införande av nytt arbetssätt på kirurgakuten med ledningsläkare och flödessjuksköterska. Förbättrat teamarbetet mellan läkare och sjuksköterska införs. Den förväntade tredje sjuksköterskan dagtid på kirurgakuten tror vi har en avgörande betydelse. Arbeta pågår för att öppna upp fler vårdplatser på vårdavdelningarna.

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Målnivå: > 75% mån-fre 8.00-21.00

Resultat: 18 %

Analys: Den huvudsakliga förklaringen är, precis som ovan, bristen på vårdplatser vilket resulterat i att patienter har blivit kvar på akuten för utredning och vård som annars skulle skett på en vårdavdelning.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Arbeta har pågått med förändrad rutin kring inläggning och rapportering från akuten till vårdavdelning.

Planerat förbättringsarbete 2020: Se text under "Vistelsetid vid akutmottagning".

LEDTIDER CANCER ENLIGT STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP (SVF)

Matstrupe och magsäckscancer

Kliniken har 28 patienter där vi startat vårdförlopp och 93% av dessa är remitterade från specialistvård. 50% av patienterna har fått tid till första besök inom 5 dagar vilket är en



försämring från föregående år där siffran låg på 71%. Däremot ökar andelen patienter med MDK (multidisciplinär konferens) inom målnivån från 62% 2018 till 85% 2019.

Då de absoluta talen patienter inom denna sjukdomsgrupp är relativt låga resulterar små absoluta förändringar i stora relativa varför dessa förändringar bör tolkas med försiktighet.

Kirurgkliniken fortsätter att arbeta med att snabbt kunna erbjuda patienter med misstanke om cancer i matstrupe och magsäck tid till specialist på mottagningen, vidare prioriterad endoskopisk och radiologisk diagnostik samt MDK dragning.

Bukspottkörtelcancer

Kliniken har haft en ökande trend med registrerade SVF avseende Bukspottkörtelcancer. För 2017 registrerades 54 patienter, 2018 var 88 patienter och under 2019 registrerades 120 SVF-anmälda. Främsta orsaken till ökningen tros bero på kombinerad ökad tillströmning av patienter samt färre missade anmälda fall.

Av 120 patienter startades SVF i primärvården hos 33 (27,5 %). 80 % av patienterna fick tid till första besök inom 7 dagar (median 4 dagar). Det är en förbättring jämförd 2018 då 64 % av patienterna fick tid inom 1 vecka.

Väntetid från första besök till MDK har försämrats. För 2018 fick 64 % av patienterna tid till MDK inom 1 vecka. För 2019 diskuterades endast 30% på MDK inom 1 vecka (median 9 dagar).

Misstanke om bukspottkörtelcancer avskrevs hos 15 (12,5 %) patienter. Av de 105 patienter med cancer genomgick 22 (21 %) resektionskirurgi på Karolinska Huddinge.

Väntetid för start av SVF till start av palliativ behandling ligger fortsatt på en bra nivå med 92% patienter som startade sin palliativa behandling inom 22 dagar (2018 var 85%).

Förbättringsarbeten under 2019: Trots en ökning i antal SVF fall har vi haft god tillgänglighet och effektivitet. Samarbete mellan SVF-koordinator och kontaktsköterskor har resulterat i färre antal missade SVF. En gemensam lista för SVF bukspottkörtelcancer skapats i Take Care. 70 % av patienterna med bukspottkörtelcancer har gulsot och majoritet av patienterna skall erhålla cellgift. Under 2019 startade vi projekt med avsikt att patienterna genomgår trippelgrepp under samma anestesi. Endoskopiskt ultraljud för att erhålla biopsi, ERCP för att erhålla stent samt injektionsport för att komma igång med cellgiftsbehandling under samma narkos. Det resulterade i ökad effektivitet och patientnytta.

Det som behöver ytterligare förbättras är rapportering till SVF-koordinator. Det gäller främst patienter som kirurgkliniken kommer i kontakt med poliklinisk eller vid konsultation på andra kliniker.

