



AKADEMISKA  
SJUKHUSET

## Kvalitetsbokslut 2018

# Innehållsförteckning

- 3 Inledning
- 4 En dag på Akademiska
- 5 Akademiska och omvärlden
- 6 Kvalitetspolicy
- 7 Värdebaserad vård
- 10 Om värdebaserad vård
- 10 Värdebaserad vård 2017
- 13 Standardiserade vårdförlopp i cancer
- 14 God vård-perspektivet
- 15 1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- 17 2. Säker hälso- och sjukvård
- 27 3. Individanpassad hälso- och sjukvård
- 32 4. Effektiv hälso- och sjukvård
- 32 5. Jämlik hälso- och sjukvård
- 32 6. Tillgänglig hälso- och sjukvård
- 34 Patientsäkerhetsarbete
- 42 Mål och strategier för 2019–2020
- 44 Resultat från vården i siffror och andra källor
- 45 Ackreditering/kvalitetscertifiering
- 46 Verksamheternas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

# Inledning

Årets kvalitetsbokslut är det sjätte i ordningen och beskriver Akademiska sjukhusets förbättrings- och utvecklingsarbete, samt resultat under 2018. Att ständigt förbättra kvaliteten i omhändertagandet av våra patienter är vår naturliga ambition sedan mer än 300 år. I detta bokslut beskrivs arbetet med att skapa största möjliga värde för patienterna genom att använda God vård-perspektivet och att införa standardiserade vårdförlopp. IT-stöd och e-hälsa är områden där utvecklingen går snabbt och där vi vill vara i framkant. Det skapar bra förutsättningar för en personfokuserad vård. Akademiska sjukhuset är ett komplett universitetssjukhus och intar idag en ledande roll inom sjukvård och forskning. För våra patienter betyder det att de kan känna sig trygga i att få en säker vård av högsta kvalitet, även i framtiden. Vår vision är att ha patienterna i centrum med fokus på kvalitet och därför är patientens upplevelse och egna erfarenhet ovärderlig för oss. Vi vill ge bästa kliniska utfall för våra patienter. Akademiska sjukhuset bygger om och bygger nytt. En helt ny vårdbyggnad tas i bruk 2019, för att ytterligare stärka möjligheterna att ge god patientsäker vård. Vi strävar efter att utveckla vårt kvalitetsbokslut kontinuerligt. Under kommande år hoppas vi kunna addera tydliga exempel på medicinska resultat liksom områden för förbättring.

Uppsala i augusti 2019



*Eric Wahlberg*  
*Sjukhusdirektör*

# En dag på Akademiska

Föds **11** barn



Får **150** patienter  
akutvård



Serveras **1500**  
luncher och middagar till  
inneliggande patienter



Skrivs **165** patienter  
in för sjukhusvård



Kommer **906**  
patienter till ett läkarbesök



Opereras **85** patienter



Undersöks **289**  
patienter på röntgen-  
avdelningen



Tas **5 700**  
prover, på vilka det  
utförs **26 000** analyser



Kommer **160**  
personer för  
blodgivning och  
**140** patienter  
blodgrupperas



Skickas **3 500**  
försändelser via rörpost



Genomför sjukhusets **18** ambulanser **105** uppdrag,  
varav **37** är akuta utryckningar till personer med  
livshotande symtom



## Akademiska och omvärlden

Akademiska sjukhuset är ett av Sveriges fyra kompletta universitetssjukhus, med undantag för de rikssjukvårdsuppdrag som tilldelats andra. Vi erbjuder specialiserad och högspecialiserad vård lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Sjukhusets bredd är en förutsättning för att Uppsala universitet ska kunna utföra sitt uppdrag vad gäller medicinsk och farmaceutisk forskning och utbildning. Life Science-industrin är helt beroende av närhet till och samarbete med Akademiska sjukhuset, där sjukhusets volym är en viktig bas och tillväxtfaktor. Akademiska sjukhuset tillhör Uppsala–Örebro sjukvårdsregion och det samverkansavtal som finns betyder att vi tar gemensamt ansvar för hela regionen, och verkar för mer jämlik hälso- och sjukvård på lika villkor, även för landsting/regioner med större ekonomisk belastning.

Vi arbetar ständigt med att utveckla partnerskapet med sjukvårdsregionen, som utgörs av regionerna Dalarna, Gävleborg, Sörmland, Värmland, Västmanland och Örebro. Norra sjukvårdsregionförbundet (NRF) och Ålands hälso- och sjukvård är också viktiga samarbetspartners till oss. Akademiska sjukhuset erbjuder även vård till utlandet genom enheten Uppsala Care.

