



RÖNTGENKLINIKEN

Medicinsk verksamhet

Patientflöden

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom såväl konventionell röntgen, datortomografi, MR, ultraljud samt interventionell radiologi. Merparten, cirka 70%, av våra undersökningar är akuta, vilket ställer höga krav på god akut tillgänglighet.

Samarbetspartners

Caphio S:t Görans sjukhus är vår huvudsakliga beställare.

Vi bistår Karolinska sjukhuset med köavkortning, framförallt vad gäller DT-och ultraljudsundersökningar. Under 2013 utfördes 597 undersökningar på uppdrag av KS. En minskning jämfört med 2012 då vi utförde 1 844 KS-undersökningar. Detta beror till största del på att vi under våren bytt ut en av våra datortomografer, och under driftstoppet varit tvungna att minska inflödet av remisser från KS för att kunna bibehålla en god tillgänglighet för Caphio S:t Görans sjukhus.

Unilabs och Caphio S:t Görans Radiologi AB har samarbetsavtal innehållande sekreterarstöd från Unilabs. Avtal gällande teknikertjänster till Unilabs från Caphio S:t Görans Radiologi AB avslutades under hösten.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Organisation

Röntgenavdelningen har en medarbetare som är samordnare i kvalitets- och miljöfrågor. Detta arbete har till stor del inneburit att ansvara för registrering och uppföljning av avvikelserapporter, samt att delta vid och genomföra interna revisioner av företagets systematiska kvalitets- och miljöarbetet. Arbetet har också inneburit att delta vid externa kvalitets- och miljörevisioner av verksamheten. Vår kvalitetscontroller ingår även i sjukhusets övergripande kvalitetscontrollergrupp.

Åtterrapporering av avvikelser och resultat av interna och externa revisioner har gjorts dels till ledningsgruppen och på arbetsplatsträffar, och dels till enskilda medarbetare. Avvikelse återkopplas även externt, såsom till remitterande enheter.



Personal & produktion 2013

Antal anställda	86
Läkare (exklusive AT)	25
Sjuksköterskor	36
Undersköterskor	16
Administrativ personal	4
Icke medicinsk personal	5

Antal genomförda undersökningar per typ	2013	2012	2011
MR	4 405	4 526	4 666
DT	18 819	19 318	18 109
Ultraljud	5 143	4 858	4 391
Konventionell röntgen (inkl genomlysning)	44 877	43 483	44 118
Rtg demo	1 712	1 241	1 386
Totalt	74 956	73 426	72 670

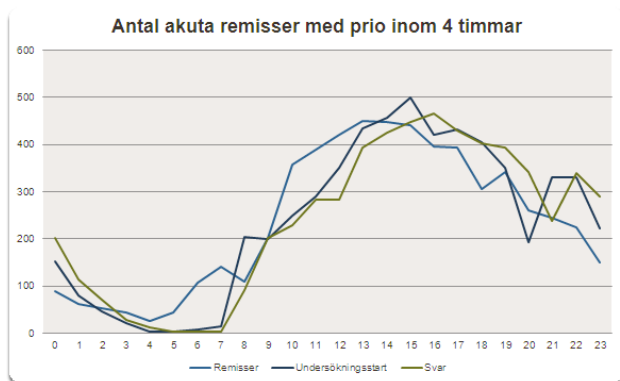
Genomfört kvalitetsarbete 2013

- Under 2013 har ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivits på röntgenavdelningen.
 - Kvalitetsstyrkort för röntgenavdelningen har upprättats.
 - Arbete med framtagande och utvärdering av QPI:er utifrån medicinsk, patient-och remittent-upplevd kvalitet har påbörjats.

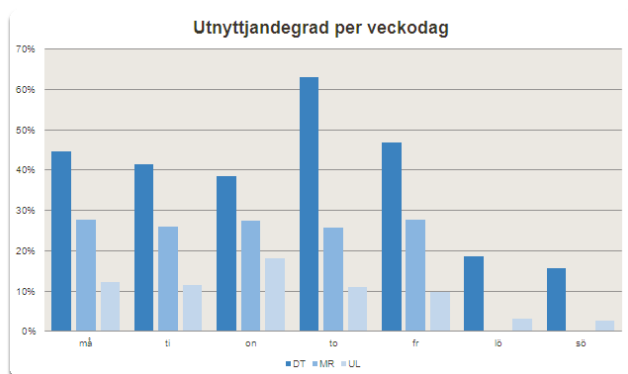
Tillgänglighet:

- Arbete med framtagande och utvärdering av KPI – Nyckeltal/modalitet har påbörjats, och ingår i vår månadsuppföljning.

Handläggningstider: Tid från remiss till undersökning och tid från undersökning till svar.



Produktivitet: Antal undersökningar per arbetad timme.



- För att förbättra den akuta tillgängligheten har vi, under hösten 2013, öppnat vårt undersökningsrum på akut-mottagningen även på helgerna mellan kl.11 och kl.19. De utökade öppettiderna har genomförts med, i stort sett, befintliga resurser, vilket har inneburit schemaförändringar för våra röntgensjuksköterskor.
- Tvärprofessionella flödesgrupper som skapades under 2012 för gemensamma förbättringar av det akuta flödet, har fortsatt sitt arbete.
- Vi är en del i "Door-to-needle time", vad gäller trombolyslarm. I nedanstående resultat från genomförda mätningar kan man utläsa att indikation för undersökning har

förbättrats, och att medeltiden för tid till undersökning har minskats avsevärt, från 24 minuter till 10 minuter.

Strokelarm – Urakut DT hjärna ev. med DT-angio

Resultat

7-mån period	11-05-01 – 11-10-31	12-10-01 – 13-04-30
Antal	106	81
Korrektremiss	26 (25%)	11 (14%)
Indikation	34 NIHSS \geq 38 ökad	64 (80%)
Tid till undersökningsstart	medel 24 min (1-116)	medel 10 min (3-24)
Angio ej utförd	3 (1 ICH)	7 (5 ICH)
Fynd på angio	25 ¹	33 ²
Trombolys	31 (31/105=29%) ³	36 (36/76=47%) ³
Till KS	19 (18%) ³	16 (21%) ³
Trombectomi (tot/lyckade)	5/4 (5%) ^{3,4}	6/5 (8%) ^{3,5}

1. 24 tromber och en vertebraldissektion
 2. 33 tromber en karotisdissektion och ett SAKH med aneurysm
 3. Ej inkluderat iCHH i beräkningen av andelen som gått till trombolys/kt/trombectomi
 4. Patienten förbättrad i 4 fall
 5. Patientens dödsorsak i fyra fallen en av dem utvecklad ICH dagen efter

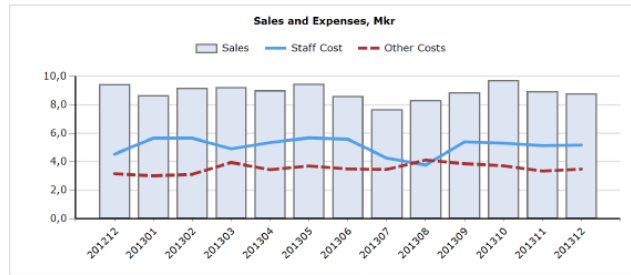
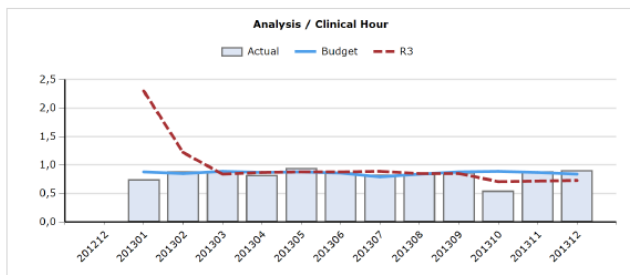
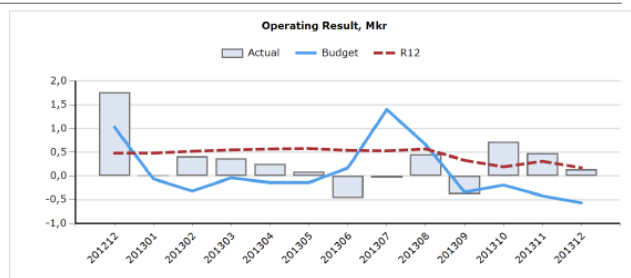
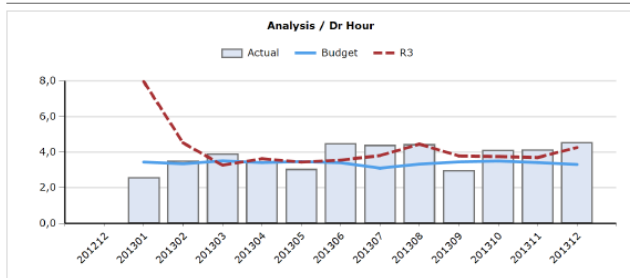
19

Patientsäkerhet:

- Mätningar av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler enligt SKL:s riktlinjer har genomförts, för att tydliggöra eventuella brister och behov av åtgärder. Resultatet av mätningarna kräver kraftfulla insatser för att vi skall nå de uppsatta målvärdena på följsamhet till 90 %.
- Sedvanliga strålskyddskontroller har genomförts av sjukhusfysiker, för att säkerställa att vi inte överskrider referensramarna från SSM. Byte av en av våra datortomografer har medfört minskade stråldoser.
- Insamling av för verksamheten nödvändiga dokument, har skett i samband med övergången från Unilabs AB till Capio S:t Göran Radiologi AB. Detta inkluderar såväl metodbeskrivningar, som rutiner, arbetsbeskrivningar och lokala föreskrifter. Arbete med att föra in dokumenten i Alfresco är i det närmaste slutfört. Vår metodbok är publicerad på sjukhusets intranät.
- Årligen genomförs patientenkät. Denna utfördes under två veckor i mars. Övervägande goda resultat. Dock behöver vi fokusera på bemötande och delaktighet för att uppnå de uppsatta målen på patientnöjdhet motsvarande 97 % resp. 86 %.

Utbildning/utveckling:

- Metodansvariga läkare och röntgensjuksköterskor arbetar kontinuerligt med utveckling och implementering av våra undersökningsmetoder.
- Samtliga medarbetare genomgick under våren 2013 e-utbildning i vårdhygien.
- 94,3 % av våra medarbetare har genomgått E-utbildning i miljö.
- Samtliga läkare samt första linjens chefer och miljöombud har genomgått utbildning i läkemedels miljöeffekter.
- SPUR-inspektion av vår ST-utbildning har genomförts, med goda resultat.
- Extern miljörevision har genomförts, och inga lokala avvikelser noterades.
- Implementering av förbättringsarbete enligt minimistandard är påbörjad.



- JiT (Just in Time) har införts, vilket har frigjort tid från beställningar av förråds- och kontorsmaterial till mer värdeskapande arbete, förbättrat vår lagerhållning och till viss del automatiserat vår fakturahantering.

Planerat kvalitetsarbete 2014

I slutet av 2014 kommer ny akutröntgen, i direkt anslutning till sjukhusets nya akutmottagning, att tas i bruk. Detta kommer att innebära nya rutiner och arbets sätt för både vår elektiva och vår akuta verksamhet. En stor del av vårt kvalitetsarbete under 2014 kommer därför att ägnas åt analys av våra befintliga flöden, och framtagande av nya patient- och arbetsflöden, med bibehållen god kvalitet och säkerhet utifrån medicinskt, patient- och remittentperspektiv.

Genomföra aktiviteter enligt åtagande i anbudet:

- Alla medarbetare skall känna till relevanta mål och aktiviteter i anbudet
- Fortsatt prioritet av höftpatienter
- Fortsatt prioritet av patientförberedelser

Fortsatt arbete med sjukhusövergripande frågor:

- Fullfölja implementeringen av minimistandard för förbättringsarbete.
- Förbättra kvalitet och patientsäkerhet
- Förbättra elektiv tillgänglighet
- Förbättra akut tillgänglighet

Avvikelsehantering:

- Kvalitetscontroller skall introduceras i kvalitetsarbetet.
- Röntgenavdelningen skall inkluderas i sjukhusets nya system för avvikelshantering.

Dokumentstyrning:

- Slutföra arbetet med att föra in verksamhetsnära dokument i Alfresco.

Utbildning:

- Sjukhusets mål för 2015 vad gäller utbildning av chefer (Ledarutvecklingsprogram bas, fördjupningsutbildning i lean samt utbildning kvalitet- och patientsäkerhet) skall uppnås.

Basala hygienrutiner:

- Samtliga medarbetare genomgick under VT 2013 e-utbildning i vårdhygien: Mätningar av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner gav nedslående resultat, varför vi under 2014 kommer att fortsätta arbetet med detta, bl.a. kommer en hygienrond av sjukhusets hygien-sjuksköterska att göras.
- Ytterligare föreläsningar av hygiensjuksköterska är inplanerade.

Strålskydd:

- Investering i dosreduceringsprogram till redan befintlig datortomograf, för att minska stråldoserna.

Metodutveckling:

- Utvärdering av följsamhet av befintliga metodbeskrivningar kommer att göras under 2014.

KPI:

- Fortsatt arbete med framtagande och utvärdering av KPI:er.

QPI:

- Fortsatt arbete med framtagande och utvärdering av QPI:er.



Kontaktpersoner

Anders Byström, verksamhetschef
E-post: anders.bystrom@capiostgoran.se

Annika Nordfeldt, driftchef och Tf kvalitetscontroller
E-post: annika.nordfeldt@capiostgoran.se

 **Caphio S:t Görans Sjukhus**

Caphio S:t Görans Sjukhus
Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm
tel 08-58 70 10 00, www.capiostgoran.se