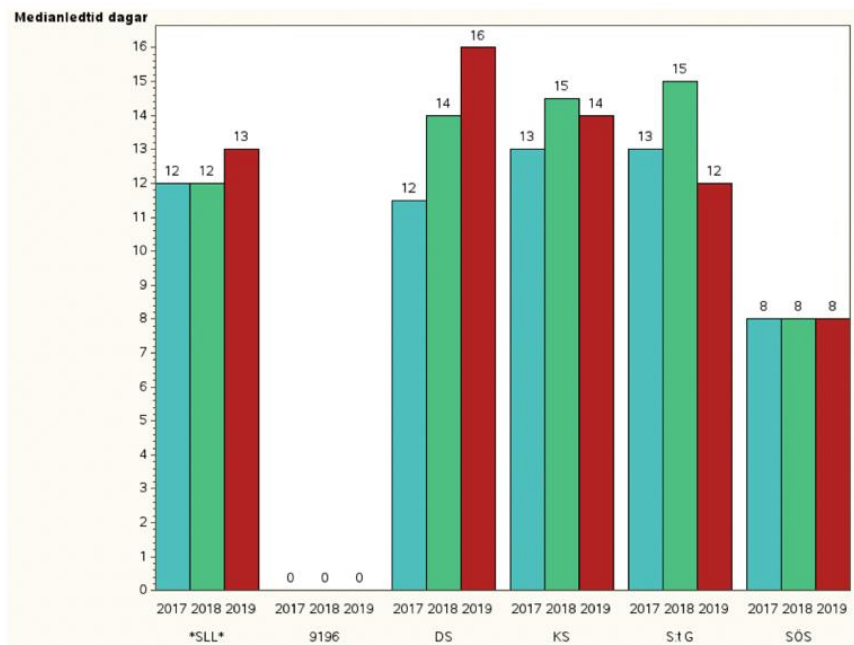
Urinblåsecancer



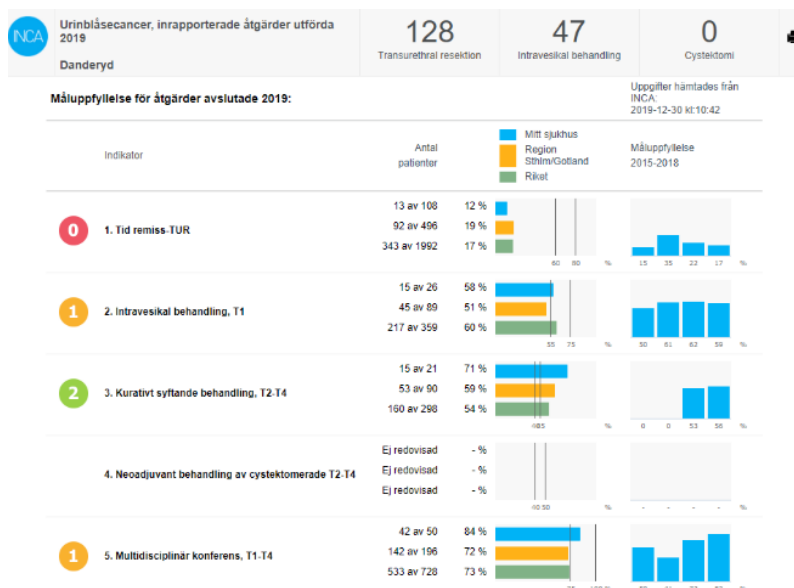
Mål: Målet är att kunna genomföra diagnostisk operation och avge svar från PAD inom de stipulerade 14 dagarna

Resultat: Antalet operationer utförda vid Danderyds Sjukhus för nyinsjuknande i urinblåsecancer var under 2019 128 enligt INCA-plattformens "Koll på Läget" 2019-12-30.