Vi har ett aktivt och långsiktigt samarbete med de läkare, patienter och landsting som sänder patienter till oss, ofta i form av dialog om hur vården ska bedrivas och hur olika uppgifter ska fördelas mellan oss. Många av våra specialister åker ut i sjukvårdsregionen och träffar patienterna på hemorten. Samarbetet kan även innebära utbildning och gemensamma forskningsprojekt. Att samarbeta på det här sättet innebär fördelar för alla; kunskapsutbytet ökar, vården förbättras och resurserna utnyttjas på ett effektivare sätt. Många gånger kan det vara bättre att Akademiska kommer till patienten än att patienten kommer till Akademiska. Vi bedriver också ett omfattande arbete för att utveckla olika IT-stöd i vården, liksom för hur begreppet e-hälsa ska stärkas och låta oss ta vara på digitaliseringens möjligheter. Samverkan med våra patienter är absolut nödvändigt i detta arbete.

# Kvalitetspolicy

## 1. Syfte och omfattning

Kvalitetspolicyn är Akademiska sjukhusets högsta styrande dokument inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet och ligger till grund för det förbättringsarbete som sjukhusets verksamheter ska arbeta med. Kvalitetspolicyn bygger på vision, verksamhetsidé och sjukhusets kärnvärden.

## 2. Roller och ansvar

### Sjukhusdirektör ansvarar för att:

- tillse att de beslut som fattas är i överensstämmelse med kvalitetspolicyn
- mål och handlingsplaner som upprättas har sin grund i kvalitetspolicyn
- tillse att kvalitetsaspekter tillvaratas i sjukhusets målkort

### Verksamhetschef ansvarar för att:

- tillse att de beslut som fattas är i överensstämmelse med kvalitetspolicyn
- mål och handlingsplaner som upprättas har sin grund i kvalitetspolicyn
- tillse att kvalitetsaspekter tillvaratas i verksamhetens målkort
- tillse att kvalitetspolicyn är känd inom verksamheten

### Alla medarbetare ansvarar för att:

- känna till kvalitetspolicyn och var den finns tillgänglig

## 3. Beskrivning

Sjukvårdens kvalitet, vårt nära samarbete med Uppsala universitet och vårt starka life science-kuster lokalt är basen för vår internationellt konkurrenskraftiga kliniska forskning och utbildning. Akademiska sjukhuset erbjuder specialiserad och högspecialiserad vård lokalt, regionalt, nationellt och internationellt och ska vara det ledande universitetssjukhuset som skapar störst värde för patienterna..

Detta gör vi genom att:

- bygga våra åtaganden genom att vara:
  - Skickliga* – vi värnar kompetens och utvecklar ständigt vårt kunnande
  - Ödmjuka* – vi bemöter människor med engagemang, respekt och personligt intresse
  - Långsiktiga* – vi bygger våra åtaganden på samverkan, förtroende och uthållighet
- arbeta evidens- och kunskapsbaserat i samarbete med universitet och högskolor och därigenom värna vår kompetens och ständigt utveckla vårt kunnande
- verka för allas delaktighet
- såväl internt och tillsammans med våra samverkanspartners följa patienten längs hela vårdkedjan för att utveckla och ständigt förbättra kvaliteten samt öka patientsäkerheten i de kliniska processerna
- tillämpa klinisk processledning med värdebaserad vård för patientens bästa i fokus
- ha ett kvalitetsledningssystem som bidrar till ständiga förbättringar och säkerställer efterlevnad av lagar, förordningar och föreskrifter



## Värdebaserad vård

Värdebaserad vård handlar om att styra vården utifrån de hälsoutfall som är viktigast för patienterna och skapa delaktighet mellan patienten, deras närstående och det tvärprofessionella teamet för att förbättra utfallet för varje patient. Målet är att förbättra både den medicinska kvaliteten och patientflödet för att skapa en trygg och personcentrerad vård med god kontinuitet. Det förutsätter en nära samverkan mellan alla berörda specialiteter och enheter inom Akademiska sjukhuset. Lika viktigt är samarbetet med kollegor i primärvården, i kommunerna och på alla de sjukhus i och utanför Sverige som samverkar med Akademiska i vård och behandling av patienter. Samverkan handlar om både det praktiska arbetet runt patienten men också om själva förbättringsarbetet för patientgruppen utifrån väl definierade och patientfokuserade kvalitetsmått. En annan grundförutsättning för värdebaserad vård är att identifiera, analysera och använda viktiga, patientrelaterade och medicinska utfallsmått. Nationella och lokala kvalitetsregister, vårdprogram och riktlinjer används för att identifiera dessa prioriterade styrmått. De tvärprofessionella teamen identifierar vad som behöver förändras i processerna för att förbättra verksamheten och ledningsgrupperna följer upp förbättringsarbetet. Delar av denna uppföljning sker i Tema Cancer och Tema Trauma där sjukhusledningen träffar patientprocessledare för att styra och leda processarbetet framåt.



## Värdebaserad vård på Akademiska sjukhuset



- Ta ansvar för hela patientens vård
- