



SPINE CENTER
GÖTEBORG

Kvalitetsrapport 2008

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

- I. Presentation av Spine Center Göteborg**
- II. Produktion**
- III. Kvalitetsarbete**
- IV. Forskning**
- V. Mål och planering inför 2009**

I. Presentation av Spine Center Göteborg

Spine Center Göteborg AB driver sedan 070401 ryggkirurgisk verksamhet i Högsbo. Kliniken har en mottagningsenhet för ny- och återbesök, en vårdavdelning med 11 vårdplatser med bemanning för 7-dygnsvård, en operationsavdelning med 2 fullutrustade operationssalar och en uppvakningsavdelning med 6 vårdplatser, samt en sjukgymnastik- och rehabavdelning.

Vår grundidé är att bedriva högspecialiserad ryggkirurgi med högsta kompetens, bästa möjliga vård och största möjliga kostnadseffektivitet. Våra behandlingsresultat skall vara bättre och våra komplikationer skall vara färre än riksgenomsnittet i Svenska Ryggregistret. Vi skall ha en arbetsmiljö och personalsituation som befördrar arbetsglädje, kompetensutveckling och vårdentusiasm.

Kliniken har c:a 45 anställda. De 3 heltidsanställda ryggkirurgerna Åke Blixt, Olle Hägg, Bengt Lind, är samtliga disputerade och har mer än 20 års erfarenhet av ryggkirurgi. Anestesiläkare är Tina Gustafsson och Magnus Sjöberg. På sjukgymnastikavdelningen arbetar 4 heltidsanställda sjukgymnaster som sköter både slutenvårds och öppenvårdsrehabilitering. Närmare presentation av kliniken finns på vår hemsida (www.spinecenter.se/SpineCenter Göteborg)

II. Produktion

Under 2008 har vi genomfört 2842 mottagningsbesök, 578 operationer och 151 blockader. Vi har tagit emot patienter från VGR och Halland, som vi har avtal med sedan april 2008. Vi har tagit emot patienter från Värmland via separat avtal. Vi har också tagit emot patienter från andra landsting, patienter med privat sjukvårdsförsäkring och privatbetalande patienter.

III. Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet bedrivs som en regelbunden kvalitetsutvärdering och avvikelserapportering på operation, postop, mottagning och vårdavdelning under ledning av kvalitetsansvarig läkare. Sammanställningar av kvaliteten görs kvartalsvis och diskuteras på gemensamma personalmöten.

Vårdprocessen dokumenteras i ett lokalt Vårdkvalitetsregister där också 30 dgr enkätuppföljning avseende framför allt sårinfektioner ingår. Resultaten dokumenteras via uppföljning i Svenska Ryggregistret (SRR). Kvalitetsrapporten redovisar våra resultat enligt den mall som tagits fram för serviceline Spine inom Global Health Partner, där Stockholm Spine Center, Spine Center Bergen och Spine Center Göteborg ingår.

Kvalitetsarbetet redovisas under tre huvudrubriker:

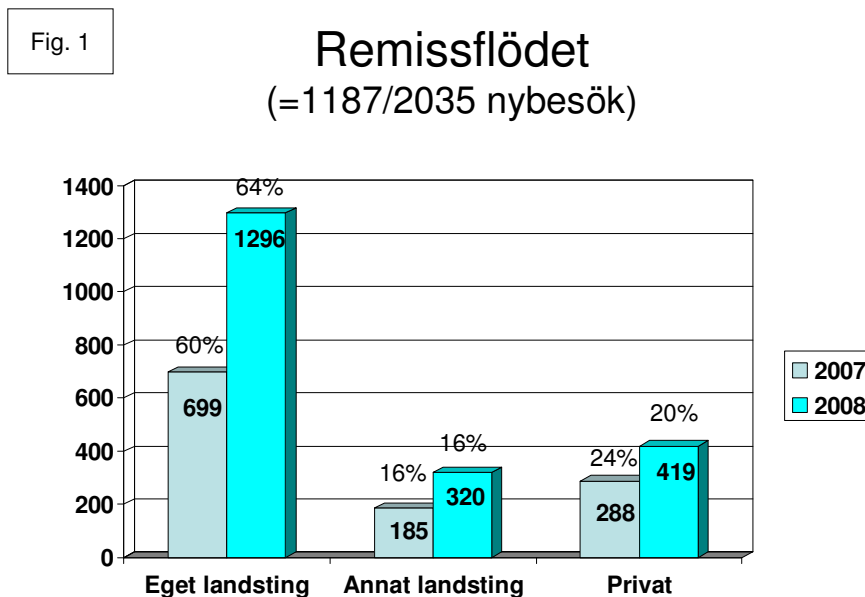
- A) Strukturmått (beskriver förutsättningar för verksamheten)**
- B) Processmått (beskriver verksamheten)**
- C) Resultatmått (verksamhetens medicinska resultat)**

A) Strukturmått

Remissflöde

Inkomna remisser ökade under 2008. Det totala antalet och fördelning på beställartyp framgår av fig 1. De lägre siffrorna 2007 beror delvis på att verksamheten startade i juni det året och alltså representerar 7 månaders produktion.

”Eget landsting” innebär VGR-patienter via vårdgarantiavtal. ”Annat landsting” innehåller patienter som kommit via underleverantörsavtal med Stockholm Spine Center, patienter som sökt via fria vårdvalet och remitterades från andra landsting. ”Privat” innehåller patienter som sökt med privata medel eller via försäkringsbolag. Mer än 90% av de privatbetalnde har sjukförsäkring.



Patientbeskrivning

Detta avser de patienter som opererats. Könsfördelningen var densamma 2007 och 2008: 51% kvinnor och 49% män. Åldersfördelning och medelålder samt preoperativ livskvalitet med EQ-5D visas i fig 2 och 3. Ländryggspatienterna på SCG har ung samma livskvalitet preoperativt som landet i övrigt, medan våra halsryggspatienter har genomsnittligen lägre livskvalitet.

I fig 4 visas fördelningen på ASA-grupper för 2007, medan exakta uppgifter för 2008 saknas pga journaltekniskt problem.

Andel förstagångskirurgi (de patienter som inte tidigare ryggopererats) är ung densamma för bägge åren.

Av de totalt 578 opererade patienterna hade 93% ländryggsdiagnos. 7% opererades för halsryggsdiagnos. Av diagnosfördelningen för ländrygg framgår att mer än hälften av patienterna opererades för spinal stenos, vidare att vi opererade färre diskbräck och fler SRS-tillstånd än genomsnittet för landets övriga kliniker. Jämförelsetal för halsryggsdiagnosfördelningen är inte tillgängliga vid rapportskrivandet. (Fig 5,6 och 7)

Fig. 2

Ålder (Op.fall)

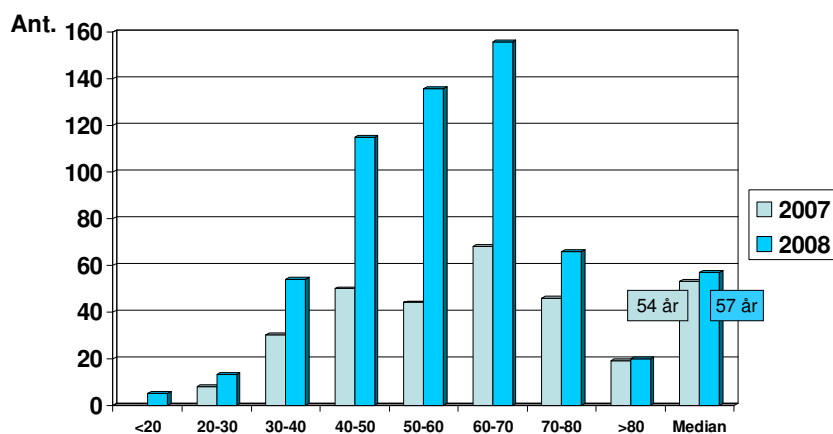


Fig. 3

Livskvalitet preop (mv EQ-5D)

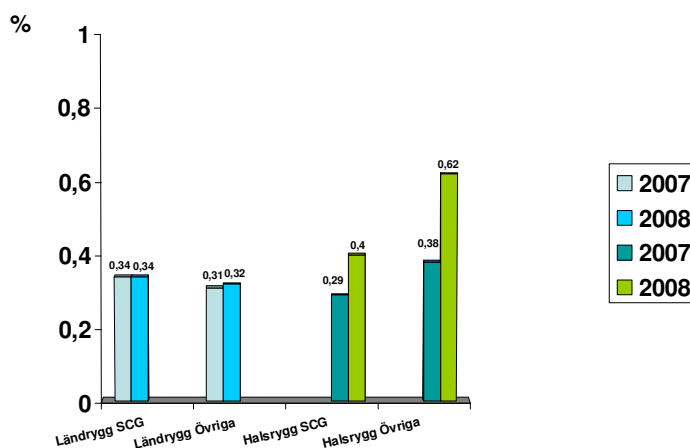


Fig. 5

Op. totalt

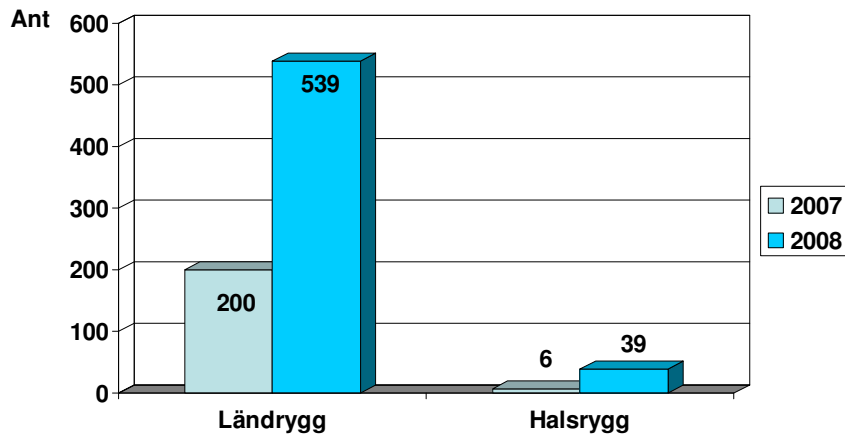
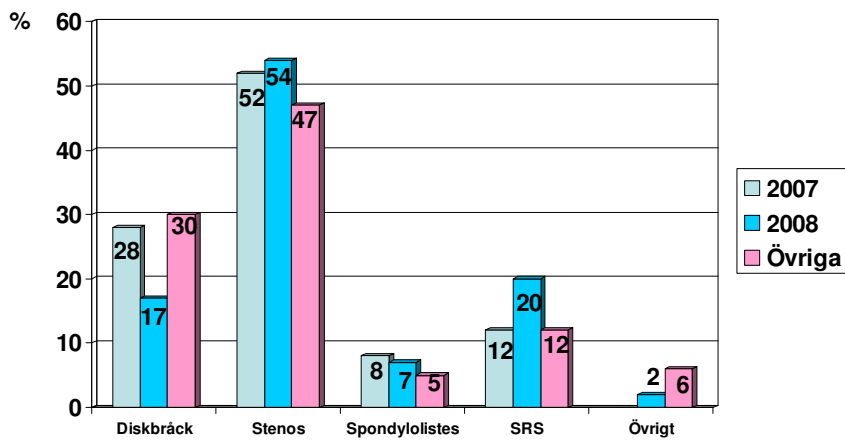


Fig. 6

Op.diagnoser ländrygg

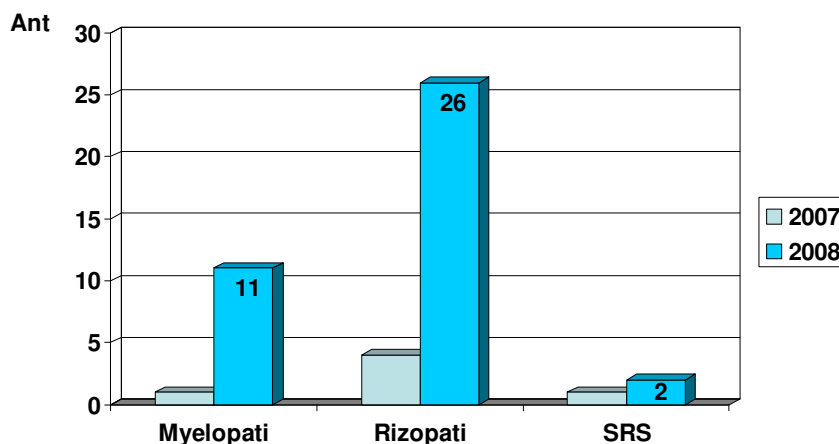


Antalet op 2007/2008 var för resp diagnosgrupp:

Diskbräck	56 / 98
Spinal stenosis	104 / 312
Spondylolistes	16 / 10
SRS	24 / 116
Övrigt	0 / 12

Fig. 7

Op.diagnoser halsrygg

**B) Processmått****Telefontillgänglighet**

Vår nuvarande telefonväxel medger inte registrering av inkommande samtal.