Ledtider för nyinsjuknade i urinblåsecancer för de senaste sex månaderna respektive år



Mediantider från välgrundad misstanke om blåscancer till första operation vid DS.
Källa Cancercentrum.se ledtider i realtid





Analys: Väntetiden för diagnostisk operation successivt försämrats vid Danderyds sjukhus jämfört med andra enheter inom SLL trots att även de drabbats av effekterna av nya patientflöden efter ändringarna av patientflöden inom regionen.

Positivt är att Danderyds Sjukhus har godtagbar till hög måluppfyllelse avseende intravesikal behandling och multidisciplinär konferens. Dessa ingår inte i vad som för närvarande prioriteras för SVF men kan ses som ett mått på var vi behöver prioritera.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Truls Gårdmark påbörjade sitt arbete som processledare. Möten för fortsatt samverkan både med TioHundra Norrtälje och öppenvårdsurologin planerades. Planen var att kapaciteten för utredning och operation på TioHundra Norrtälje skulle kunna ökas men inledningen av året gav ingen sådan möjlighet. Tvärtom minskade kapaciteten på ett sådant sätt att man bad DS om bistånd istället. Jenny Rundgren som är medprocessledare arbetade vidare med den individuella vårdplanen och för att stödja kontaktsjuksköterskefunktionen vid kliniken. Möte med SVF-registrerarna genomfördes

Planerat förbättringsarbete 2020: Operationsplaneringen behöver monitoreras och styras om så att TUR-B inom SVF prioriteras på ett annat sätt än idag. Vi kan ha möte för att lära av Södersjukhuset hur man löser frågan där.

Registreringsarbetet för SVF behöver fortfarande revideras så att en mer tillförlitlig statistik kan fås ut och termerna som används behöver bearbetas och förtydligas. Vi planerar nya möten med registrerare under året.

Njurcancer

Resultat/Analys: Antalet njurcanceroperationer vid Danderyds sjukhus fortsätter att öka, och 2019 behandlades totalt 78 patienter med någon form av kirurgisk intervention, en ökning med 20% från föregående år, vilket gör Danderyds sjukhus till en av de största enheterna i Sverige. Beställarna har under året fattat beslut om att implementera förslaget om regional nivåstrukturering där Danderyd kommer bli en av tre enheter i SLL som fortsätter att behandla njurcancer. Man kan därför förvänta en fortsatt ökning av antalet behandlingar. Andelen minimalinvasiva ingrepp fortsatte att öka i form av laparoskopi, resektioner och ablationer. Bland annat pga fortsatt regionalt ansvar för ärftliga njurtumörer.

100 % av patienterna utreddes med DT thorax, 100 % av patienterna med metastaserad sjukdom diskuterades på multidisciplinär konferens, 86 % av patienterna tilldelades en namngiven kontaktsjuksköterska och 93 % av patienter med T1a tumörer behandlades med nefronsparande kirurgi eller ablation. 78 % av patienterna med T2-tumörer behandlades med laparoskopisk teknik.

Väntetid från remiss respektive behandlingsbeslut till operation försämrades under 2019 till 12 resp 20 % måluppfyllelse enligt vårdprogrammet. Detta beror på brist på operationsresurser, personal och undanträngningseffekter från andra urologiska operationer när Karolinska Sjukhuset minskat sitt uppdrag. Samt neddragningar i samband med flytt till ny



operationsbyggnad. Urologen har fr om 2019 fått ett ökat operationsutrymme vilket på sikt förväntas förbättra dessa siffror.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Under 2018 påbörjades försök med gemensamt besök med läkare och kontaktsjuksköterska vid PAD svar för att förbättra andelen patienter som tilldelats en namngiven kontaktsjuksköterska.

Planerat förbättringsarbete 2020: Samtliga metastaserande fall diskuteras på MDK enligt gällande vårdprogram. Från och med hösten 2019 har vi utökat detta så samtliga fall som kan bli aktuella för kirurgi diskuteras på MDK. Detta görs för att höja kvaliteten på de behandlingsrekommendationer som ges patienterna vid diagnos. Ett arbete pågår med de två andra opererande enheterna i Stockholm för att införa sjuksköterskeledda njurcancerdispensärer för patienterna som följs upp efter kurativt syftande kirurgi.

Urologsektionen planerar också att minska ledtiderna från genomförd röntgenundersökning till patienten för svar på röntgenundersökningen genom ett samarbete mellan röntgenkliniken och urologmottagningen.

Prostatacancer

Resultat: För män som inkom till Danderyds Sjukhus som led i diagnostik av prostatacancer erhöll 67% tid till mottagning inom 14 dagar och samtliga patienter erhöll kontakt med kontaktsköterska (100%). Tidig diagnostik och viss icke-kurativ behandling av prostatacancer sker till stor del inom den urologiska öppenvården utanför Danderyds Sjukhus. Vid Danderyds Sjukhus genomgick 66 män operation för prostatacancer under året, samtliga med robot-assisterad teknik. Av dessa uppvisade 88% radikalt operationspreparat och 79% av operationerna genomfördes med nerv-sparande teknik (jämför 86% resp 69% nationellt). Samtliga män som opererats erhöll kontakt med kontaktsköterska och samtliga män med hög-risk cancer diskuterades vid multidisciplinär konferens. Väntetiden till operation var i median 51 dagar (jämför 40 nationellt).

Analys: Danderyds Sjukhus erbjuder god kvalitet avseende operationsresultat, men har längre väntetider till diagnostik och behandling än önskvärt.

Genomfört förbättringsarbete 2019: En ytterligare prostatektomi-operatör har utbildats. Ett strukturerat formulär för inrapportering av operationsteknik har införts.

Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsatt noggrann kontroll av kvalitet enligt parametrar i Nationella Prostatacancerregistret (INCA NPCR). Särskilt fokus på ledtider och operationsutfall. Implementering av MR-riktade biopsier.

Kolorektal cancer

Mål: Ledtider för från start av SVF till start av behandling ska ligga inom 39 dagar för en basutredning och 53 dagar för en utökad utredning.



Resultat: Under 2019 har Kirurgkliniken, Danderyds sjukhus startat upp 421 standardiserade vårdförlopp avseende kolorektal cancer. 32% av remisserna har kommit från öppenvården och 68% från specialistsjukvården. 44% av förloppen avslutades på grund av att misstanken om cancer avskrivits, medicinska skäl, fynd av annan cancer eller patientens eget val. Hos 43% av patienterna startades behandling för kolorektal cancer, varav 33% med resektionskirurgi, 5% med stomi och 4% med palliativ behandling.

Basutredning har utförts vad gäller ledtider från start av SVF till start av behandling har dessa uppfyllts till 90% vid basutredning och 77% vid utökad utredning.

Analys: Ledtiderna är något längre än under 2018, då de uppfylldes till 92 respektive 85%. Det nationella målet att 80% av patienterna ska få behandlingsstart inom de föreslagna ledtiderna uppfylls dock väl vid basutredning och relativt väl vid utökad utredning. Vid utökad utredning är det framför allt tiden från koloskopi till behandlingsbeslut som har förlängts, från 98% måluppfyllelse 2018 till 76% 2019.

Genomfört förbättringsarbete 2019: Vi har försökt upprätthålla goda flöden och siffror genom löpande kontakt med representanter för onkologi, patologi och röntgen. Tidigare åtgärder har utvärderats.

Planerat förbättringsarbete 2020: Se över hur vi kan förbättra ledtiderna vid utökad utredning.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERN REVISIONER OCH INSPEKTIONER

I samband med intern revision gällande arbete med PNA (patientnära analyser) konstaterades en avvikelse. Enligt gällande riktlinje ska PNA-ombuden vara de utbildar andra medarbetare i handhavande av apparatur och arbetssätt vid PNA. Utbildningsansvaret får inte överlåtas på någon annan vilket förekommit.