



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Patientsäkerhetsberättelse

Akademiska sjukhuset

År 2019

12 februari 2020
Göran Günther
Johan Lugnegård
Marie Sjödin
Annilla Edeholm

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
SAMMANFATTNING.....	4
INLEDNING	6
STRUKTUR.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
BESKRIVNING AV MÅL/STRATEGIER, ÅTGÄRDER/AKTIVITET, RESULTAT/ ANALYS	9
Avvikelser, MedControl.....	9
Mål/strategier	9
Åtgärder/aktivitet	9
Resultat/analys	10
DocPlus	10
Mål/strategier	10
Åtgärder/aktivitet	10
Resultat/analys	11
Fall	11
Mål/strategier	11
Åtgärder/aktivitet	11
Resultat/analys	11
Levnadsvanor.....	12
Mål/strategier	12
Åtgärder/aktivitet	12
Resultat/analys	12
MJG	13
Mål/strategier	13
Åtgärder/aktivitet	13
Resultat / analys	13
Nationell patientenkät (NPE).....	15
Mål/strategier	15
Åtgärder/aktivitet	15
Resultat/analys	15
Nutrition	16
Mål/strategier	16
Åtgärder/aktivitet	17
Resultat/analys	17
Palliativ vård.....	18
Mål/strategier	18
Åtgärder/aktivitet	18
Resultat/analys	19
Patientsäkerhetskultur	19

Mål/strategier	19
Åtgärder/aktivitet	19
Resultat/analys	19
Smärta	21
Mål/strategier	21
Åtgärder/aktivitet	22
Resultat/analys	22
Trycksår	22
Mål/strategier	22
Åtgärder/aktivitet	23
Resultat/analys	23
VRI/BHK.....	24
Mål/strategier	24
Åtgärder/aktivitet	25
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	25
Infektionsverktyget	25
Resultat/analys	26
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	27
Vårdokumentation	27
Mål/strategier	27
Åtgärder/aktivitet	28
Resultat/analys	28
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	28
RISKANALYS.....	30
UTREDNING AV HÄNDELSER – VÅRDSKADOR.....	30
INFORMATIONSSÄKERHET	31
PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET	31
NYA ARBETSSÄTT	32
Mål/strategier	32
Åtgärder/aktiviteter	32
Resultat/analys	32
EGENKONTROLL.....	33

SAMMANFATTNING

Den sjukhusövergripande patientsäkerhetsavdelningen leds av chefsläkare, chefsjuksköterska och biträdande chefsjuksköterska. Avdelningen består av vårdkvalitetsenheten, händelseanalysenheten och hälsofrämjande sjukhus i nära samarbete med övriga avdelningar/enheter inom sjukhusadministration. Ansvaret för patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete ligger i linjeorganisationen.

Mål

- Förebygga och undvika vårdskador genom att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete, samt att följa upp verksamheternas kvalitet.
- Inom områdena vårdrelaterade infektioner (VRI), läkemedel, trycksår, fall, smärta och undernäring finns handlingsplaner framtagna. Mål, aktiviteter och uppföljning både på sjukhusövergripande och verksamhetsnära nivå ska införas.
- En tydlig patientsäkerhetskultur ska genomsyra organisationen på alla nivåer.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits:

- Akademiska sjukhusets handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens har antagits av sjukhusets ledningsgrupp. Fokus ligger på basala hygienrutiner, postoperativa infektioner, kateterrelaterad sepsis, vårdrelaterad pneumoni och urinvägsinfektioner. Tvärprofessionella team mot VRI införs succesivt inom alla verksamhetsområden.
- Riktlinjerna för fall och fallprevention har reviderats och införts under 2019, fortsatt införande inom sjukhuset pågår 2020.
- Arbetet mot trycksår har prioriterats och intensifierats med utbildning och validering av data med resultat att trycksårsincidens och prevalens kunnat sänkas betydligt.
- Införandet av patientnära arbetssätt. SE UPP/timsrundor och personcentrerad överlämning.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Trycksårsmätning visade förbättring av andelen personer med trycksår minskat från 25 % 2018 till 14 % 2019.
- Läkemedelsrelaterade vårdskador och postoperativa infektioner har minskat 2019 jämfört 2018.
- Ökad rapportering av avvikelser i Medcontrol visar på en hög riskmedvetenhet hos medarbetarna.

En blick framåt

Prioriterat är det fortsatta arbetet med handlingsplanen mot vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Arbetet med implementering av fallprevention och trycksårsprevention kommer att fortgå enligt lagd plan. Inom nutritionsområdet säkerställa att patienten får ett bra nutritionsomhändertagande med fokus på riskbedömning, energi- och proteinbehov täckt. Ett system för att tillvarata patienter/anhörigas synpunkter/klagomål är under uppbyggnad i samverkan med 1177 och Patientnämnden. Den av Socialstyrelsen nyligen publicerade nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ges en vägledande ställning i arbetet för säkrare vård. En handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet 2020-2022 tas fram där principerna formuleras i en kvalitetspolicy vars principer är Kundorientering, engagerade ledare och medarbetare, processorientering, ständiga förbättringar, fakta- och kunskapsbaserade beslut, patientens delaktighet och samverkan. Ett förbättringsarbete med vårddokumentation startar under 2020 med mål att säkerställa en patientsäker, effektiv, tvärprofessionell och personcentrerad vårddokumentation.

INLEDNING

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Akademiska sjukhusets övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete för att förebygga och undvika vårdskador och följa upp verksamheternas kvalitet.

Ett mål för Akademiska sjukhuset är ett proaktivt patientsäkerhetsarbete utifrån områden där vi behöver stärka och säkra patientsäkerhet.

Övergripande mål och strategier finns inom många områden t.ex. VRI, läkemedel, trycksår, fall och undernäring där det finns skriftliga handlingsplaner med mål, aktiviteter och uppföljning både på sjukhusövergripande och verksamhetsnära nivå.

Målen inom patientsäkerhetsarbetet anges i verksamhetsuppdraget. I Akademiska sjukhusets årsrapport finns aktivitet, mätetal och uppföljning beskrivna. Målen följs upp systematiskt i tertialrapport. Patientsäkerhetsarbetet ska även ingå i verksamheternas arbete med kvalitetsindikatorer och för att identifiera eventuella kvalitetsbristkostnader.

Akademiska sjukhuset har en organisation med chefsläkare, chefsjuksköterska och biträdande chefsjuksköterska som leder den sjukhusövergripande patientsäkerhetsavdelningen med vårdkvalitetsenheten, händelseanalysenheten och hälsofrämjande sjukhus i nära samarbete med övriga avdelningar/enheter inom sjukhusadministration.

Följande områden arbetar patientsäkerhetsavdelningens olika enheter med; händelseanalyser, avvikelsearbete (MedControl), vårdhygien, trycksår, märkbaserad journalgranskning (MJG), undernäring/nutrition, vårdrelaterade infektioner (VRI), följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, infektionsverktyget, trycksår, fallprevention, nationella patientenkäten (NPE), läkemedel, smärta, vårddokumentation, DocPlus-dokumenthantering, patientsäkerhetskulturmätning, levnadsvanor-mat, alkohol, nikotin, fysisk aktivitet samt motiverande samtal (MI).

Organisation och ansvar

Akademiska sjukhusets ledningsgrupp består av sjukhusdirektör, biträdande sjukhusdirektörer, verksamhetschefer, stabschefer och chefsläkare. Ansvaret

för patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete ligger i linjeorganisationen. Chefsläkare i sjukhusledningen, direkt underställd sjukhusdirektör, är chef för patientsäkerhetsavdelningen, som organiserar händelseanalysenheten och vårdkvalitetsenheten (VKE).

Ledningsgruppen har stöd i beslut av utskott eller råd, som bereder frågor. Ett av dessa är rådet för patientsäkerhet och vårdkvalitet, som består av verksamhetschefer, avdelningschefer, patientsäkerhets/kvalitetssamordnare, chefsläkare och chefssjuksköterska.

Ansvar för att samordna patientsäkerhetsarbetet på Akademiska sjukhuset ligger hos chefsläkarna i samråd med chefssjuksköterskan. Akademiska sjukhuset har två chefsläkare med anmälningsansvar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ett centralt händelseanalysteam med läkare och sjuksköterskor finns i händelseanalysenheten för utredning av avvikelser. Chefsläkarfunktionen har en beredskap som är bemannad dygnet runt alla dagar för särskilda händelser och bemannar då linjefunktionen under nätter och helger. Chefsläkarna ansvarar för utredning och åtgärder vid allvarliga händelser/avvikelser.

I den del av patientsäkerhetsarbetet som berör läkemedel sker ett betydande samarbete med läkemedelschefen, som har huvudansvar för läkemedelsrelaterade frågor, underställd biträdande sjukhusdirektör i produktionsavdelningen. Samarbete med Strama Region Uppsala sker i den av sjukhusledningen antagna handlingsplanen mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner i samarbete med chefsläkare och vårdhygien. Fokus ligger på VRI-team, postoperativa infektioner, CVK-infektioner, UVI och VAP.

Till chefssjuksköterskans ansvarsområden hör att vara chef för VKE, en enhet för stöd till kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Enheten tillhandahåller resurser för det sjukhusgemensamma patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet. Till enhetens uppgifter hör bl.a. mätningar av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till kläd- och hygienregler och rapportering till SKR:s databaser samt lokala kvalitetsuppföljningar, t.ex. nutrition och smärta. Den dominerande delen av patientsäkerhetsarbetet har skett ute i verksamheterna och patientsäkerhet/kvalitetssamordnare finns inom de olika verksamhetsområdena. Vårdkvalitetsenheten har ansvar för avvikelshanteringssystemet MedControl, inklusive support och utbildning av koordinatörer och ärendansvariga i systemet.

Kliniskt träningscentrum (KTC) är en utbildningsavdelning där personal och studenter kan träna praktiska färdigheter i en trygg miljö vilket i sin tur skapar förutsättningar för att uppnå medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. I samband med utbildning i hjärt-lungräddning och simulatorträning ges, förutom medicinsk färdighetsträning, även möjlighet att träna samarbete, kommunikation och ledarskap med fokus på bl.a. "Crew Resource Management" (CRM), som fokuserar på teamets samarbetsförmåga.