Väntetider remissankomst till bedömning (nybesök) och väntetid från beslut (nybesök) till operation

Se fig 8. De långa väntetiderna till både nybesök och operation orsakades till stor del av en stor anhopning av remisser från det gamla "IFK-avtalet" som tillfördes oss alldeles innan den nya avtalet trädde i kraft i april 2008.

Dessutom sökte under första halvåret många patienter under det fria vårdvalet till dess denna möjlighet upphörde. Under hela året var verksamheten inriktad på att successivt minska väntetiderna, vilket också gav resultat under det sista kvartalet. Väntetiden från nybesök till op överskattar räknemässigt den faktiska väntetiden mellan beslut och op., eftersom beslut i flera fall tagits först efter kompletterande utredning med t.ex. MR. Väntetiden till sådan inkluderas i tiden från nybesök till op.

Andel operationer/nybesök och fördelat på beställartyp framgår av fig 9-12.

Vidareremiss till annat sjukhus och egna operationer på annat sjukhus, se fig 13.

Strukna patienter från operation: Inga patienter har strukits av administrativa skäl. Två patienter har strukits på operationsdagens morgon av medicinska skäl.

Fig. 8

Väntetider (mv dgr)

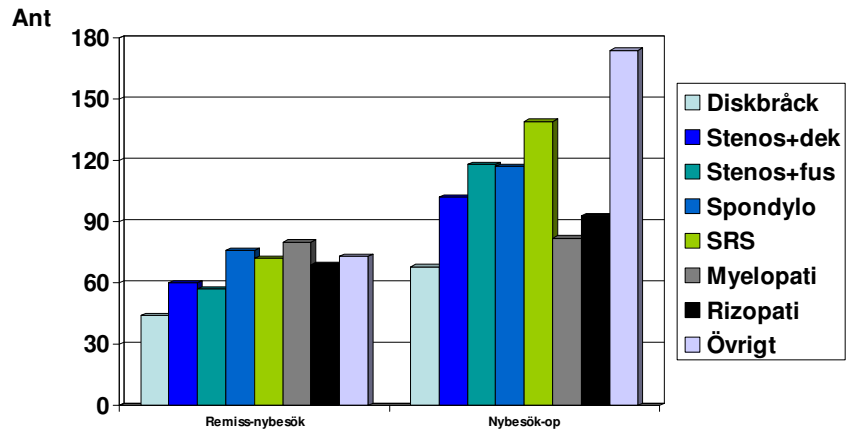


Fig. 9

Mottagningsbesök

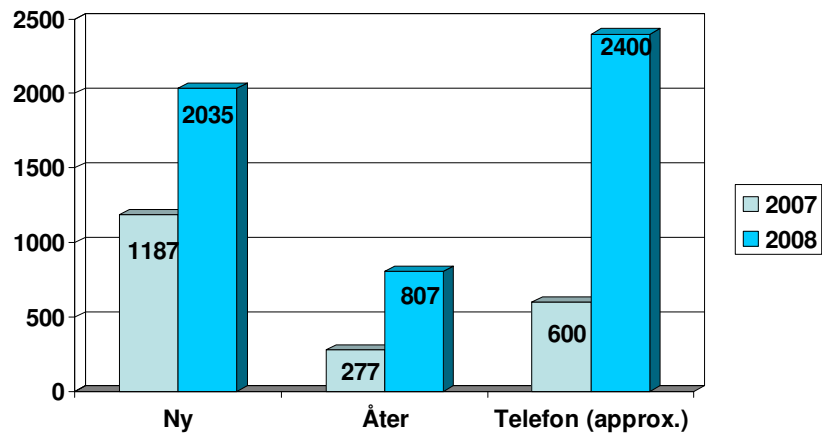


Fig. 10

Andel op per nybesök Totalt

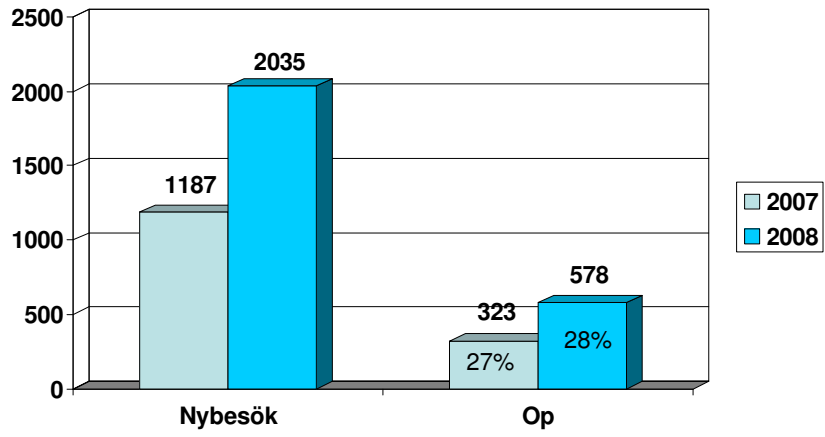


Fig. 11

Andel op per nybesök Beställartyp

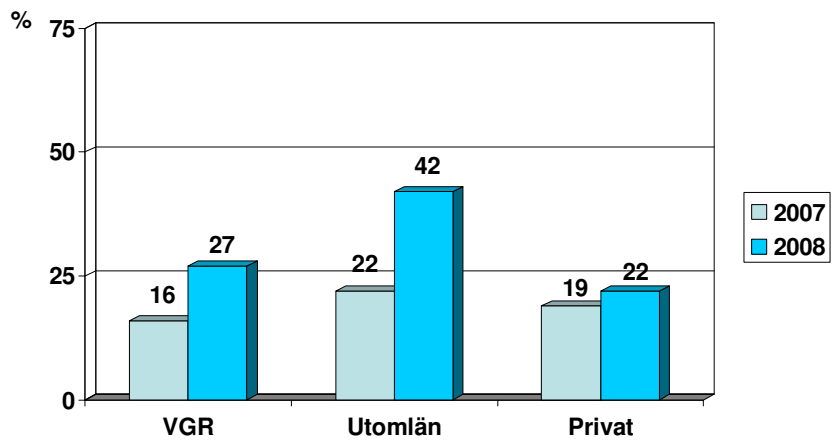


Fig. 12

Andel op per beställartyp

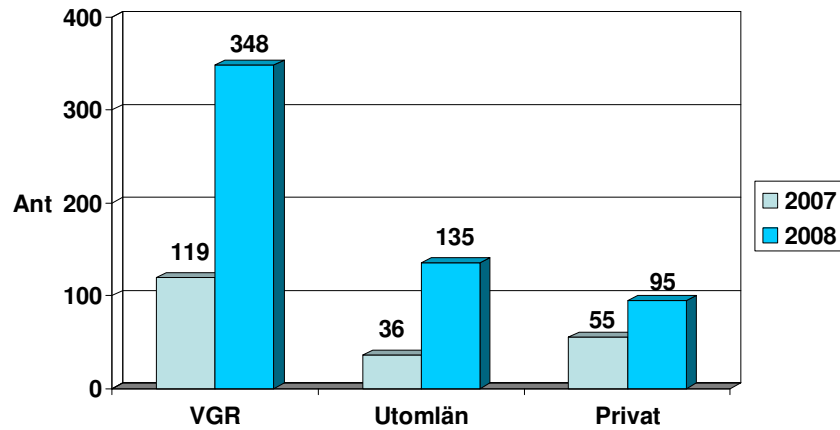
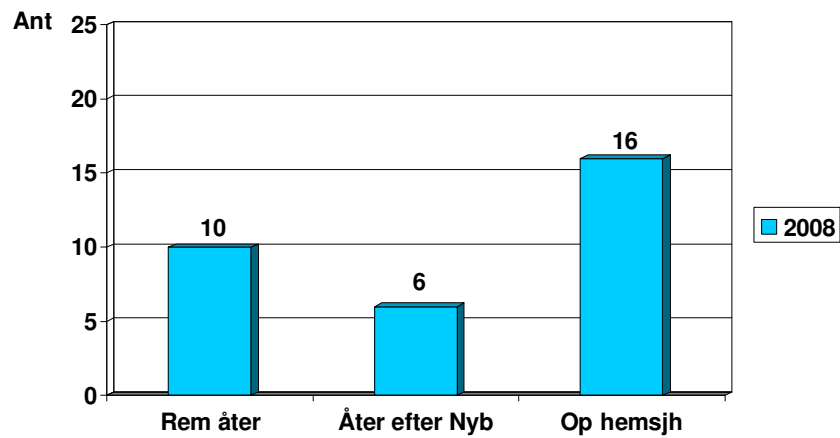


Fig. 13

Op.fall ej op SCG
Comorbiditet = IVA-risk**Anestesikomplikationer under operation**

SFAI (Svensk förening för anesthesiologi och intensivvård) har ännu inte givit def direktiv för komplikationsregistrering under kirurgisk anesthesi. Av denna anledning har specifika anesthesiassocierade komplikationer inte registrerats. Däremot finns avvikelser registrerade (se denna rubrik).

Blödning, transfusion och cellsaveranvändning

Genomsnittlig peroperativ blodförlust är relativt låg och endast enstaka patienter har behövt peroperativ el postoperativ transfusion. Cellsaver har

använts vid 39 operationer och i 11 fall har blod återförts till patient. (Fig 14 och 15).

Fig. 14

Perop. blödning (2008)

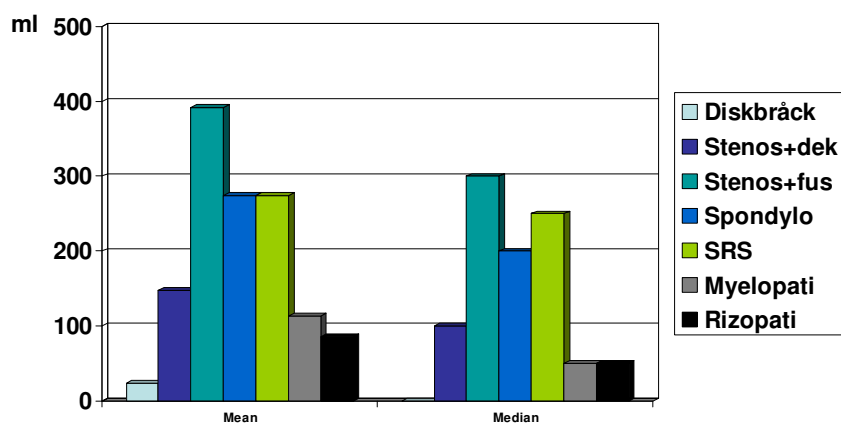
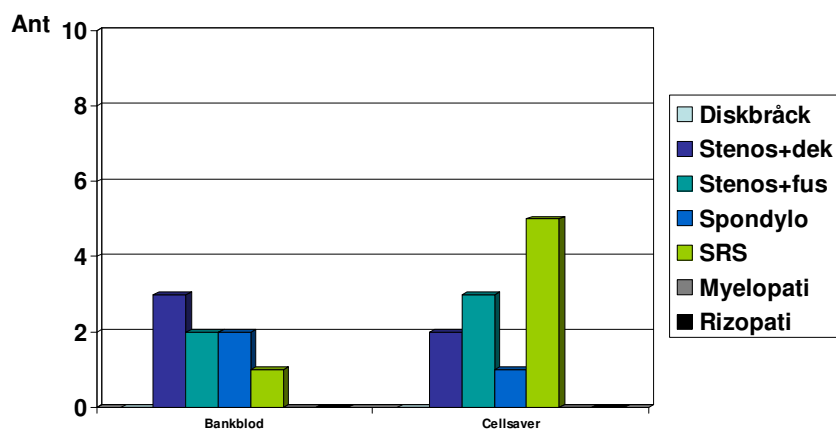


Fig. 15

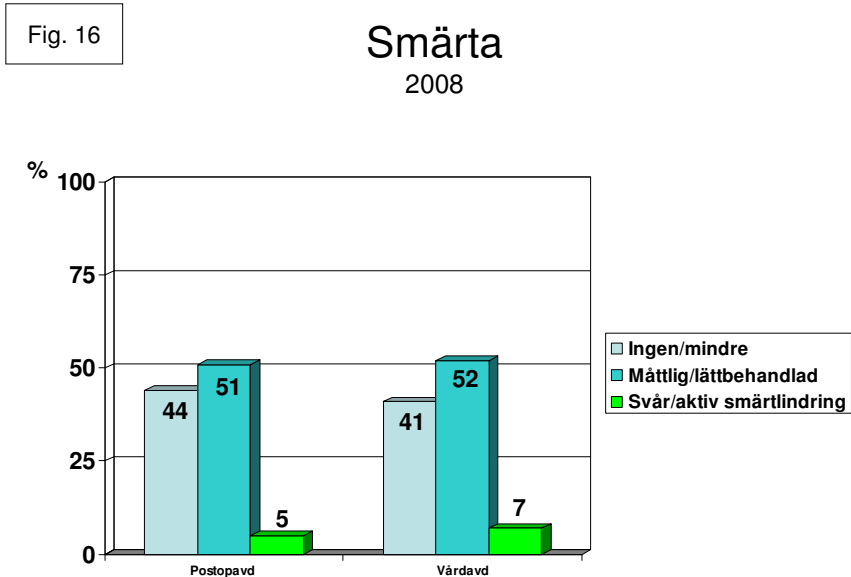
Transfusion (Antal patienter)



Postoperativ smärta

Postoperativ smärta har skattats av personalen i tre kategorier: ingen/mindre, måttlig/lättbehandlad eller svår/behov av aktiv smärt lindring. Trots att vi inte har använt vare sig epiduralanalogi (EDA) eller patientkontrollerad intravenös analogi (PCA) är postoperativ smärta inte något stort problem. Vi använder morfin och paracetamol parenteralt och peroralt till fusionspatienter och paracetamol/kodein och antiflogistica till patienter som genomgår dekompression/diskbräcksexstirpation. Vi har infört rutinen att alla patienter,

oavsett diagnos och operationstyp mobiliseras till sittande på sängkanten och helst stående 2-4 tim postoperativt medan de fortfarande övervakas på uppvakningsavdelningen. Denna tidiga mobilisering förefaller förstärka smärtlindringen, underlätta fortsatt mobilisering och även bidra till korta vårdtider. (Fig 16)



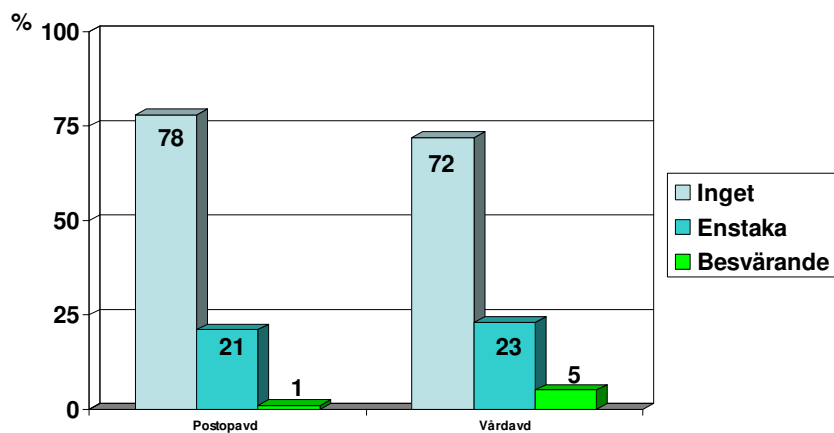
Postoperativt illamående/kräkningar

Detta skattas av personalen i tre kategorier: inget illamående, illamående/kräkning vid enstaka tillfälle resp besvärande illamående/kräkningar. 25% av patienterna har illamående/kräkningar som är mer el mindre besvärande och föranleder aktiv behandling. (Fig 17)

Som jämförelse framgår av KUPP-enkäten (se nedan) att mer än 90% av patienterna ansåg att de fått effektiv smärtlindring och behandling av illamående.

Fig. 17

Illamående 2008



KAD peroperativt används på 63% av patienterna. Urintappning pga urinretention postoperativt krävdes i 12%. 2% fick antibiotikabehandling för urinvägsinfektion. (Fig 18)

Hud- och sårproblem under vårdtiden beskrivs i fig 19.

Fig. 18

Urinvägarna

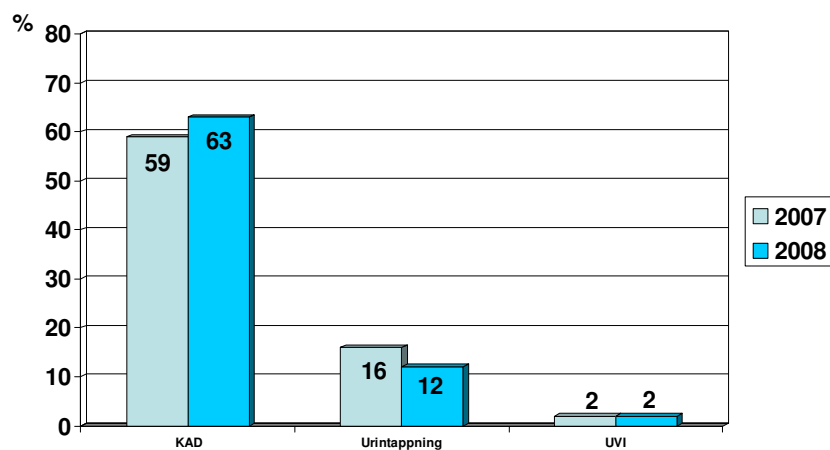
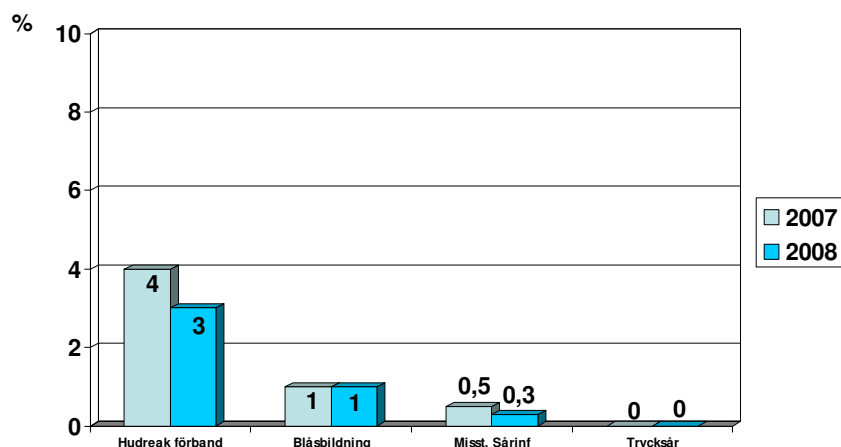


Fig. 19

Sårproblem under vårdtiden



Vårdtider generellt och per diagnos beskrivs i fig 20 och 21. I beräkning av vårdtid är inskrivningsdag och utskrivningsdag beräknade som 1 dygn var vilket innebär att en patient som läggs in på operationsdagens morgon och går hem dagen efter, dvs 1 övernattnig, registreras för 2 vårddyg.

Utskrivning till akutsjukhus gjordes för 5 patienter med akuta medicinska komplikationer. 4 patienter utskrevs till extern rehabiliteringsinstitution (fig 22). Registrerings- och uppföljningsfrekvens i Svenska Ryggregistret och lokala Vårdkvalitetsregistret framgår av fig 23. Uppföljningstiden i SRR är 1 år, i VKR 30 dgr.

Under året har gjorts fyra anmälningar till PSR. Inga anmälningar i övrigt till någon instans (fig 24).

Fig. 20

Vårdtid

(Ex: 1 övernattnng = 2 vårdtygn)

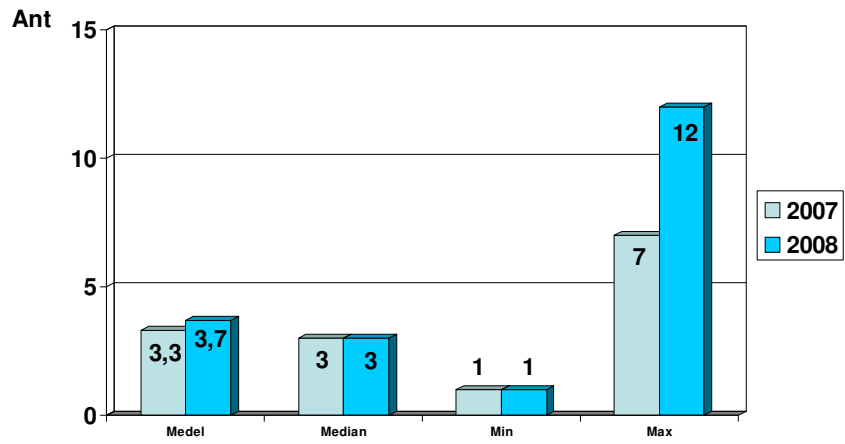


Fig. 21

Vårdtid

(Ex: 1 övernattnng = 2 vårdtygn)

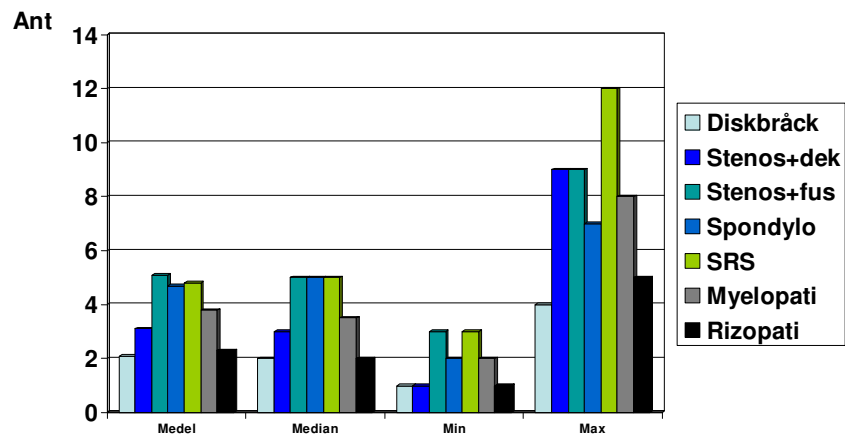


Fig. 22

Utskriven till annat inst.

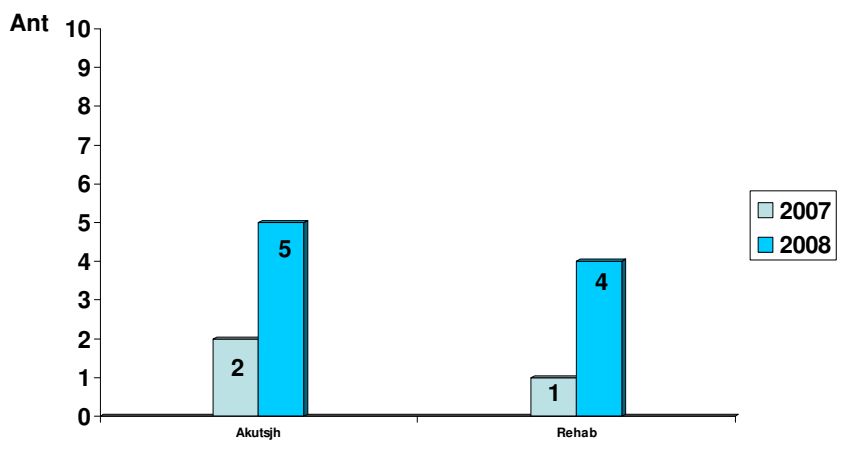


Fig. 23

Registrering och uppföljning

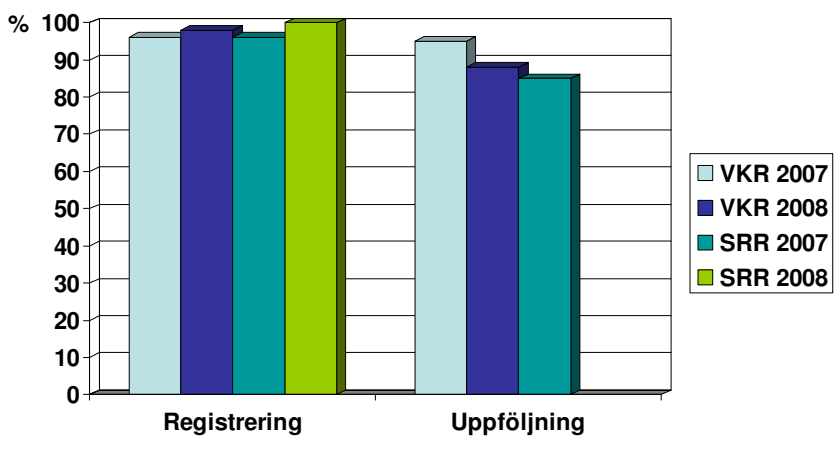
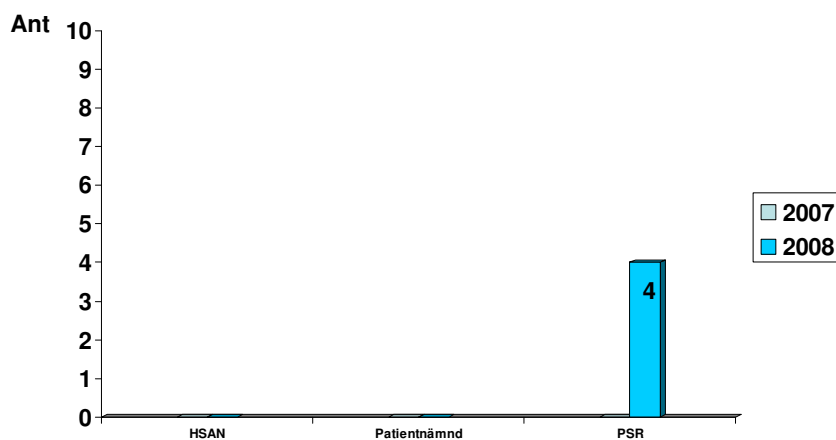


Fig. 24

Anmälningar



KUPP (Kvalitet ur patientens perspektiv) är en patientbaserad enkät som beskriver patienternas upplevelse av mottagningsbesök och vårdtid på Spine Center Göteborg.

Vi har genomfört en enkät på mottagningen besvarad av 210 patienter. Enkäten genomfördes med pekskärm i avskilt område av mottagningsväntrummet. Könsfördelning och åldersfördelning överensstämmer med de opererade patienternas fördelning. 12% av patienterna upplevde väntetiden för att komma till oss som svår eller mycket svår. 85% av patienterna fick komma in på avtalad tid vid mottagningsbesöket.

Kvalitetssammanställningen görs i form av horisontella staplar med en skala på 0-100 där gula, gröna och blå fält representerar acceptabel, bra kvalitet medan röda fält marker bristande kvalitet. Av fig 25 framgår att vi har problem framför allt med telefontillgänglighet på mottagningen och främst till läkarna. Som framgår av Fig. 9 har de tre heltidsanställda läkarna i snitt c:a 20 tel.samtal per vecka med patienter. Trots detta är önskemålet större än vår tillgänglighet för närvarande.

Motsvarande KUPP-enkät genomfördes också på operation/postop/vårdavdelningen, också med en pekskärm placerad på vårdavdelningen. 67 pat. besvarade enkäten. Resultatsammanställningen framgår av fig 26 och 27. Resultaten här bedömer vi som goda utan några avgörande brister i omvårdnad, bemötande el information.

Fig. 25

KUPP

Mottagningen
N=210

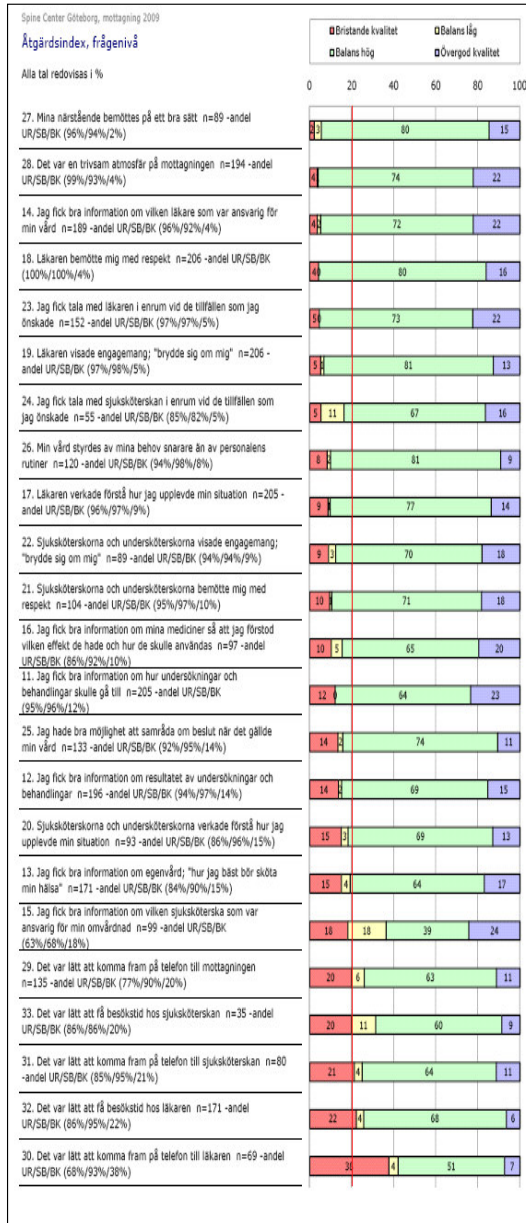
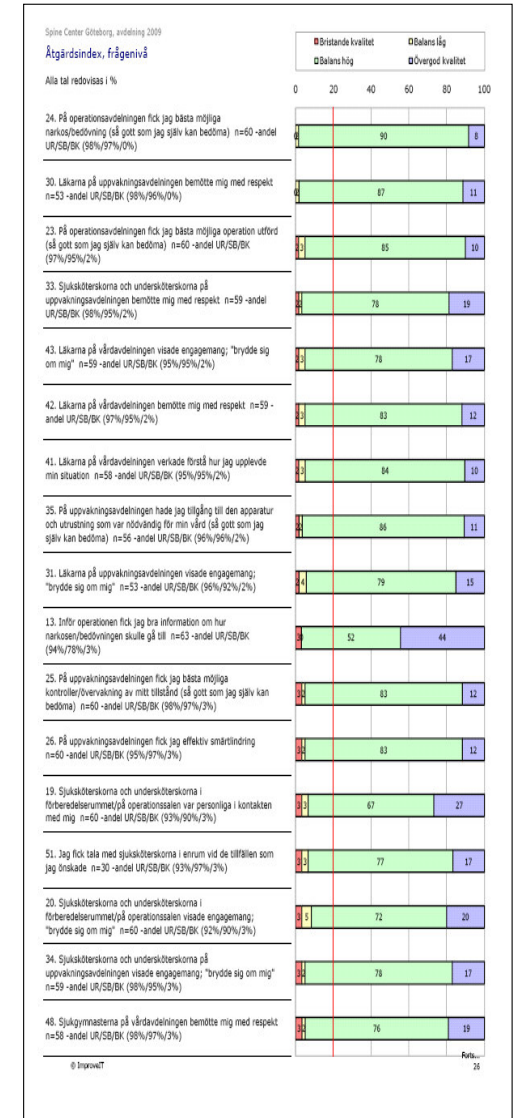


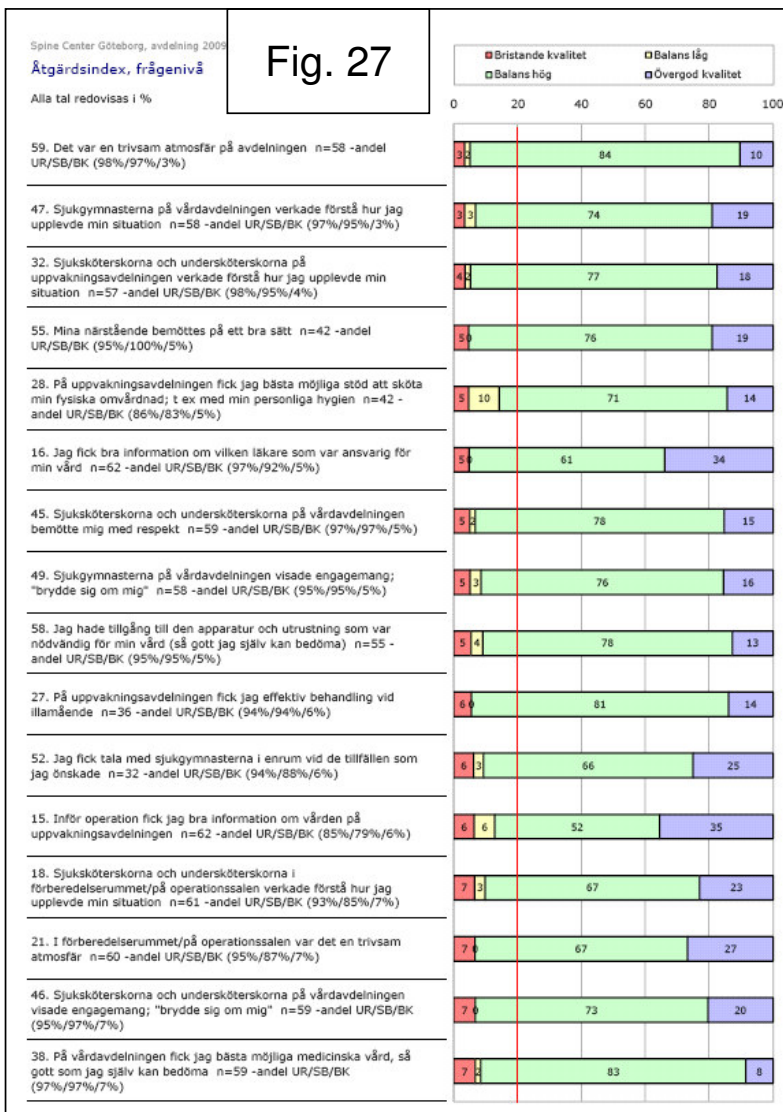
Fig. 26

KUPP

Op/Vårdavd
N=67



KUPP Op/Vårdavd forts.



C) Resultatmått

Resultaten baseras på 2007 års operationer där vi har 195 av 206 opererade patienter 1-års uppföljda (95%).

Resultaten redovisas separat för följande **resultatgrupper**:

- 1) Alla diskbråcksdiagnoser kombinerat med alla typer av diskektomi.
- 2) Alla typer av stenoser ländrygg, kombinerat med alla typer av dekompression utan samtidig fusion.
- 3) Alla typer av stenoser i ländrygg kombinerat med dekompression och alla typer av fusioner.
- 4) Spondylolisthes kombinerat med alla typer av fusion.
- 5) Diskbräck, segmentell rörelsesmärta (SRS), spondylos, postoperativ instabilitet, kombinerat med alla typer av fusion el diskprotes.
- 6) Cervikal myelopati kombinerat med alla typer av operation.
- 7) Cervikal rizopati kombinerat med alla typer av operation.
- 8) SRS cervikalt, dvs normal neurologisk klinisk bild, kombinerat med alla typer av operation.

I aktuell resultatsammanställning har resultatgrupp 6, 7 och 8 slagits ihop till resultatgrupp "Halsrygg", som utgör 5 patienter.

En översiktlig jämförande sammanställning mellan de olika resultatgrupperna har gjorts i fig 29-32.

Fig. 29

VAS Rygg/Ben/Arm

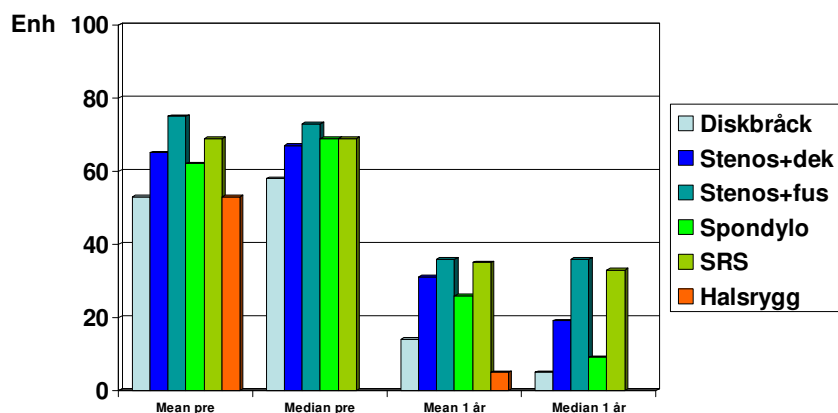


Fig. 30

ODI Ländrygg

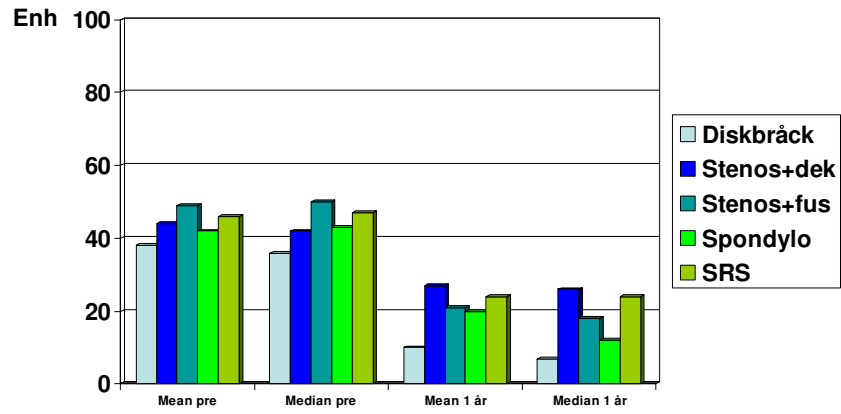


Fig. 31

Global assessment (Hur är din smärta efter op?)

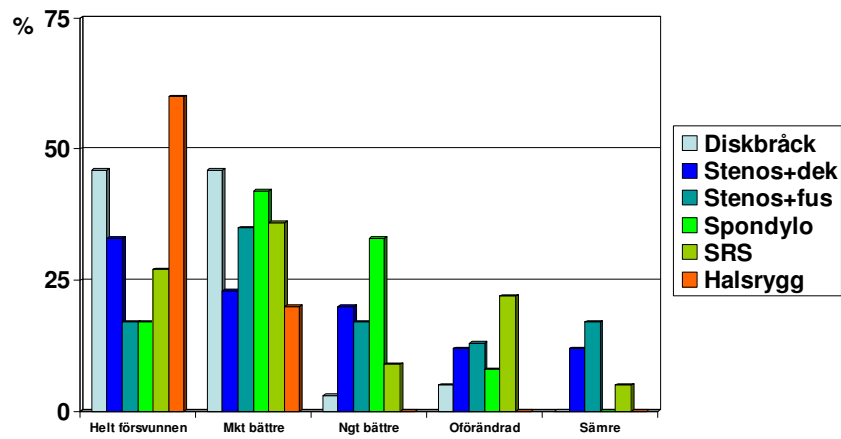
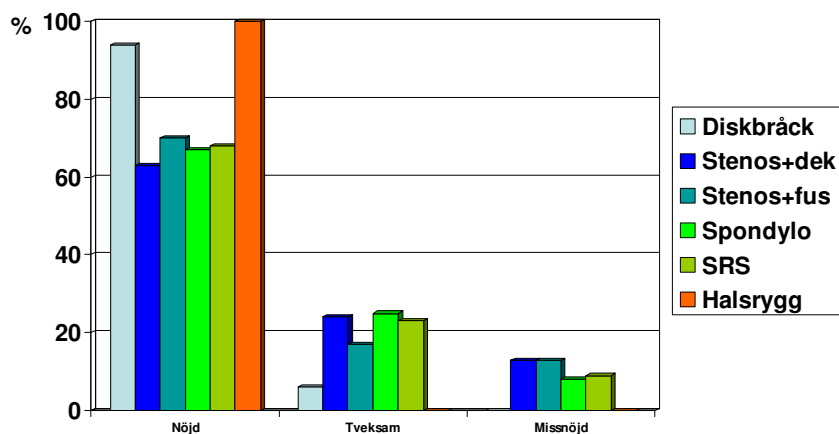


Fig. 32

Nöjdhet



I det följande beskrivs resultaten för varje resultatgrupp i jämförelse med landets övriga kliniker (övriga).

- 1) Diskbråck, 40 pat, fig 33-37
- 2) Spinal stenosis + dekompression, 69 pat, fig 38-42
- 3) Stenos + dekompression och fusion, 24 pat, fig 43-47
- 4) Spondylolisthes, 12 pat, fig 48-52
- 5) Segmentell rörelsesmärta (SRS), 23 pat, fig 53-57

Nedanstående diagram visar att resultaten för alla diagnoser är minst lika bra som landet i övrigt. Enstaka variabler visar resultat som avviker från det generella mönstret. Dessa kommer att orsaksanalyseras i detalj.

Fig. 33

EQ-5D Diskbråck

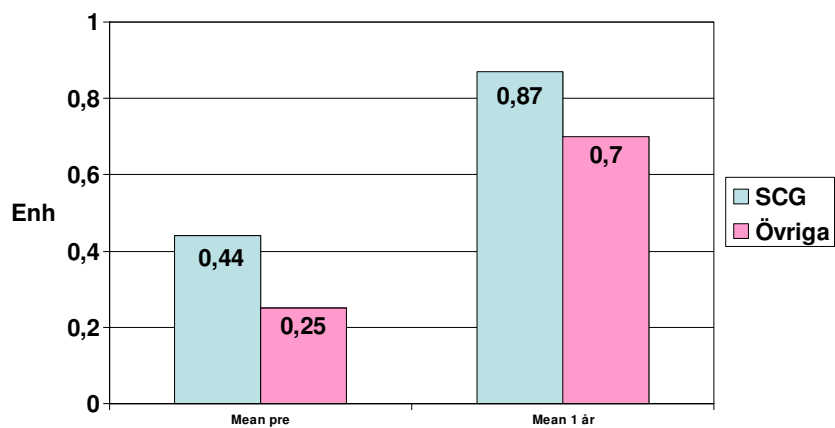


Fig. 34

ODI Diskbråck

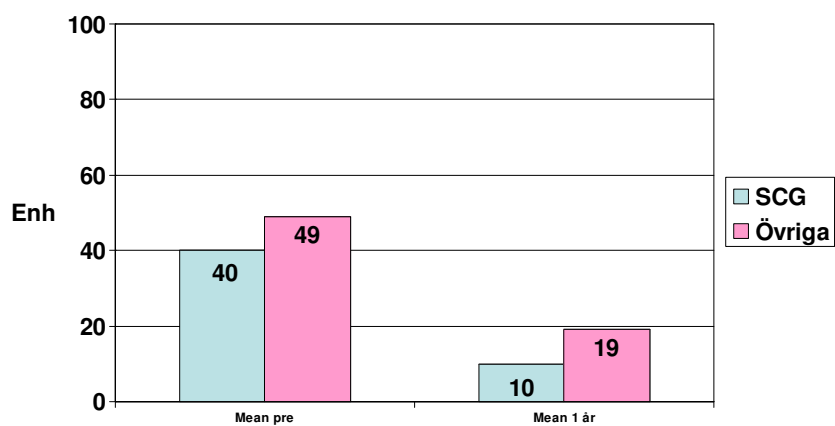


Fig. 35

VasBen Diskbråck

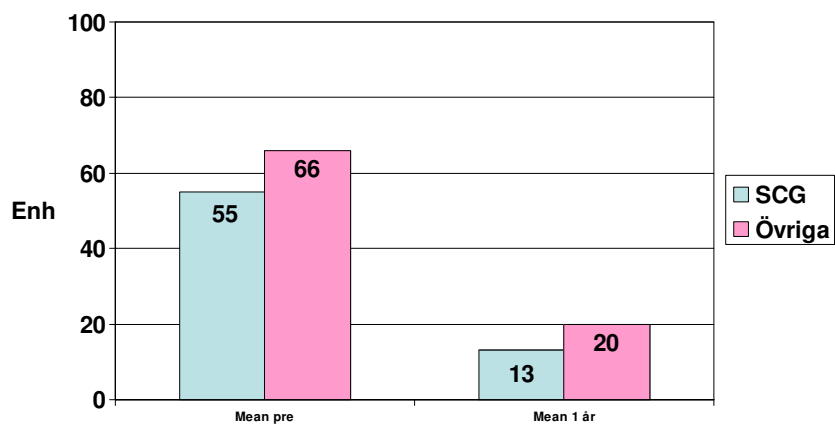


Fig. 36

Bensmärta idag jfr före op Diskbråck

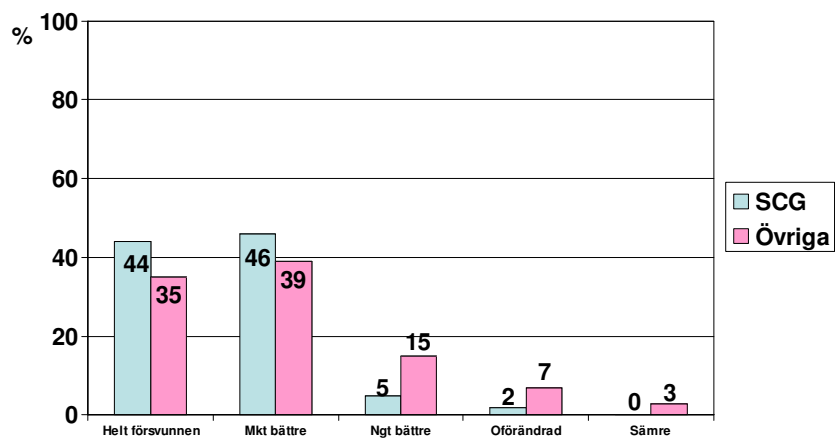


Fig. 37

Nöjdhet Diskbråck

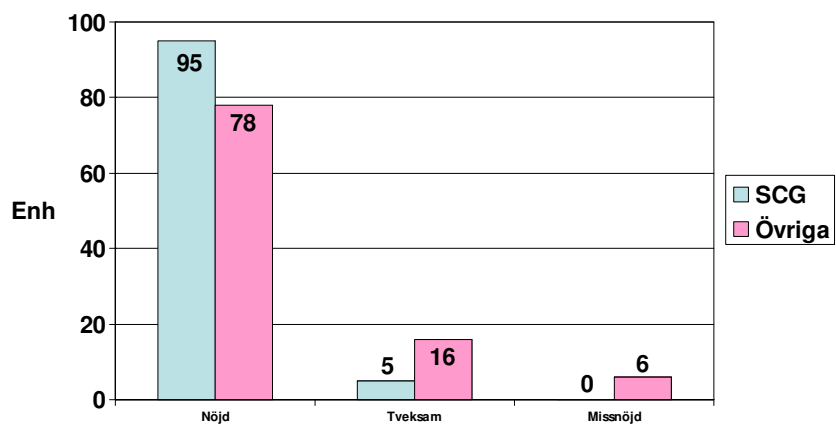


Fig. 38

EQ-5D Stenos + dekompression

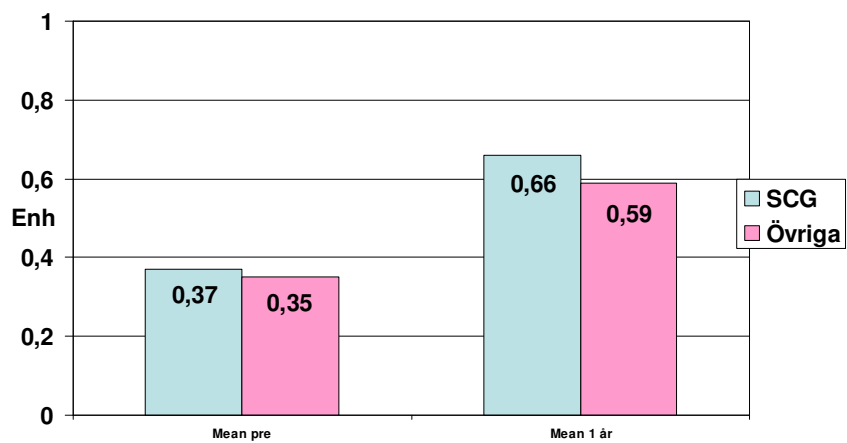


Fig. 39

ODI Stenos + dekompression

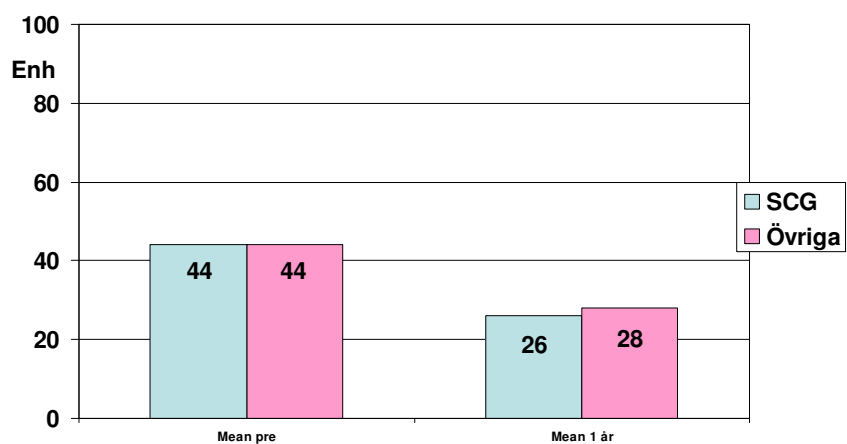


Fig. 40

VasBen Stenos + dekompression

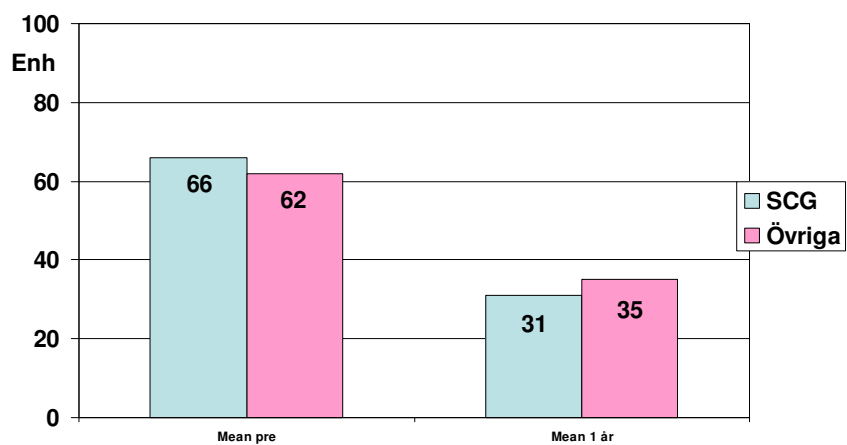


Fig. 41

Bensmärta idag jfr före op Stenos + Dekompression

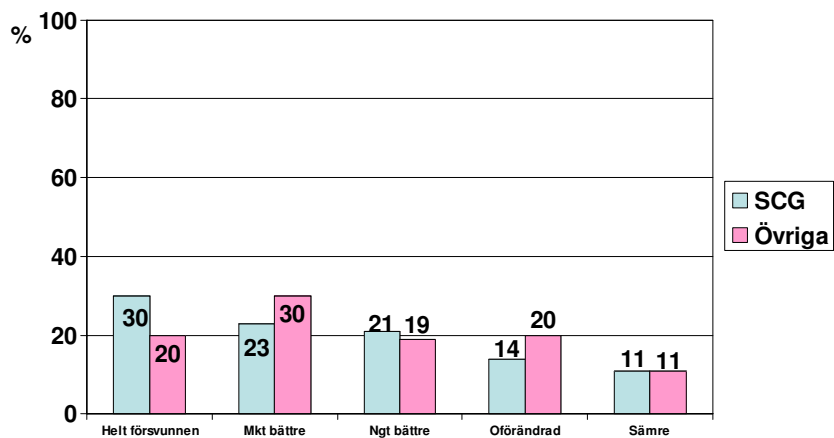


Fig. 42

Nöjdhet Stenos + dekompression

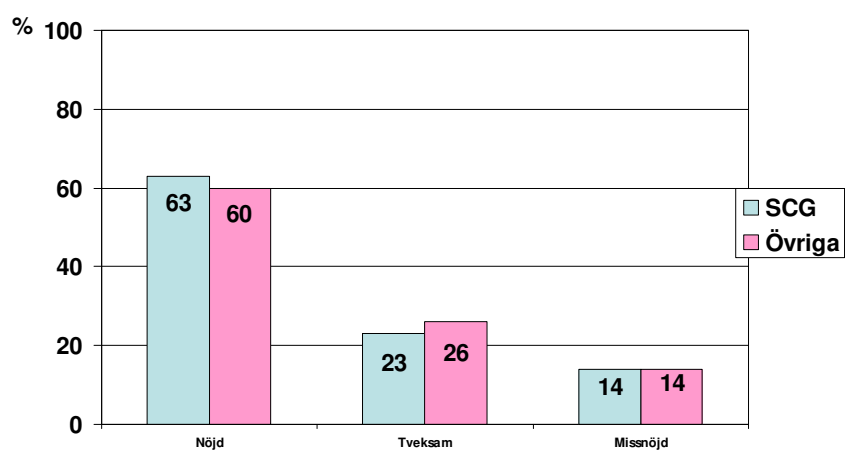


Fig. 43

EQ-5D Stenos + dekompression/fusion

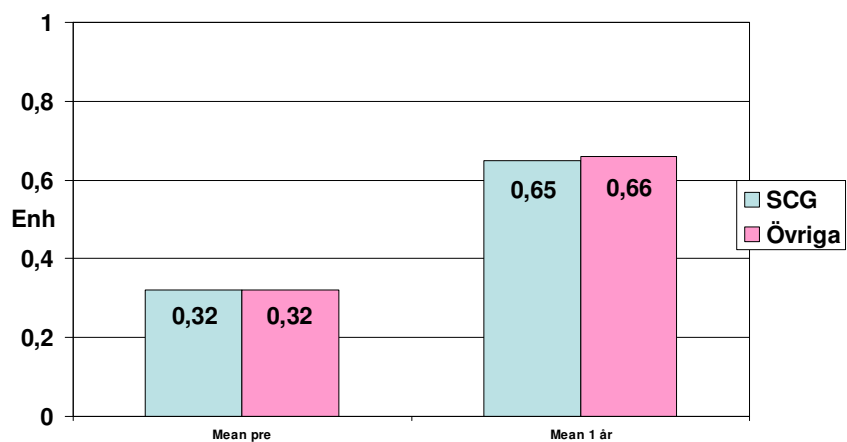


Fig. 44

ODI Stenos + dekompression/fusion

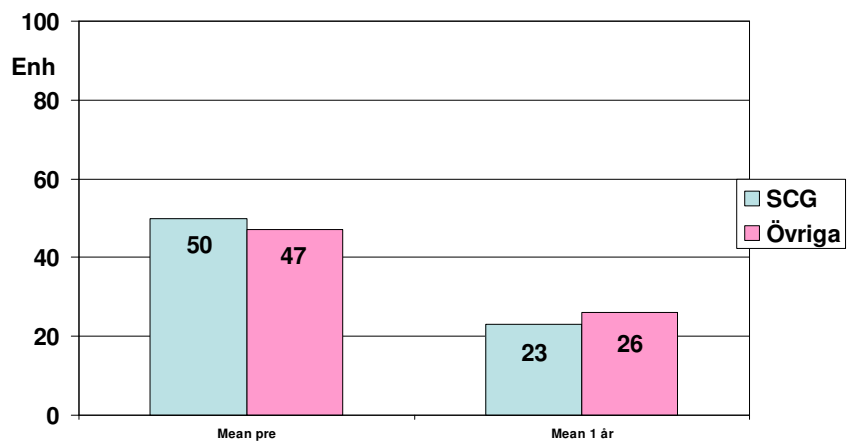


Fig. 45

VasBen Stenos + dekompression/fusion

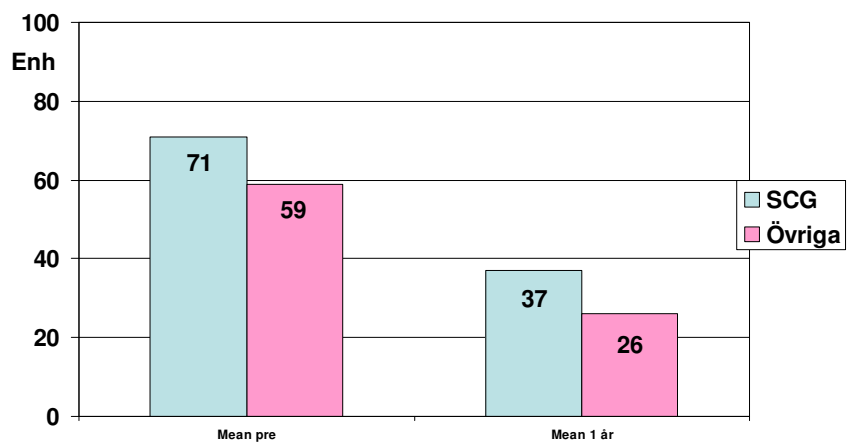


Fig. 46

Bensmärta idag jfr före op Stenos + dekompression/fusion

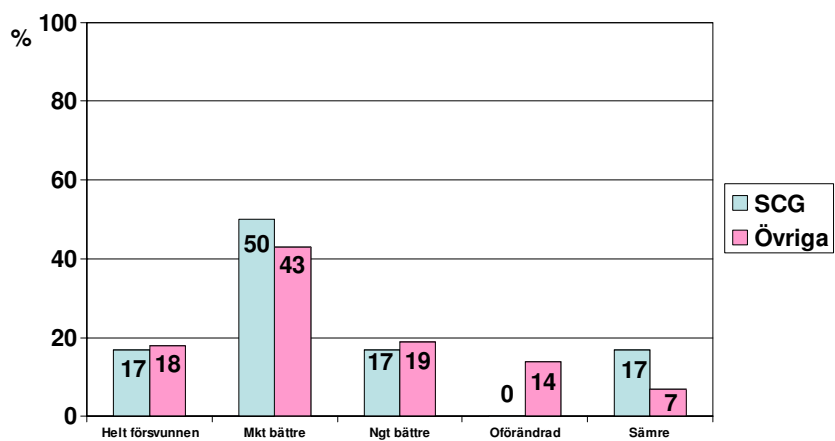


Fig. 47

Nöjdhet Stenos + dekompression/fusion

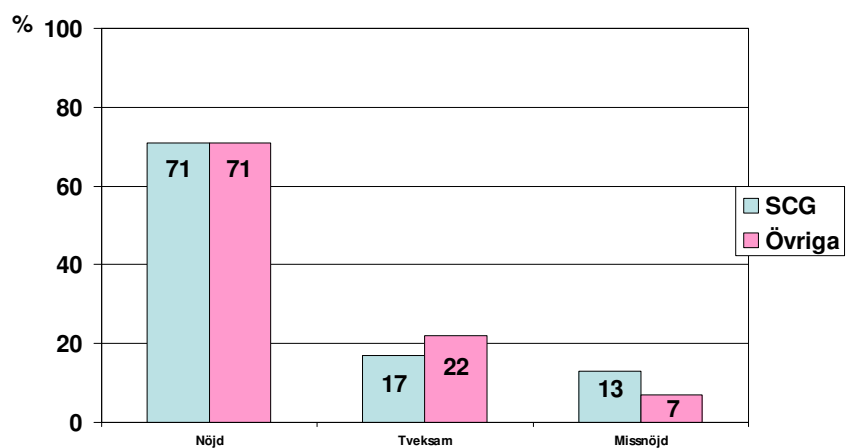


Fig. 48

EQ-5D Spondylolistes

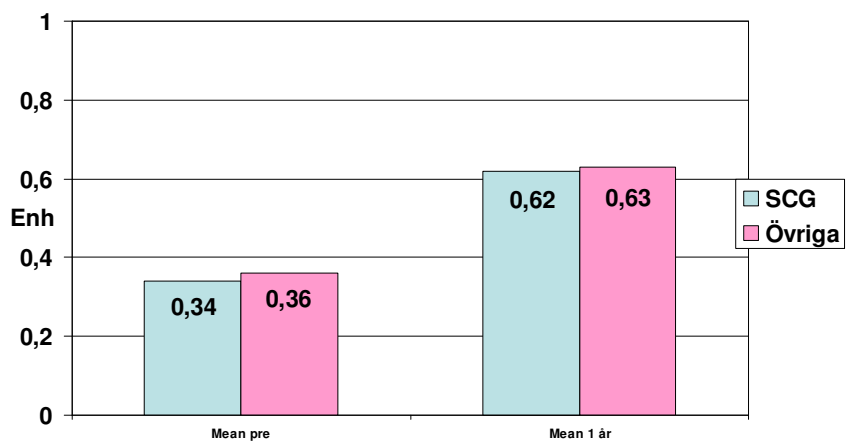


Fig. 49

ODI Spondylolistes

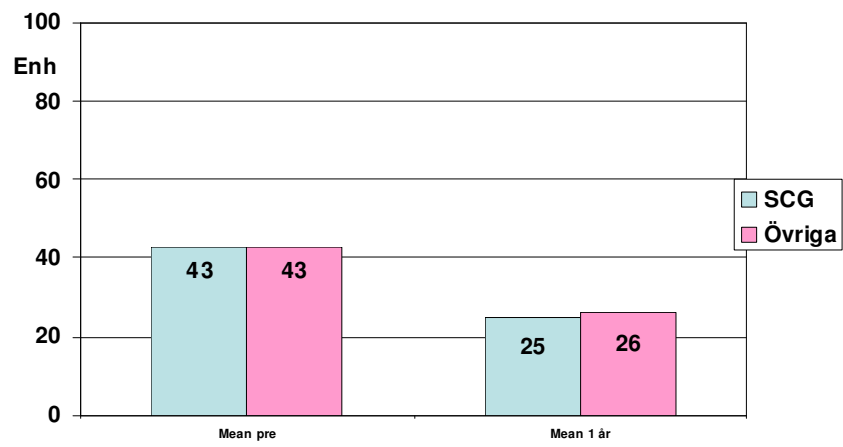


Fig. 50

VasRygg Spondylolistes

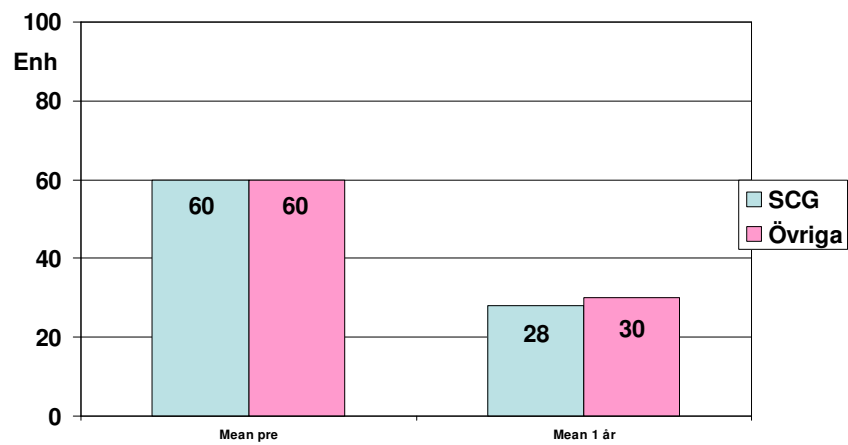


Fig. 51

Ryggsmärta idag jfr före op Spondylolistes

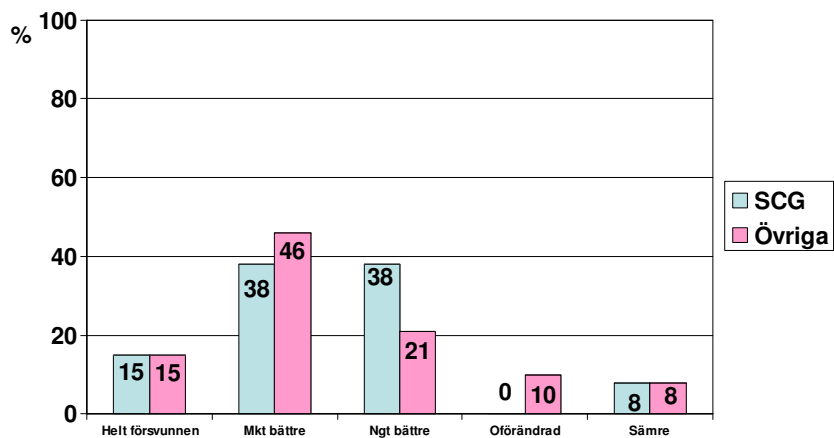


Fig. 52

Nöjdhet Spondylolistes

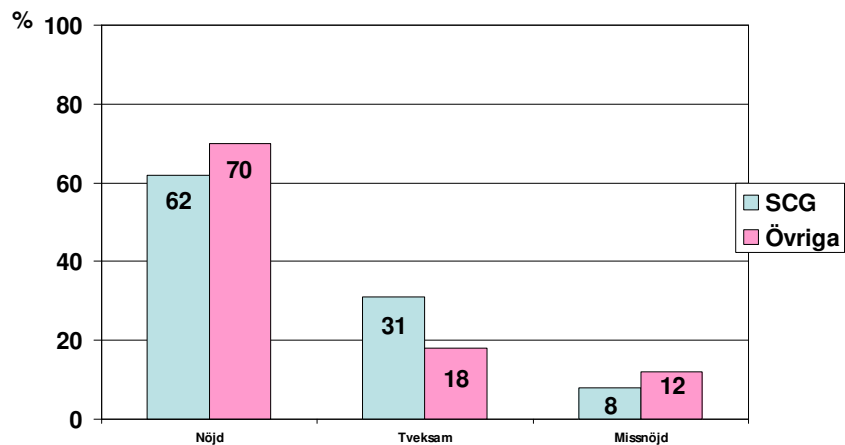


Fig. 53

EQ-5D SRS

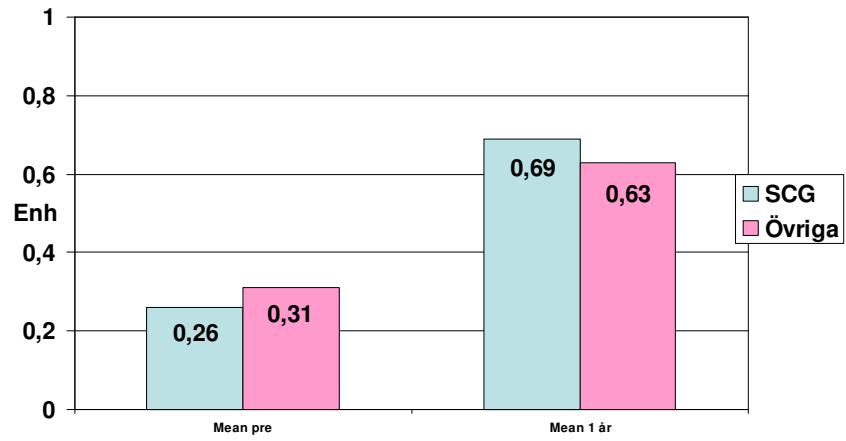


Fig. 54

ODI SRS

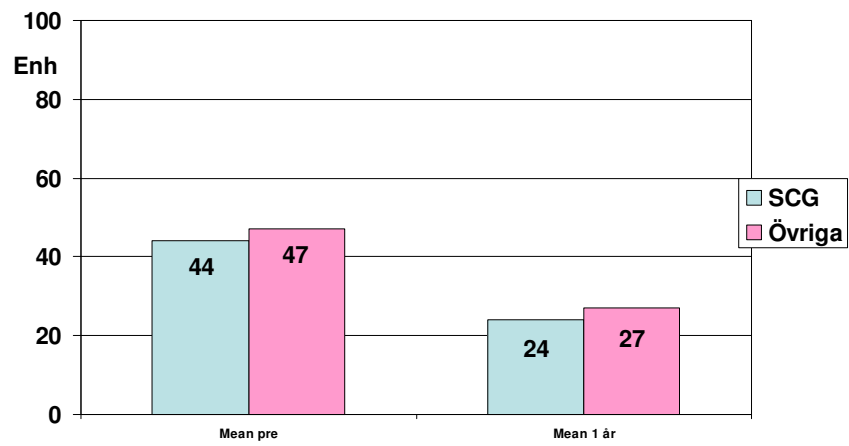


Fig. 55

VasRygg SRS

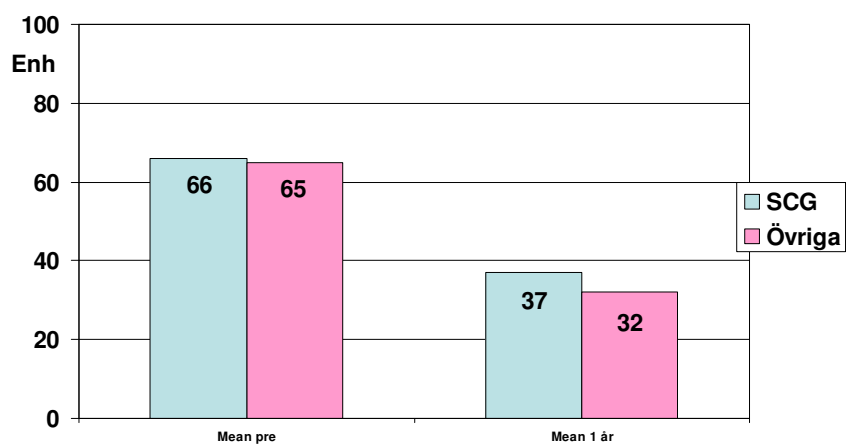


Fig. 56

Ryggsmärta idag jfr före op SRS

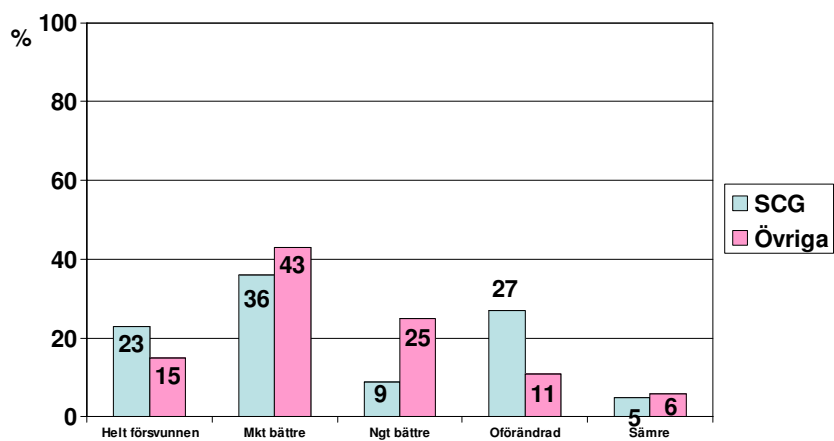
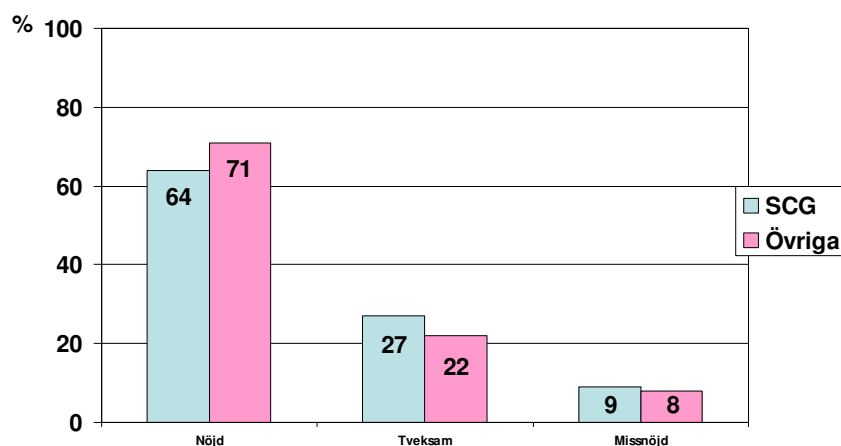


Fig. 57

Nöjdhet SRS

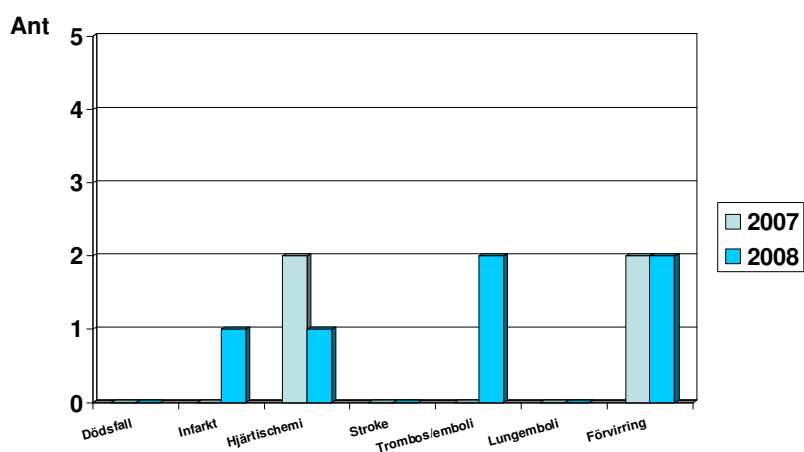


Komplikationsfrekvens

Frekvensen medicinska komplikationer framgår av fig 59.

Fig. 59

Med. komplikationer



Infektioner

Ingen patient har varit inlagd för antibiotikabehandling av discit el annan infektion. Ytlig sårinfektion har registrerats med patientenkät 30 dgr efter operation (VKR).

Definition av ytlig sårinfektion: Antibiotikabehandling och fördröjd sårhäkning med omlägningsbehov oavsett positiv/negativ bakterieodling. Det föreligger ingen säker skillnad i ytlig sårinfektionsfrekvens mellan 2007 och 2008. Två djupa infektioner registrerades och re-opererades under 2008. (Fig 60)

Under året har infektionsprofylax ägnats särskild uppmärksamhet. Sterilitetsrutinerna har skärpts. Operationer sker numera med i princip låsta dörrar. Ny, tätare klädsel inkl huvor har införts för all personal på Operationsavdelningen. Så kallade LAF-tak (laminärt vertikalt sterilt luftflöde) har inte kunnat installeras pga den låga takhöjden. Istället har fläktar med horisontellt sterilt luftflöde installerats (Toul Meditec). Som ett särskilt projekt har vi installerat kontinuerlig partikelmätning vid sårområdet.

Operationstekniska komplikationer

Dessa framgår av fig 61. Re-operationer pga komplikation under samma vårdtillfälle redovisas i fig 62 och re-operationer vid nytt vårdtillfälle beskrivs i fig 63.

Fig. 60

Sårinfektion

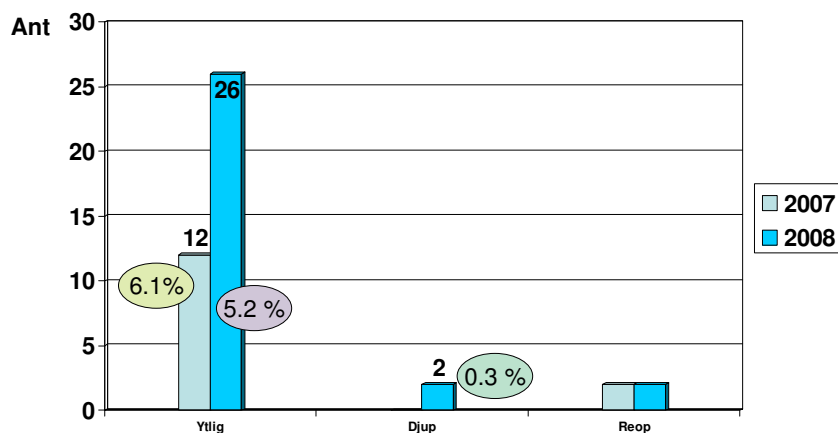


Fig. 61

Op.tekniska komplikationer

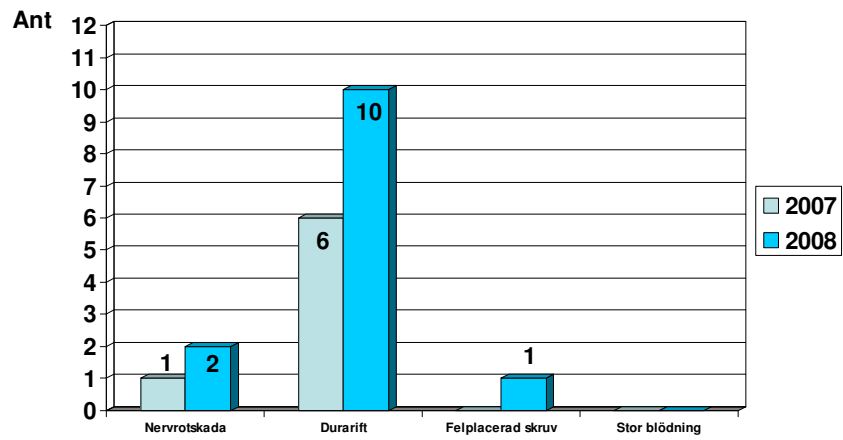


Fig. 62

Reop pga komplikation, samma vtf

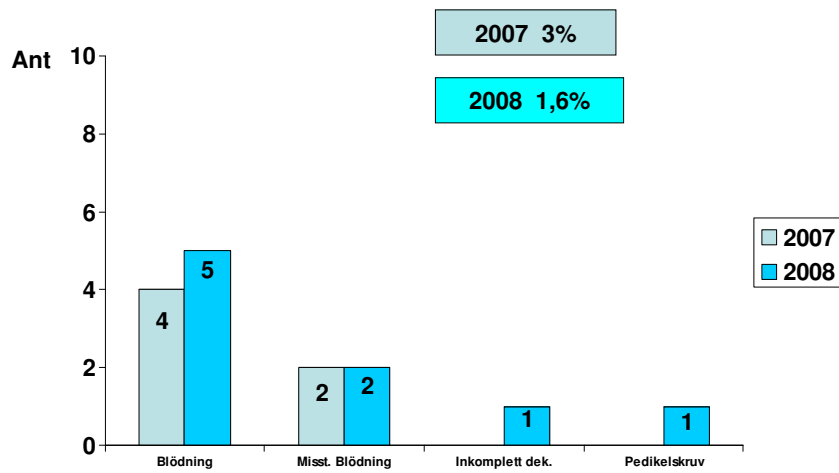
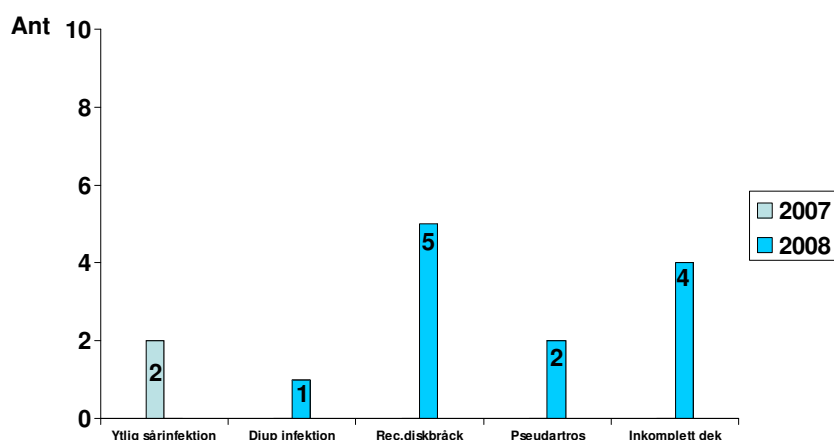


Fig. 63

Reop nytt vtf



Avvikelsehantering

Under året har 18 avvikelser rapporterats, varav 7 gällde medicinteknisk utrustning, 2 instrument, 7 omvårdnad, 1 administration och 1 övrigt. De medicintekniska avvikelserna har inte lett till några patientskador. Leverantörer har kontaktats för justering eller byte av produkter. Av omvårdnadsskadorna gäller 1 avvikelse tandskada i samband med intubation och 3 patienter som fallit/glidit ur säng eller stol på golvet, dock utan allvarlig skada.

V. Forskning

Pågående forskning:

Långtidsstudie av cervikala diskproteser med RSA-mätning

Randomiserad multicenterstudie jämförande fysioterapi och operation vid cervikal rizopati.

Doktorandprojekt avseende prediktiva faktorer och långtidsresultat av lumbal diskbräckskirurgi.

Långtidsuppföljning av fusion i ländryggen vid segmentell rörelsesmärta, sammanställning av 10-15 års data pågår.

Prediktiva faktorer för resultat av ländryggskirurgi tillsammans med Yrkesortopeden SU/Sahlgrenska.

Randomiserad multicenterstudie där diskprotes och fusionskirurgi i ländryggen jämförs.

Planerad forskning

Deltagande i Svenska Nationella Spinal Stenosstudien har förberetts men ännu inte initierats.

V. Planering inför år 2009

TVå mål för vårdkvaliteten under 2008 beslutades vid 2007 års kvalitetsrapportering:

1. Reducering av ytliga sårinfektioner från 6,1 till högst 3%
2. Minskad re-operationsfrekvens pga blödning från 3 till högst 1%

Sårinfektionsfrekvensen har ännu inte tydligt reducerats. Däremot har re-operationsfrekvensen pga blödning reducerats till 1,2%.

För 2009 fortsätter arbetet med infektionsprofylax med samma mål som 2008. Resultaten av KUPP-enkäten på mottagningen föranleder en analys för att förbättra tillgängligheten på mottagningen.

Kvalitets- och avvikelsegruppen med representanter från mottagning, operation, postop, vårdavdelning och sjukgymnastik skall utvecklas.

Arbetet fortsätter med standardisering av behandlingsrutiner och vårdprocesser.

Spine Center Göteborg 18.5 2009

Åke Blixt

Olle Hägg

Bengt Lind