Under 2019 har utbildningssatsningen fortsatt för nyutexaminerade sjuksköterskor. Detta kliniska utbildningsår (KUÅ) kompletterar verksamheternas befintliga introduktionsprogram under 20 % av arbetstiden. Parallellt har en motsvarande utbildning för nyutexaminerade undersköterskor (GRUNDUS),

som innebär en systematisk yrkesintroduktion för nya undersköterskor, genomförts. Professionssteget startade som en pilot i slutet av 2018 och har under 2019 blivit permanent. Professionssteget är en kompetensutveckling för sjuksköterskor på Akademiska sjukhuset. Nyutexaminerade sjuksköterskor erbjuds kompetensutveckling genom klinisk handledning, teoretisk handledning och reflektionshandledning samtidigt som mer erfarna sjuksköterskor får nya utvecklingsmöjligheter och stöd i yrkesrollen, framförallt utbildning till mentorer/handledare.

Dokumenthanteringssystem - DocPlus

Ett välfungerande system för att hantera dokument är en viktig del av sjukhusets ledningssystem. Den evidensbaserade vårdhandboken (www.vardhandboken.se) ligger till grund för dokumenthanteringssystemet och kompletteras vid behov av lokala föreskrifter. Rutiner och styrande, framför allt vårdrelaterade, dokument finns nu i DocPlus. Det innebär en större översyn av befintliga dokument. DocPlus är uppbyggd enligt de områden som dokumentet avses beskriva och ersätter den tidigare organisatoriska strukturen, vilket innebär att man har en "egen" handbok för den enhet man arbetar inom. Denna förändring innebär en mer strukturerad handbok där för verksamheterna likalydande dokument har kunnat sammanföras till en mer tydlig och förenklad struktur, sökbarhet och versionshantering. Publiceringen av verksamhetsunika dokument har därmed kunnat minskas. En strävan finns att i allt större utsträckning skapa sjukhus- och regionövergripande rutiner. Ett sjukhusövergripande redaktionsråd arbetar strategiskt med att kvalitets-säkra Akademiska sjukhusets kvalitetsriktlinjer i DocPlus.

Kvalitetsregister

Akademiska sjukhuset deltar i drygt 70 kvalitetsregister. Merparten är nationella och några är regionala eller lokala. Flera register skickar data till Öppna jämförelser. De flesta verksamhetsområdena redovisar årsrapporter på sina hemsidor, men inte alla redovisar resultat på sjukhusnivå. Registren är en mycket viktig grund för verksamheternas kvalitetsarbete och mycket förbättringsarbete utförs med hjälp av resultat från registren.

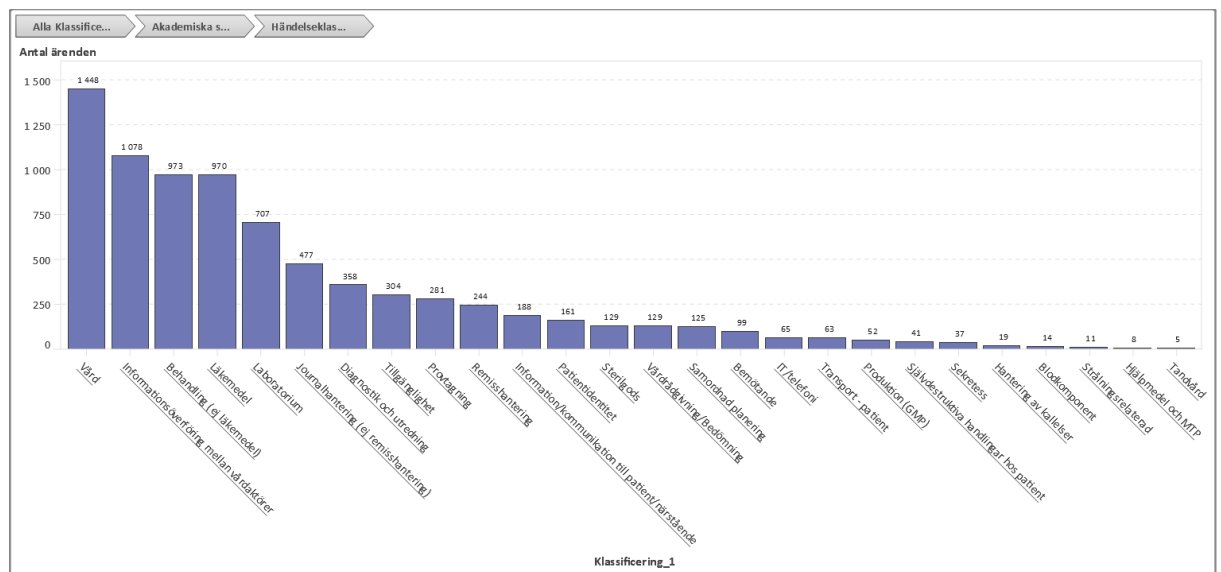
BESKRIVNING AV MÅL/STRATEGIER, ÅTGÄRDER/AKTIVITET, RESULTAT/ANALYS

Avvikelser, MedControl

Mål/strategier

I Region Uppsala används sedan 2003 ett webbaserat avvikelserapporterings-system, MedControl. Alla anställda har behörighet att skriva en avvikelserapport en s.k. "Händelse" som sedan koordineras till berörd enhet för vidare utredning. I systemet väljer man om händelsen var en avvikelse, risk för vårdskada eller vårdskada. Varje enhet kan inhämta statistik över sina avvikelser via IT-systemet, SAS- Beslutsstöd. Utifrån statistiken kan varje enhet identifiera vilka förbättrings- och utvecklingsområden man har.

Verksamhetschef ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet och att lärdomar och erfarenheter från avvikelseutredningar tas till vara i verksamhetens förbättringsarbete. Verksamhetschef utser ärendansvariga inom verksamhetsområdet och ansvarar för att det finns en rutin för uppdatering av ärendansvariga i systemet vid nyanställning och avslut.



Åtgärder/aktivitet

- P.g.a. ökningen av antalet händelser finns ett behov av att rekrytera nya koordinatörer inom verksamhetsområdena för att säkerställa att händelserna koordineras inom angiven tid.
- Utbildningar;
Vårdkvalitetsenheten ansvarar för utbildningar i MedControl för ärendansvariga och chefer. Genom det kvalitetssäkras det att ärendansvariga har kunskap om systemet så att man hanterar avvikelserna korrekt och att man arbetar med avvikelserna på ett systematiskt sätt.

-
- Då ärendeansvariga och chefer byts ut kontinuerligt kommer dessa utbildningar att fortgå. Tre typer av utbildningar erbjuds; en grundutbildning, en utbildning med inriktning på arbetsmiljö- och säkerhet (genomförs med HR och säkerhetsansvarig på Akademiska sjukhuset). Den tredje utbildningen är inriktad på att hämta ut statistik från rapporterade avvikelser, via Beslutsstöd-SAS. Ärendeansvariga ska arbeta med avvikelser på ett systematiskt sätt, och göra förändringar och förbättringar utifrån en händelse. Genom tillgång till avvikelsestatistik är detta möjligt.
 - Vårdkvalitetsenhetens koordinatörer har ständigt en kommunikation med ärendeansvariga. Ofta kommer förslag på förbättringar/förändringar av systemet MedControl. Dessa önskemål förs vidare till objektspecialist och systemägare Munkeby. En del av våra förbättringsförslag har gått igenom och ökat användarvänligheten i systemet.
 - Vi har ett ökat samarbete med HR gällande arbetsmiljöavvikelser. HR-partners på respektive enhet sätts för kännedom på alla arbetsmiljöavvikelser, genom detta arbetssätt får HR en aktuell inblick i arbetsmiljöhändelser och kan agera snabbare på dessa.

Resultat/analys

Avvikelseerna fortsätter att öka. På Akademiska sjukhuset är det 1 553 avvikelser fler än föregående år. Ökningen kan bero på att det är en ökad medvetenhet bland personal att skriva avvikelser vilket är positivt.

Vi har flest avvikelser inom områdena vård, informationsöverföring mellan vårdaktörer, behandling och läkemedel.

Ett pågående förbättringsområde är att följa upp och säkerställa att ärendeansvariga handlägger sina avvikelser enligt MedControls riktlinjer.

DocPlus

Mål/strategier

DocPlus är ett system för strukturerad och kontrollerad dokumenthantering av styrande dokument och patientinformation. DocPlus visar alltid den senaste versionen av ett godkänt dokument. Målet är att personal lätt ska komma åt den information de söker via interna eller externa söksidan, patienter kan komma åt specifik information angående exempelvis behandling via extern söksida.

DocPlus möjliggör att kvalitets- och patientsäker information hittas vid rätt tillfälle.

Åtgärder/aktivitet

- Under året har nätverksträffar för DocPlus-redaktörer ägt rum
- Utbildningar har skett för nya DocPlus-redaktörer och koordinationer
- Fortbildning för befintliga DocPlus-redaktörer
- Patientinformation har av utsedda DocPlus-redaktörer inom VAS-organisationen, med hjälp av kommunikationsavdelningen, enhetligt strukturerats och godkänts i DocPlus. Detta arbete pågår fortsatt under 2020.
- Den regionala förvaltningen av DocPlus har påbörjat ett arbete med

-
- att uppdatera systemet vilket förväntas driftsättas under 2020
 - Flera regionala tillägg i Vårdhandboken har framarbetats och finns nu sökbara i Vårdhandboken

Resultat/analys

Arbetet med DocPlus pågår fortlöpande med att slå samman, revidera, ta bort och skapa styrande dokument och patientinformation. Ett stort arbete som har pågått är att skapa regionala tillägg för centrala infarter till Vårdhandboken, och dessa återfinns nu där.

Den särskilt utarbetade uppföljningen av utskrivningsprocessen hanterar förbyggande åtgärder vid noterade risker för vårdskador kopplat till hemgång, fortsatt vård och förbyggande åtgärder att motverka onödiga inläggningar. Regionövergripande hanteras övergripande och mycket allvarliga vårdskador i samverkan inom chefsläkarnätverket och mot kommunerna inom nätverk med deras medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Fall

Mål/strategier

Fall och fallskador i samband med vård leder till personligt lidande, förlängda vårdtider och stora kostnader. Även fall utan synbara skador kan öka risken för fallrädsla, vilket kan leda till ökad oro och minskad fysisk aktivitetsnivå. Enligt landstingens markörbaserade journalgranskning 2013 - 2016 var 5 % av de uppkomna skadorna inom vården fallskador.

För att kunna minska antalet fallhändelser inom vården måste väl fungerande rutiner och riktlinjer finnas och följas.

Åtgärder/aktivitet

Under 2018 uppdaterades Akademiska sjukhusets riktlinjer för fallprevention och fallhändelser och under 2019 har implementeringen av riktlinjerna påbörjats.

Tre pilotavdelningar har påbörjat implementeringen med stöd från vårdkvalitetsheten, Akademiska sjukhuset. Fallpreventionsansvariga på avdelningarna har utsetts och ett nätverk för fallpreventionsansvariga har startats. Informationsinsatser angående de uppdaterade riktlinjerna har genomförts via arbetsplatsträffar, avdelningschefsmöten, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnarnätverk, vårddokumentationsnätverk, chefsbrev, Intranätet och Ronden. Fasta sökord angående *fallhändelser under vårdtid* har lagts till i Cosmic och en webb-utbildning i PingPong om fallprevention och fall inom vården har skapats i samarbete med vårdskadeområdena trycksår och undernäring.

Det fortsatta arbetet med fallprevention och fallhändelser går från och med 2020 in i förvaltning och Akademiska sjukhuset kommer att följa upp antal/andel genomförda webb-utbildningar, andel fallriskbedömningar och antal fallhändelser årligen.

Resultat/analys

Fallhändelser var de näst mest förekommande avvikelserna i MedControl inom området *Vård* vid Akademiska sjukhuset 2019 då 287 fallhändelser inrapporterades. Att fallavvikelser, särskilt fall utan fysiska skador, underrapporteras är dock väl känt. Andelen patienter som riskbedömts för fall var i november 2019 53 %. Målet är att 75 % av alla patienter som är 18 år och äldre ska riskbedömas för fall.

Levnadsvanor

Mål/strategier

Akademiska sjukhuset ska, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer arbeta för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Målet är att arbetet med levnadsvanor - tobak, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet, integreras i vård och behandling av patienter som vårdas på Akademiska sjukhuset.

Målet är att antal patienter som tillfrågas om levnadsvanor ska öka.

Det är också viktigt att följa antalet som får rekommenderade åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor, även om det varit ett uttalat mål för 2019. Arbetet och resultatet skiftar mycket mellan sjukhusets olika verksamheter.

I riktlinjerna ingår rekommendationer om att stödja patienter till alkohol- och rökfri operation. Under 2019 har målet varit att sprida erfarenheter och arbetsätt från verksamhetsområde ortopedi- och handkirurgi, till fler opererande verksamheter där verksamhetsområde kirurgi nu startar med alkohol- och rökfri operation.

Åtgärder/aktivitet

- Införande av alkohol- och rökfri operation vid VO Kirurgi
- Utbildning och uppstart inför införande av alkohol- och rökfri operation vid VO Kvinnosjukvård
- Tre utbildningsdagar om rådgivning vid riskbruk av alkohol
- Fyra utbildningstillfällen om Fysisk aktivitet på recept och friskvårdslöslösning
- Utbildningsdag om matens betydelse för hälsan för all vårdpersonal
- Två gånger två utbildningsdagar om levnadsvanor och motiverande samtal för ST-läkare
- Fyra uppmärksamhetsveckor/informationskampanjer om levnadsvanorna, inklusive framtagande av patientmaterial, väntrum TV och information på intranät
- Riktade utbildningar om levnadsvanor till olika verksamheter, t.ex. inom ortopedi och handkirurgi, rehabiliteringsmedicin, kardiologi och internmedicin
- Levnadsvanor har lyfts på utbildningstillfällen inom andra patientsäkerhetsområden

Resultat/analys

Arbetet med att sprida rutiner för alkohol- och rökfri operation har varit lyckosamt då hela VO kirurgi har påbörjat införande. VO kvinnosjukvård har haft förberedande insatser med utbildning.

Alla verksamheter kan följa sitt arbete med levnadsvanor genom utdatarapport i SAS för antal patienter som fått frågor om levnadsvanor och åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor.

Den samlade bedömningen, utifrån vad tidigare patientenkät visat, samt dialog och enkät till medarbetare visar att det finns ett glapp mellan det vårdpersonalen gör och vad som dokumenteras. Utifrån detta kommer EPJ att revidera dokumentationsplats och rutin för levnadsvanor under 2020.

Resultatet för hur arbetet sker och dokumenteras skiljer sig mycket mellan olika verksamheter på Akademiska sjukhuset. Övergripande är det vanligast att patienters tobaksbruk och alkoholbruk identifieras, men samtidigt är det inom dessa områden som viss en minskning av antalet tillfrågade skett.

För tobak har 12 088 tillfrågats, en minskning med 204. För alkohol har 11 335 patienter tillfrågats, en minskning med 521.

För matvanor har 4 539 patienter tillfrågats, en ökning med 567. För fysisk aktivitet är motsvarande siffra 3 687 patienter, en ökning med 408.

Av de tillfrågade patienterna använder 23 % tobak, 17 % har ett riskbruk av alkohol, 33 % har otillräcklig fysisk aktivitet och 14 % har betydande ohälsosamma matvanor.

När det gäller dokumentation av rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor sker detta i lägre utsträckning och det är ett utvecklingsområde, både att utbilda personal om vinster med att ge råd vid ohälsosamma levnadsvanor och hur detta dokumenteras.

MJG

Mål/strategier

Ett centralt granskningsteam arbetar med markörbaserad journalgranskning på sjukhusnivå. Sjukhusövergripande har 40 vårdtillfällen granskats per månad. Granskning, team-bedömning och inrapportering sker retrospektivt. I teamet ingår två sjuksköterskor och läkare från medicinsk specialitet. Resurspersoner finns inom andra specialiteter för hjälp med bedömningar. Metoden innebär att ett slumpmässigt stickprov av vårdtillfällen för patienter över 18 år som vårdats inneliggande mer än 24 timmar tas fram. MJG-teamet granskar journal, bedömer om skada inträffat och kategoriserar. Därefter rapporteras resultat in till SKL:s databas och rapporter skickas till ansvarig chefsläkare och chefssjuksköterska för vidare analys.

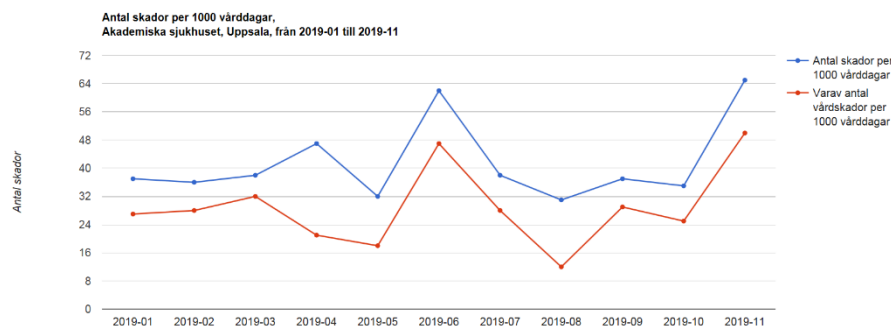
Åtgärder/aktivitet

Åtgärder som vidtagits utifrån resultat av MJG övergripande för Akademiska sjukhuset under 2019 är bland annat en uppdatering av handlingsplanen för VRI.

Resultat / analys

Redovisat resultat nedan utgår ifrån tidsperspektivet januari till november 2019.

Antal skador/vårdskador per 1000 vård dagar



Resultat från markörbaserad journalgranskning - Somatisk vuxenvård

Antal skador per 1000 vård dagar
Akademiska sjukhuset, Uppsala
Period fr o m: 2019-01 t o m: 2019-11

Totalt för perioden

Antal skador per 1000 vård dagar:	41
Antal vårdskador per 1000 vård dagar:	29
Antal vård dagar:	3626
Antal skador:	149
Antal vårdskador:	104

Andel vårdtillfällen med skada/vårdskada

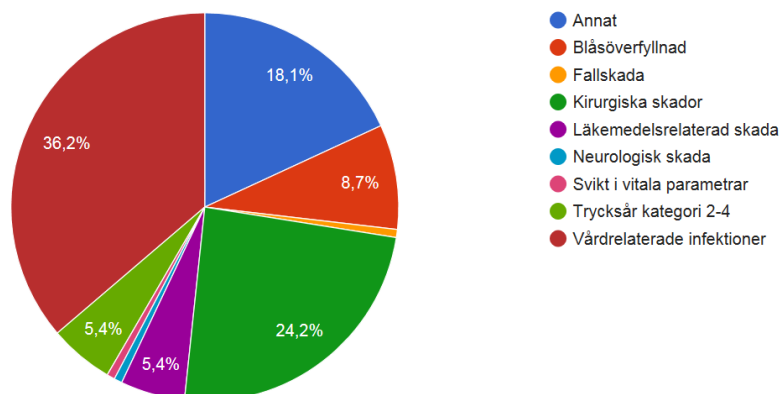
Mellan januari till november 2019 har 440 vårdtillfällen granskats.

Andel vårdtillfällen med skada 24 %.

Andel vårdtillfällen med vårdskada 17 %.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador,
Akademiska sjukhuset, Uppsala, från 2019-01 till 2019-11



Akademiska sjukhuset, Uppsala	Annat: Allergisk reaktion, Anestesirelaterad skada, Blödning inte i samband med operation, Hudskada eller yttlig kärlskada, Medicintekniskt orsakad skada, Postpartumskada/obstetrisk skada, Trombos/emboli, Övriga skador,	18,1	27	10,1	15
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Blåsöverfyllnad: Blåsöverfyllnad,	8,7	13	8,1	12
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Fallskada:	0,7	1	0,7	1
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Kirurgiska skador: Annan kirurgisk komplikation, Förväxlingsgrepp, Organskada, Postoperativ blödning/hematom, Reoperation,	24,2	36	18,8	28
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Läkemedelsrelaterad skada:	5,4	8	2	3
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Neurologisk skada: Neurologisk skada,	0,7	1	0	0
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Svikt i vitala parametrar: Svikt i vitala parametrar (som ej klassificerats ovan) inkl hjärtstopp,	0,7	1	0	0
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Trycksår kategori 2-4:	5,4	8	5,4	8
Akademiska sjukhuset, Uppsala	Vårdrelaterade infektioner: Clostridium difficile-infektion, CVK-relaterad infektion, Infektion övrig, Pneumoni, Postoperativ sårinfektion, Sepsis, UVI, Ventilator-associerad pneumoni,	36,2	54	24,8	37

Den vanligaste vårdskadan 2019 var UVI, följt av blåsoverfyllnad och sedan postoperativ sårinfektion.

De vårdskador som har ökat sen 2018 enligt MJG resultatet är blåsoverfyllnad, urinvägsinfektioner och trycksår. Skadegrupp vårdrelaterade infektioner har minskat något. Läkemedelsrelaterade vårdskador och postoperativa sårinfektioner har minskat sen 2018. Ökningen av urinvägsinfektioner, trycksår och blåsoverfyllnad kan bero på hög arbetsbelastning på Akademiska sjukhuset och materialkris under hösten.

Nationell patientenkät (NPE)

Mål/strategier

[Nationell patientenkät](#) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården.

Vi erbjuder en vård som planeras och ges utifrån patientens behov, allas lika värde och med individens delaktighet i fokus. Uppföljning sker via indikatorerna och målet är:

Delaktighet och Involvering: värdet ska öka.

Respekt och Bemötande: värdet ska öka.

Sedan 2009 deltar samtliga regioner i Nationell Patientenkät. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nationellt gemensamma undersökningar har genomförts varannat år inom, somatisk öppen- och slutenvård, akutmottagningar, psykiatrisk öppen- och slutenvård, barnsjukvård öppen- och slutenvård samt barn- och ungdomspsykiatri.

Åtgärder/aktivitet

Under 2019 genomfördes ingen mätning. Nästa Nationella Patientenkät kommer att genomföras 2020.

Resultat/analys

Under höst/vinter 2018/2019 genomfördes Nationell Patientenkät på Sveriges akutmottagningar. Urvalsmånad var likt tidigare undersökningar, oktober, vartefter enkäterna skickades ut för respondenterna att besvara på från november, 2018, fram till och med januari, 2019.

Med anledning av missat påminnelseutskick valde SKR efter dialog med regionerna att inte publicera resultaten nationellt. Detta då risken för misstolkning och att felaktiga slutsatser drogs var för hög. Resultaten återfördes dock till respektive verksamhet, som sedan kunde använda sig av resultaten som en del i sitt förbättringsarbete.

Under resterande del av 2019 genomfördes inga undersökningar på Akademiska sjukhuset. Nästa undersökning kommer att genomföras 2020 och då omfattas områdena *specialiserad somatisk slutenvård, akutmottagningar* samt *specialiserad psykiatrisk slutenvård*.

Sommaren 2019 sammanställdes 2018 års enkätundersökning med totalt 1 709 öppna svar från *somatiskt specialiserad slutenvård* samt *akutmottagningar*.

Psykiatriundersökningen återrapporterade inga öppna svar från SKR och ingick inte i sammanställningen.

Resultatet visade att majoriteten av patienterna är mycket nöjda gällande respekt och bemötande samt helhetsintrycket av vården. Patienter skrev att ”personalen är trevlig och stöttande”.

Störst skillnad, ca 20 %, mellan slutenvården och akutmottagningarna syns i svaren kring ”tillgänglighet”, där patient nämner långa väntetider. Något som patienterna återkommer till är otryggheten vid hög personalomsättning.

Vid analysen av öppna svar framkom det att Akademiska sjukhuset behöver jobba mer med emotionellt stöd. Många patienter är i en krissituation när de anländer till Akademiska sjukhuset och vilket sjukhuset behöver anpassa sig efter och tillgodose. Enligt patienterna behöver även den individanpassade informationen och kommunikationen förbättras.

Sedan T1, 2019, har en grupp med medlemmar från RU, Akademiska sjukhuset, NVH och LE påbörjat ett närmare samarbete för att diskutera och ta fram en plan på hur alla förvaltningar ska jobba vidare med NPE kommande år (se ”mål och strategier för kommande år”).

I början på 2019 har NPE samordnats genom Regionens vårdkvalitetsenhet som leder en regionövergripande grupp för NPE. De har

under året arbetat med en struktur för alla förvaltningar både vad gäller före-, under och efter undersökningarna. Regelbundna möten planeras inför 2020 för att för att fastställa hur gruppen ska jobba vidare med dimensionerna; *delaktighet och involvering* samt *respekt och bemötande*, enligt ”Region Plan och Budget” (RPB). Detta kommer att stärka patienternas åsikter kopplade till varje verksamhet, men även stärka samarbetet i Region Uppsala. Det starka samarbete som initierats förväntas ha positiva effekter inom fler områden framöver.

Resultatet från Akademiska sjukhusets fokusområden, *delaktighet och involvering* samt *respekt och bemötande* ter sig stabila år efter år. Patienter inom somatiska vården, akutmottagningarna och psykiatrin upplever att det största problemet just nu inom vården på Akademiska sjukhuset är dimensionerna *kontinuitet & koordinering* samt *tillgänglighet*. Här kan en översyn behöva

göras över vilka fokusområden som Region Uppsala bör ha. Förslagsvis skulle de nya fokusområdena vara *delaktighet och involvering* samt *tillgänglighet*.

Nutrition

Mål/strategier

Alla patienter ska så långt som möjligt få sina individuella energi- och näringsbehov tillgodosedda, i syfte att uppnå eller bibehålla adekvat vikt.

Resultatet från Dagen Nutrition samt månadsvisa utdatarapporter ska användas som underlag i förbättringsarbete.

-
- Minst 75 % av patienterna ska bli riskbedömda
 - Minst 75 % av patienter med minst en riskfaktor ska ha en dokumenterad vårdplan och/ eller initierad kontakt med dietist, för fortsatt behandling och uppföljning
 - På gruppnivå ska minst 75 % av energibehovet vara täckt hos minst 75 % av patienterna i slutenvården. För barn under 18 år mäts inte energiintag under mätningen.

Åtgärder/aktivitet

- Uppföljning av resultat från Dagen nutrition med avdelningar där Akademiska sjukhusets mål inte uppfyllts, med stöd i förbättringsarbete
- Utbildningsdag för all vårdpersonal om undernäring, proteinbehov och upphandlade nutritionsprodukter
- Två utbildningsdagar för undersköterskor och köksansvariga om att förebygga och behandla undernäring
- Nätverksträffar för nutritionsansvariga och kostombud, varav en inklusive utbildning om genomförandet av Dagen nutrition
- Revidering av webbutbildning för undernäring tillsammans med trycksår och fall
- Uppmärksamhetsvecka/informationskampanj om matens betydelse för hälsan
- Undernäring har lyfts på utbildningstillfällen inom andra vårdskådeområden och patientsäkerhetsdagar
- Avvikelser gällande nutrition har avhandlats på nutritionsrådet och utgjort underlag för förbättringsarbete

Resultat/analys

Årets resultat visade att 71 % av patienterna blev riskbedömda och att 67 % av de patienter som var i risk hade en dokumenterad åtgärd. Av de patienter som deltog fick 59 % sitt energibehov täckt.

Den övergripande bilden av utvecklingen för genomförandet av mätningen och det efterföljande arbetet på vårdavdelningarna har generellt förbättrats stegvis de senaste fem åren (2015-2019).

I genomsnitt har 80 % (398) av Akademiska sjukhusets inneliggande patienter inkluderats i mätningen.

Andelen som riskbedömts har ökat från 50 % till 75 % fram till 2018, dock minskade andelen till 71 % 2019.

Av dessa visar mätningen att mellan 41 % och 48 % av patienterna hade risk för undernäring.

Av riskpatienter som erhållit dokumenterad åtgärd har andelen ökat från 37 % till 67 % under de fem åren, vilket är en klar förbättring.

När det gäller andelen patienter som erhållit minst 75 % av sitt beräknade energiintag har resultatet förbättrats från 49 % (2015) till 59 % (2019).

Även andelen patienter som får mindre än hälften av sitt energibehov har minskat från 22 % till 9 %. Dock får fortfarande 2 % mindre än 25 % av sitt energibehov 2018, även om andelen minskat från 6 % (2015).

Även om kvalitetsmålen inte uppnåtts på sjukhusnivå har resultaten succesivt förbättrats. Vid uppföljning i verksamheterna märks en tydlig attitydförändring efter den senaste mätningen. Många avdelningar har satt i gång förbättringsarbeten för att öka kvaliteten på sitt nutritionsarbete och många har utsett

nutritionsansvariga. Förutom årlig mätning och uppföljning har en rad utbildningsinsatser givits under tiden. Att systematiskt mäta och följa upp arbetet mot undernäring ger resultat, men fortfarande behöver arbetet förbättras för att minska undernäringen och problem kopplade därtill.

I årets mätning lades även proteinbehov och proteinintag till eftersom det visat sig ha lika stor betydelse att tillgodose som energibehov för tillfrisknande. Resultatet blev att 31 % av de inläggande patienterna tillgodosåg 75 % av sitt beräknade proteinbehov. Eftersom det är lika viktigt att tillgodose proteinbehovet som energibehovet har samma mål satts. Genomgående är att de avdelningar som har högre dietistbemanning har större kunskap om proteinintag jämfört med de som har dietist på konsultbasis.

Palliativ vård

Mål/strategier

Alla patienter som avlider på Akademiska sjukhuset ska registreras i Svenska Palliativregistret.

Palliativ vård är en helhetsomhändertagande vård med en egen vårdfilosofi där specifik kunskap krävs för att hjälpa människor med obotlig, livshotande sjukdom. Målet med den palliativa vården är att ge förbättrad livskvalitet till den som är svårt sjuk. Den palliativa vården ser döendet som en normal process, den varken påskyndar eller fördröjer döden. Den stödjer människor att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Den palliativa vården inrymmer flera olika yrkesgrupper utifrån patientens behov och teamwork mellan yrkesgrupperna är en förutsättning för god palliativ vård.

Åtgärder/aktivitet

- Under 2019 har nätverksträffar genomförts med många deltagare både från Akademiska sjukhuset och kommunerna.
- Etikcafé har initierats under hösten och genomförts vid ett tillfälle. En enkät som delades ut visade att etikcaféet fick genomgående positiv kritik.
- Etikcafé kommer att genomföras under våren 2020 för palliativansvariga sjuksköterskor, undersköterskor och läkare syftet med mötet är att dela erfarenheter och kunskap kring etiska dilemman som kan uppkomma i livets slut.
- Arbetet med att revidera standardvårdplanen för palliativvård pågick under hela 2019 och kommer att slutföras 2020
- Akademiska sjukhuset planerar att bjuda in till regionövergripande nätverksträffar under våren och hösten med fokus på kvalitetsindikatorerna
- Ökad kunskap om palliativ vård. Palliativansvariga sjuksköterskor och läkare ska genomgå Palliation ABC som är en avgiftsfri webb-utbildning i allmän palliativ vård och är baserad på Socialstyrelsens kunskapsstöd och nationella riktlinjer för god palliativ vård i livets slutskede.

Resultat/analys

Under 2019 har 1 010 patienter avlidit på Akademiska sjukhuset och 65 % av dessa är registrerade i Svenska Palliativregistret (förväntade 508 st 77 % + ej förväntade 114 st 17,4 % vet ej 34 st 5,2 %).

Antalet avlidna på Akademiska sjukhuset har minskat sedan föregående år. Detta kan bero på färre vårdplatser på sjukhuset. En annan förklaring som skulle kunna påverka att registreringarna har minskat sedan föregående år kan vara hög personalomsättning, arbetsbelastning och hyrsjuksköterskor.

Det har varit svårigheter att följa utdata i Palliativregistret då det pågår ett förbättringsarbete i registret och sjukhusets avdelningar inte överensstämmer med avdelningarna i registret.

Genom att ge en ökad kunskap om palliativvård och att kunna tolka enhetens egna resultat kan patientsäkerheten öka för den palliativa patienten

Ju fler dödsfall vi registrerar i Palliativregistret desto större blir underlaget för fortsatt strukturerat förbättringsarbete av de palliativa patienterna. Vi ser att vi behöver arbeta mer med munhälsa och smärtskattning i livets slutskede.

Patientsäkerhetskultur

Mål/strategier

Arbetet med patientsäkerhetskultur är ett ledningsansvar på alla nivåer i organisationen. Syftet är att kartlägga samt medvetandegöra patientsäkerhetskulturen på arbetsplatsen

Sedan 2018 ingår elva frågor om patientsäkerhetskultur i medarbetarenkäten. Syftet är att koppla ihop arbetsmiljö och patientsäkerhet i alla verksamhetsförbättringsarbeten. De 11 frågorna om patientsäkerhetskultur är framtagna av SKR och benämns Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE).

HSE ger ett mått på arbetsplatsens patientsäkerhetskultur. Som stöd i arbetet med resultatet finns olika verktyg till exempel ”Säkerhetskulturtrappan”.

Verktyget är framtaget av SKR och är ett validerat diskussionsunderlag. Verksamheterna kan också med fördel använda dialogverktyget Hälsofrämjande arbetsplats för att ännu tydligare se sambandet mellan arbetsmiljön och säkerhetskulturen på sin arbetsplats.

Åtgärder/aktivitet

Resultatet ska ses som ett diskussionsunderlag för vidare arbete.

Det behövs göras en djupare analys tillsammans med HR av resultatet och kopplingar till medarbetarenkäten. Utifrån denna analys kan mål sättas för vad som ska uppnås i kommande enkäter.

För kommande år är det önskvärt med en gemensam strategi för planering, genomförande och utvärdering av medarbetarenkätens alla delar, d.v.s. både arbetsmiljö och patientsäkerhetskultur på alla nivåer i organisationen.

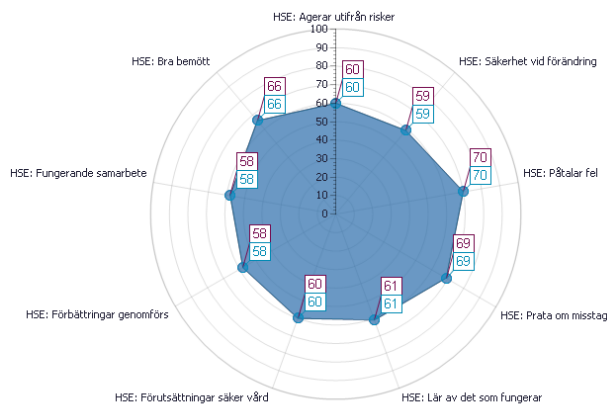
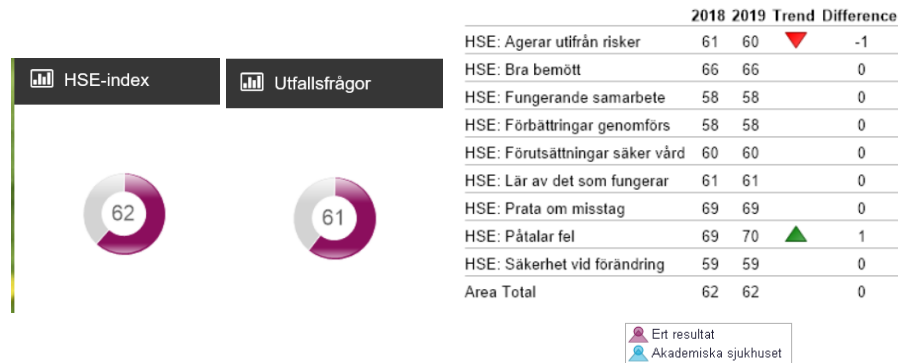
Resultat/analys

Det finns inga satta mål för patientsäkerhetskulturen och det är ett stort sett oförändrat resultat jämfört med 2018, se bild nedan.

Resultatet skiljer sig mycket mellan Akademiska sjukhusets olika verksamhetsområden (VO). Det verksamhetsområde som utmärker sig med ett bra resultat är Akademiska laboratoriet. Det är också ett verksamhetsområde som är certifierat och har ett kvalitetsledningssystem.

Kirurgen är det VO som förbättrat sitt resultat mest från 2018.

De verksamhetsområden som försämrat sitt resultat mest är Akut och intern-
medicin, Plastik- och käkkirurgi samt Blod- och tumörsjukdomar.



De frågor som Akademiska sjukhuset har sämst resultat på är:

1. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete
2. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser
3. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter
4. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)
5. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras

De frågor som Akademiska sjukhuset har bäst resultat på är:

1. Jag vågar prata om mina misstag
2. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel
3. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp

Läkare är inte inkluderade i verksamhetsområdets resultat

Läkarna har störst behov av förbättringar inom följande Verksamhetsområden/sektioner.

1. Akutsjukvård och internmedicin
2. Akut barnsjukvårds läkare

Index för att beräkna resultatet av HSE är framtaget av SKR och beräknas som ett medelvärde av de två delindexen. Resultatet av de två olika indexen av de elva frågorna ska ses som ett diskussionsunderlag. Nio av frågorna ingår i området HSE-index och två frågor ingår i området utfallsfrågor. Indexet är från 0–100, där 100 är bästa värdet. 0–59 är ett lågt resultat och där åtgärder behöver sättas in. 60–69 visar att det finns behov av förbättringar. 70–100 visar att man har en hög patientsäkerhetskultur.

Akademiska sjukhusets resultat



HSE-index



Utfallsfrågor

Två utfallsfrågor ingår i undersökningen:

HSE: Patienter delaktiga På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.

HSE: Trygg om närstående vårdas Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats.

Akademiska sjukhusets gemensamma resultat visar att det finns behov av förbättringar. Resultatet för Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) visar ett lägre resultat än i jämförelse med resultatet för medarbetarenkäten och Hållbart medarbetarskap (HME).

Våra styrkor är att vi vågar prata om egna misstag och man vågar påtala om man tror att något är på väg att gå fel.

Områden att förbättra är att:

- erbjuda patienter att vara mer delaktiga i sjukhusets patientsäkerhetsarbete
- skapa ett väl fungerande samarbete med andra enheter
- genomföra nödvändiga förbättringar efter negativa händelser

Smärta

Mål/strategier

Att 90 % av patienterna med smärta uppger sig vara nöjda med omhändertagandet av sin smärta. Resultat för Akademiska sjukhuset 84%.

Att 70 % av patienterna med smärta, regelbundet blir smärtskattade med ett mätinstrument. Resultat för Akademiska sjukhuset 50%.

2019 var det 447 patienter som tackade ja till att delta i kvalitetsuppföljningen

Dagen Smärta. Av de hade 317 smärta och 267 patient hade fått någon form av smärtbehandling.

Åtgärder/aktivitet

Under de senaste åren har både undersköterskor och sjuksköterskor i Regionen givits möjlighet till utbildning i användandet av olika smärtskattningsinstrument. Regionala utbildningsdagar för smärtansvariga samt utbildningsmöten anordnas regelbundet av Vårdkvalitetsenheten och Smärtcentrum.

Resultat/analys

Resultatet för Akademiska sjukhuset i Dagen smärta visar att det är ett bra omhändertagande av patienternas smärta; 84 % är nöjda. I omhändertagandet ingår inte enbart läkemedel utan även KBT, TENS, värme kyla, m.m. Men det saknas några procent för att nå det gemensamma målet. Tre verksamhetsområden uppnår i dag gröna siffror på båda målen

Vi har inte uppnått något av våra huvudmål, utan de ligger på ungefär samma nivåer som de fyra senaste åren. Vi behöver arbeta med att låta patienter med akutsmärta få skatta sin smärta med ett validerat smärtskattningsinstrument. En utbildning i PingPong om smärtskattningsinstrument är klar i vår. Enligt patienterna behöver vi också bli bättre på att korta väntetiderna på smärtlindring och ge en individuellt anpassad smärtbehandling samt att ge bättre information om behandlingen.

Trycksår

Mål/strategier

Mål för 2019

- Andel patienter med trycksår, kategori 1-4, inklusive nya kategorier ska vara lägre än 10 %
- Andel patienter med trycksår, kategori 2-4, inklusive nya kategorier ska vara lägre än 5 %
- Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår 1-4, inklusive nya kategorier ska vara lägre än 5 %

Mål för 2020

- Andel patienter med trycksår, kategori 1-4, inklusive nya kategorier ska vara lägre än 8 %
- Andel patienter med trycksår, kategori 2-4, inklusive nya kategorier ska vara lägre än 4 %
- Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår 1-4, inklusive nya kategorier ska vara lägre än 4 %
- Under 2020 planeras fortsatta utbildningar, stöd och utbildning i samband med punktprevalensmätningarna och upprätthålla de rutiner som varit framgångsrika under 2018 och 2019 med uppsökande verksamhet bland annat trycksårrounder. Ytterligare stärka samarbetet med övriga förvaltningar och regionkontoret.
- Breddinförande av ”Utdata i realtid” genom att alla vårdavdelningar får behörighet att se sin utdata i en SAS-rapport vilket underlättar den egna uppföljningen.

- Slutföra uppdraget med inköp och distribuering av nya madrasser till samtliga vårdavdelningar (undantaget Barnsjukhuset, IVA-avdelningar och psykiatri som har specialmadrasser).

Åtgärder/aktivitet

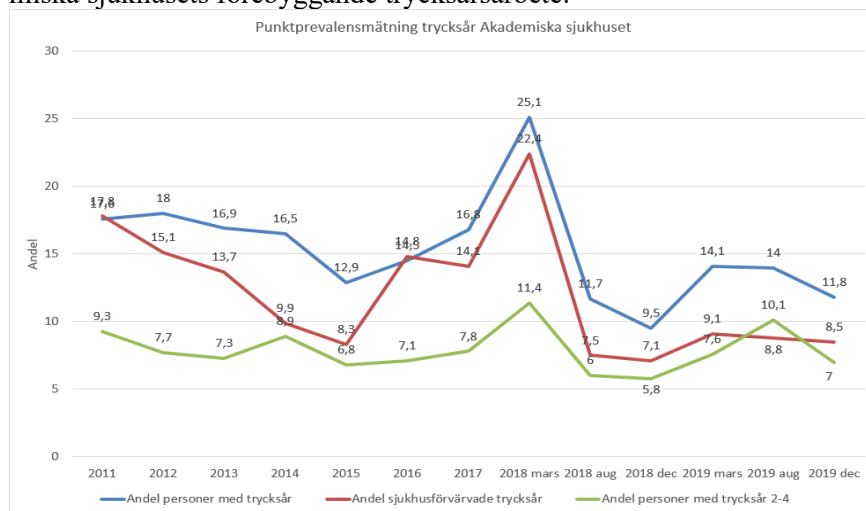
Det sjukhusövergripande trycksårsarbetet har under 2019 haft fortsatt hög prioritet. Strategin är att höja kunskapen, synliggöra problemen och motivera till förebyggande arbete på vårdavdelningarna. Vi har arbetat för samma synsätt, ökat samarbetet inom regionen och mot samma mål på alla förvaltningar. Sjukhusgemensam budget har införts för trycksavlastande madrasser för att höja standarden på hela Akademiska sjukhuset.

En intern journalgranskning har under våren 2019 genomförts. Händelserubriken benämndes ”bristande hudbedömning” och inkluderade två verksamhetsområden. Ena verksamhetsområdet bjöds in till att delta i journalgranskningen.

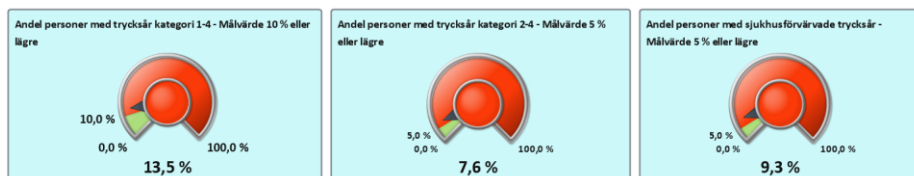
Trycksårsgruppen vid vårdkvalitetsenheten, Akademiska sjukhuset, besökte en patient i dess hem för att höra dennes upplevelse av att fått ett trycksår. Lärdomar från denna uppföljning har använts i utbildningssammanhang.

Resultat/analys

Resultatet från trycksårsuppföljning i mars 2018 visade att Akademiska sjukhuset var sämst i landet vilket motiverade till en kraftsamling kring Akademiska sjukhusets förebyggande trycksårsarbete.



Medelvärden för de tre mätningarna 2019



Vid nationella trycksårsmätningen i mars 2018 var andelen personer med trycksår 25 % och 2019 var resultatet 14 %.

Strategin för att nå målen har varit att höja kunskapen, synliggöra problemen, uppsökande verksamhet och att motivera till förebyggande arbete på vårdavdelningarna.

Resultatet följs upp av vårdkvalitetsenheten som genomför trycksårsronder på de avdelningar som har högst andel trycksår. Uppföljning med trycksårsronder

är ett effektivt arbetssätt för att höja motivationen i arbetet på de enskilda vårdavdelningarna.

Vi har även arbetat för ökat samarbete inom regionen och mot samma mål på alla förvaltningar.

En sjukhusgemensam budget har införts för inköp av trycksavlastande madrasser för att höja standarden och säkerställa kvalitet av madrasser på hela sjukhuset. Hälften av sjukhusets sängar har fått nya madrasser inom somatisk slutenvård vuxen.

Det förbättrade resultatet avseende trycksår beror på bättre dokumentation av sjukhusförvärvade trycksår och förekomst av trycksår vid inläggning, ökad kunskap och medvetenhet hos vårdpersonal och patienter vad gäller förebyggande åtgärder och behandling av befintliga trycksår.

En annan bidragande faktor är att förbättringsarbetet som sker på makro-meso- och mikronivå på Akademiska sjukhuset och i regionen.

Verksamhetsområden med störst andel trycksår har patienter som utvecklat trycksår tidigare under vårdtiden. Ett arbete har startat för att se var det brister och var förbättringsåtgärder kan sättas in.

Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår har sjunkit. Detta är delvis ett resultat av utbildning och insikt hos medarbetarna att hudbedömning ska dokumenteras i samband med inskrivning.

Det råder en brist på specialistkompetens inom området som kan svara på frågor, bedöma enskilda patienter och genomföra kontinuerliga utbildningar i bedömning och behandling av sår. Detta skulle förkorta vårdtider och lidande för patienterna. Det krävs en regionövergripande resurs och frågan är lyft till regionkontoret.

Det finns behov av ett tvärprofessionellt trycksårsråd (motsvarande nutritionsråd). Förslag tas fram om uppdrag och roller.

VRI/BHK

Mål/strategier

Handlingsplan för ”Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens – strategi, mål och handlingsplan” 2019–2021 för Akademiska sjukhuset är framtagen. Handlingsplanen tydliggör Akademiska sjukhuset mål och aktiviteter och är kopplad till regionens övergripande mål och riktlinjer.

Fokusområden och mål är:

1. Basal hygien och klädregler (BHK)

Följsamheten till basala hygienregler ska vara 90 % och till klädregler 97 %.

2. Urinvägsinfektioner

Mål:

Vid urinvägsinfektion utan feber/cystit ska mindre än 15 % primärt behandlas med Ciprofloxacin.

- Antalet urinvägskateterdagar ska minska.
- Andelen patienter med vårdrelaterade urinvägsinfektioner ska minska. Vid urinvägsinfektion utan feber/ cystit ska mindre än 15 % primärt behandlas med Ciprofloxacin.

3. Infektioner p.g.a. infarter i kärl

Mål:

- Andelen patienter med infektion på grund av centrala infarter ska minska.

4. Lunginflammation

- Andelen PcV och PcG ska öka för behandling av samhällsförvärvad lunginflammation.
- Andelen patienter med vårdrelaterad lunginflammation ska minska.

5. Postoperativa infektioner

Mål:

- Andelen patienter med postoperativa infektioner ska minska.
- Respektive operativ specialitet har utarbetade och uppdaterade riktlinjer för användning av antibiotikaprofylax.
- Antibiotikaprofylax inför kirurgi ges vid korrekt tidpunkt i relation till operationsstart.

6. Antibiotikaronder

Mål: Det ska finnas en sjukhusövergripande organisation för antibiotikaronder på Akademiska sjukhuset.

Åtgärder/aktivitet

- Ett VRI-team ska bildas på varje verksamhetsområde i syfte att arbeta systematiskt med VRI och antibiotikaresistens. I teamet kan exempelvis antibiotikaansvarig läkare, hygienansvarig läkare, kvalitetssamordnare, hygienombud, superanvändare för infektionsverktyget ingå.
- Teknisk validering av Infektionsverktyget (utförd januari 2020) Kommunikationsplan för Infektionsverktyget. För att kunna använda Infektionsverktyget, d.v.s. göra datauttag för uppföljning krävs att man inte dubbelregistrerar infektioner.
- Ärende skickat till Cambio avseende förbättringar av så att dubbelregistreringar undviks framöver.

Den framtagna handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens gäller för 2019–2021.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

- Utbildningar med vårdhygien och vårdkvalitetsenheten; Vårdhygien och vårdkvalitetsenheten har regelbundna möten för uppföljning av BHK-resultaten. Utifrån dessa resultat planeras möten och åtgärder för berörd verksamhet.
- Vid upprepade dåliga BHK-resultat kontaktas chefsläkare och chefs-sjuksköterska för åtgärder på verksamhetschefsnivå
- Mätning av BHK genomförs av alla verksamheter en gång i månaden. Sveriges Kommuner och Regioners databas används. Tio personer inom varje arbetsplats (olika yrkeskategorier) bedöms utifrån följsamhet till klädregler och basal hygien enligt framtaget protokoll.

Infektionsverktyget

- På Akademiska sjukhuset finns den ”Operativa gruppen” som består av representanter från vårdkvalitetsenheten VKE, vårdhygien,

- Strama och EPJ. Eftersom funktionerna ”Objektsägare och Objektspecialist” saknas i Region Uppsala hanteras även regionsövergripande frågor av denna grupp. Under året har det varit tre möten med Hälso- och sjukvårdsdirektör och andra funktioner på regionkontoret för att försöka lösa frågan.
- Operativa gruppen eftersträvar att samordna insatser och rikta insatser till de VO som är i störst behov av stöd och utbildning.
- Ett informationsmöte för verksamhetsområdenas superanvändare för Infektionsverktyget har hållits.

Resultat/analys

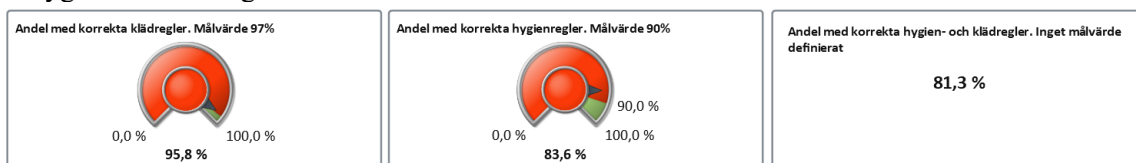
Målvärden på 97 % på klädregler och 90 % för hygienregler har inte uppnåtts under någon av årets månader. Vårdhygien och Vårdkvalitetsenheten (VKE) har under året stärkt sitt samarbete i syfte att öka följsamheten till BHK.

Andel med korrekta klädregler 96 %

Andel med korrekta klädregler 84 %

Andel med korrekta hygien och klädregler 83 %

Basal hygien och klädregler 2019



Antal deltagande enheter	170
Antal observationer	12 214
Antal med korrekta klädregler	11 703
Andel med korrekta klädregler	95,8 %
Antal med korrekta hygienregler	10 215

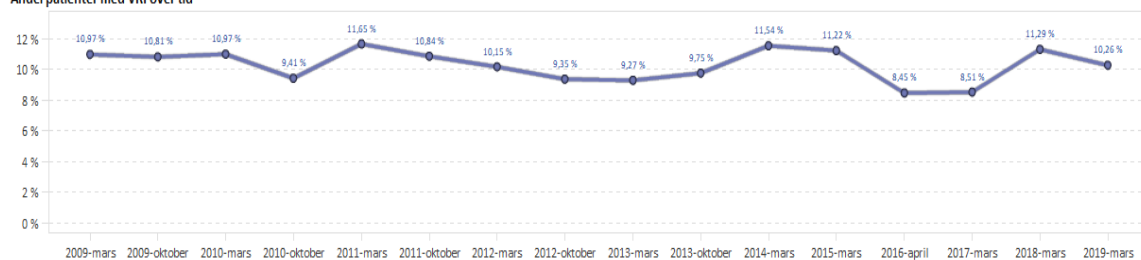
PPM VRI (somatik+psykiatri)

Andel VRI redovisas i nationella sammanhang enbart för somatisk slutenvård.

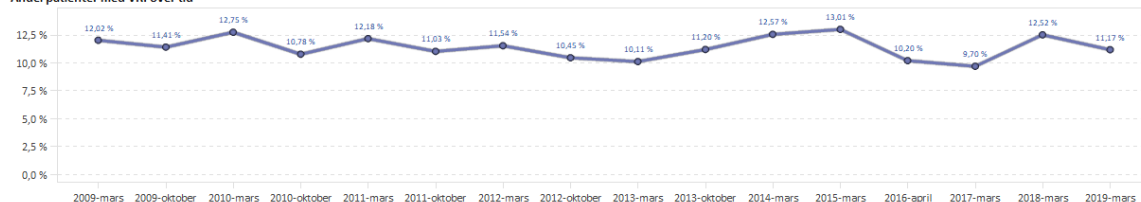
Mätningen görs inom all slutenvård och det blir en lägre andel VRI om man räknar med alla inneliggande patienter.

PPM VRI (somatik)

Andel patienter med VRI över tid



Andel patienter med VRI över tid



Mätning av vårdrelaterade infektioner; Punktprevalensmätning (PPM VRI) genomförs en gång per år, nationell mätning.

Infektionsverktyget; en omstart av infektionsverktyget skedde i juni 2019 efter att ha varit ur drift nästan två år. Omstarten har varit problemfri men validering av dataöverföringen är inte genomförd under 2019.

Basala hygienrutiner- och klädregler BHK

Då målen inte har nåtts till för basala hygienrutiner behövs mer systematik i uppföljningsarbetet. Ett tätare samarbete mellan vårdhygien och vårdkvalitetsavdelningen har upprättats för att skapa tydligare rutiner för hur det vårdhygieniska arbetet ska bedrivas och följas upp. De enheter med låg följsamhet till basala hygienrutiner, behöver arbeta på ett mer strukturerat sätt med förbättringsarbeten och kommer att följas upp under året. Fortsatt samarbete med vårdhygien avseende utbildningar och uppföljning av BHK.

BHK 2018; andel med korrekta klädregler 96 %

BHK 2019; andel med korrekta klädregler 96 %

BHK 2018; andel med korrekta hygienregler 83 %

BHK 2019; andel med korrekta hygienregler 84 %

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Vårdokumentation

Mål/strategier

Vårdokumentation är en förutsättning för att säkerställa patientsäkerheten och vårdkvalité.

Vårdokumentation är att samla in, ordna och tillgängliggöra patient- och vårdrelaterade uppgifter som behövs för en god, säker och likvärdig hälso- och sjukvård. Informationen ska vara välbekant, begriplig och sökbar, det vill säga:

- Lätt att hitta för den som behöver den
- Enkel att dokumentera för vårdens personal

-
- Möjlig att använda för uppföljning resultat, kvalitet och säkerhet

Åtgärder/aktivitet

- Årligen erbjuds två seminarie-/utbildningstillfällen (heldagar) för personalen inom region Uppsala där nyhets- och erfarenhetsutbyte sker
- Under året har regionövergripande professionsspecifika dokumentationsriktlinjer för vårddokumentation arbetats fram för sjuksköterskor
Under 2020 kommer andra professioner få egna dokumentationsriktlinjer
- En personcentrerad informationsinsamling för sjuksköterskor har arbetats fram
- Strukturerade termer, ICNP (International classification of nursing practice) har införts i vårdplaner med ett uppskattat resultat. Arbetet kommer fortgå under 2020.
- Stöttat verksamheter i utvecklingen av vårddokumentation med hjälp av EPJ
- Arbeta med att få en gemensam struktur för vårddokumentation region Uppsala fortgår
- Påbörjat planering med att få strukturerad och enhetlig vårddokumentation på verksamhetsområdesnivå. Organisation för arbetet har arbetats fram under 2019

Resultat/analys

Arbetet med vårddokumentation pågår fortlöpande med olika aktiviteter och åtgärder. Inom verksamhetsområdena finns dokumentationsansvariga sjuksköterskor.

Dokumentationsriktlinjerna för sjuksköterskor är fastställda, och kommer att revideras regelbundet.

ICNP har mottagits positivt av verksamheterna, och fler verksamheter är intresserade att arbeta in det i sina journalmallar.

KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Enskilda anmälan om fel i vården

Under 2019 inkom 43 enskilda ärenden från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ärendehantering är likartad med den som används för lex Maria-ärenden, det vill säga chefsläkarnas kansli hanterar och diarieför ärendena i Public360 och bevakar att svar sänds inom den stipulerade tidsgränsen fyra veckor. I 67 % av ärendena krävdes en komplettering från Akademiska sjukhuset av IVO. Ambitionen är att sänka denna siffra genom ökad kvalitet och fokus på åtgärder i svaret.

Tabell 1. Antal enskilda anmälningar till IVO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
130	98	87	121	106	190	120	43

Klagomål från patienter och närstående på vården

Vi har ambitionen att underlätta för patienter och anhöriga att direkt kontakta Akademiska sjukhuset och våra verksamheter med sina klagomål eller synpunkter. Hemsidan har tillförts anpassad information. Registrering och ärendehantering av inkommande klagomål har utvecklats i syfte att möjliggöra en ingång för patienter och att efterlevnaden av författningens krav kan kvalitetssäkras. Ärenden av denna kategori kommer även till Akademiska sjukhusets registratur via IVO:s överlämnande av ärende, som de överlämnat då vården inte fått möjlighet att besvara klagomålet eller är direkt ställda till Akademiska sjukhuset. I framtiden kommer i samarbetet med Patientnämnden och 1177, via Inera för begreppet ”en väg in” att förstärkas.

Verksamheterna har informerats om den nya klagomålshanteringen och svarsinstruktioner är framtagna. Bekräftelse skickas vid registrering och svarstid bevakas. Verksamheterna instrueras att uppmana till användning av denna funktion i sina kontakter.

Tabell 2. Antal registrerade klagomål på vården

2017	2018	2019
124	200	364

Patientnämnden

Chefssjuksköterska och chefsläkare från Akademiska sjukhuset deltar som sakkunniga vid Patientnämndens sammanträden. Patientnämnden, som i första hand hanterar bemötandefrågor, skickar ärendena direkt till berörd verksamhetschef. Rutinmässigt sker kontakt med berörd chefsläkare om ärenden som inkommit till Patientnämnden inger misstanke om att skäl finns för anmälan enligt lex Maria. Patientnämnden genomför riktade verksamhets-specifika analyser av inkomna ärende. Dessa redovisas för verksamhet och nämnd samt följs upp i ett senare skede.

Tabell 3. Antal anmälningar till patientnämnden			
2016	2017	2018	2019
813	954	1076	1082

RISKANALYS

Inför ombyggnation, större lokalanpassningar och uppgraderingar av media, vatten, avlopp, elförsörjning, IT-infrastruktur och andra förändringar som kan påverka den pågående medicinska verksamheten genomförs riskanalyser, som leds av chefsläkarfunktionen. Denna arbetsprocess är etablerad och hanteras väl. Inga större avvikelser har uppstått, förutom störningar i datajournalssystemet, men där är bedömningen att händelsen inte hade kunnat hanteras genom förebyggande riskanalys. Riskanalyser görs regelmässigt inför större förändringar och uppdateringar i IT-systemen.

UTREDNING AV HÄNDELSER – VÅRDSKADOR

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Inom de opererande verksamheterna sker journalföring i tre system, Cosmic, Orbit och MetaVision. Det har skapat risker i gränssnittet mellan systemen framför allt när det gäller läkemedelsordinationer. Efter händelseanalys och utredning i lex Maria-anmälan har patientsäkerheten säkerställts efter genomförda åtgärder. Problem med vattenkvalitet inom ramen för nybyggnation av

vårdbyggnader har analyserats och åtgärdsutretts för att förhindra vårdskador hos till exempel immunsupprimerade patienter. En analys visar att händelseanalys ofta görs när risk för eller etablerad vårdskada uppstått i vårdens övergångar inom Akademiska sjukhuset mellan verksamheter eller mellan slutenvård och öppenvård. Särskilt har då remisshantering och uppföljning av provsvar uppmärksamats.

Händelseanalyser av teamet

Händelseanalysteamet genomförde elva händelseanalyser under 2019.

Lex Maria

Akademiska sjukhuset har under 2019 sänt in 43 anmälningar enligt lex Maria.

INFORMATIONSSÄKERHET

I takt med att patientens resa genom sjukvården, personalens vardag och

forskning och utveckling blir allt mer digital ställs allt högre krav på informationssäkerhet. Patientens data, vilken ökar både i omfattning och storlek, ska vara konfidentiell, riktig, tillgänglig och spårbar. Det innebär i sin tur striktare krav på de systemlösningar som idag används och som ska köpas in. Region Uppsala, i egenskap av personuppgiftsansvarig, står ytterst ansvarig för informationssäkerheten och delegerar ansvar genom personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) och intern egenkontroll. Akademiska sjukhuset stärker sin förmåga inom informationssäkerhet och digital utveckling organisatoriskt samt strukturerar och tydliggör arbetet såväl inom förvaltningen som mellan förvaltningen, övriga förvaltningar såsom Fastighet och service och Nära vård och hälsa samt Region Uppsalas ledningskontor.

Akademiska sjukhuset, tillsammans med informationssäkerhetsfunktionen vid säkerhetsavdelningen vid Region Uppsalas ledningskontor, utför kontinuerliga uppföljningar på sjukhusets olika system (beteenden som struktur). Akademiska sjukhuset har genomlyst och förbättrat sig i takt med att patientens resa genom sjukvården, personalens vardag och forskning och utveckling blir allt mer digital ställs allt högre krav på informationssäkerhet. Individens integritet och frihet styrks ytterligare genom dataskyddsförordning (GDPR) och tidigare relationer mellan lagar tolkas på nytt. Patientsäkerheten ställer krav på Akademiska sjukhusets behandling av personuppgifter inom samtliga verksamhetsområden. Akademiska sjukhuset utför riskanalyser vid all verksamhetsutveckling samt vid upphandling av nya IT-/MT-system. Region Uppsala arbetar med att skapa ett regionsövergripande ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) och sjukhuset har etablerat en dataskyddsorganisation samt etablerat en CISO-funktion med tillhörande virtuell informationssäkerhetsorganisation.

PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Akademiska sjukhuset har en Patientsäkerhetsutbildning för chefer där tidigare patienter synpunkter och erfarenheter tas med i utbildningen och som även tar upp anhörigperspektivet.

Det är ett pågående införande av patientnära arbetssätt med personcentrering inom somatisk slutenvård; *personcentrerad överlämning* och *timsrundor*.

I nyrenoverade lokaler och byggnader införs ”*patientskärm-Hospital DMD*”.

Där får patient och anhöriga möjlighet att vara delaktiga och involverade i den dagliga vården.

I processarbetet med värdebaserad vård ingår patienter som en viktig medskapare i arbetet. Förutom ovanstående deltar patienter och närstående i

flertalet händelseanalyser. Patienter och anhöriga involveras i ökande grad i patientsäkerhetsarbetet, exempelvis aktivt inom psykiatrin genom olika brukargrupper.

I Akademiska sjukhusets Patientsäkerhetsutbildning för chefer deltar tidigare patienter vars synpunkter och erfarenheter tas med i utbildningen.

Akademiska barnsjukhuset involverar patienterna i ett ”Barn-råd” för att ta tillvara synpunkter till förbättringsarbetet.

NYA ARBETSSÄTT

Mål/strategier

Under 2019 har införandet av patientnära arbetssätt; SE UPP/timsrundor (SE UPP) och personcentrerad överlämning (PCÖ) fortgått på Akademiska sjukhuset. Arbetssätten riktar sig till att förbättra kvalitén och patientsäkerheten inom identifierade bristområden.

PCÖ innebär att dagpersonalen (sjuksköterska och undersköterska) tillsammans med patienten överlämnar information till personalen (sjuksköterska och undersköterska) som arbetar på kvällen. De använder sig av en väl beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring, SBAR (situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation).

SE UPP är ett strukturerat och proaktivt arbetssätt där avdelningspersonalen går in till patienterna varje timme och med hjälp av minnesregeln SE UPP (Smärta, Elimination, Undernäring, Position, Placering av tillhörigheter) och stämmer av aktuella omvårdnadsbehov med patienten. Personalen har i framtagning av arbetssättet undersökt och analyserat vad patienterna behöver för hjälp när de använder larmsignalen.

Fördelning av arbetsuppgifter sjuksköterska och undersköterska (roller) innebär att sjuksköterskor utför specifik omvårdnad och undersköterskor basal omvårdnad; ett sätt att optimera kompetensnyttjandet, framförallt när det gäller sjuksköterskor. Planering av utbildning/workshops har skett under 2019.

Åtgärder/aktiviteter

Under 2019 har ett gemensamt arbetssätt kring utbildningar inom Nya arbetssätt arbetats fram. För att få en optimal implementeringsprocess så krävs det att en avdelningschef alternativt gruppchef, sjuksköterska och undersköterska leder utbildningsarbetet på varje enskild enhet efter genomgången utbildning av Vårdkvalitetsenheten. Vårdkvalitetsenheten har blivit kontaktade av andra sjukhus och har därefter erbjudit utbildning i SE UPP för personal från Danderyds sjukhus och Sunderbyns Lasarett.

Under 2020 planeras utbildningstillfällen, uppföljningar och stöd till verksamheterna att fortsätta implementera PCÖ, Se UPP och roller. Målet kommande år är att successivt flytta över förvaltningen av utbildningarna till KTC. Forskningsstudien kring PCÖ kommer att fortgå.

Resultat/analys

Antalet planerade utbildningar genomfördes utifrån de resurser enheten hade och efter önskemål från verksamheterna. Mot bakgrund av tidigare genomlysning på Akademiska sjukhuset är arbetssätten sannolikt ett sätt att rekrytera och behålla sjuksköterskor samt öka patientsäkerheten och ökad delaktighet

och nöjdhet hos patienterna. Andra vinster som kommit fram är; färre vårdskador och bättre arbetsmiljö. Antalet utbildningar/workshops för SE UPP var tre och för PCÖ två för 2019.

EGENKONTROLL

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Exempel på redovisning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	En gång per år I drift från 14 juni 2019. Ej validerat efter driftstoppet 2 gånger per år 1 gång per år	PPM-databasen Infektionsverktyget Markörbaserad journalgranskning
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per månad	PPM-databasen
Hygienronder	1 gång per år egenkontroll Vart 4:e år hygienrond med vårdhygien	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	3 gånger per år Varje månad Utdata i realtid - Pilotprojekt på 3 avdelning	PPM-databasen, Rapport av daglig observation, avdelningsförvävade trycksår Utdata hämtad från Cosmic
Fall	1 gång per år	Utdata från Cosmic och Avvikelsehanteringssystemet, presentation i SAS
Patientsäkerhetskultur	En gång per år	Enkät, Quicksearch frågorna ingår i medarbetarenkäten
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

Patientnöjdhet	<p>1 ggr vartannat år</p> <p>1 ggr vartannat år</p> <p>1 ggr vartannat år</p> <p>1 ggr vartannat år</p>	<p>Nationell Patientenkät (NPE) (nationell mätning, avdelning / mottagningsnivå)</p> <p>Somatisk slutenvård och öppenvård</p> <p>Akutmottagningar</p> <p>Psykiatri slutenvård och öppenvård</p> <p>Somatisk slutenvård och öppenvård (mellan årsmätning, förvaltningsnivå)</p>
Dagen Nutrition	1 gång per år	Webropolprotokoll som presentation i SAS
<p>Patientsäkerhetsrund</p> <p>VO Thoraxkirurgi o anestesi, 50 B1</p> <p>VO Infektion, 30 F</p> <p>VO Kirurgi, 65 B1</p> <p>VO Geriatrik, 50 E2</p> <p>VO Ögonsjukdomar, Dagkirurgmott</p> <p>VO Klinisk neurofysiologi, neurokirurgi o neurologi, 85 H</p> <p>VO Kvinnosjukvård, 96 D</p> <p>VO Anestesi, operation o intensivvård, 70 G1</p>	8 ggr/år	Protokoll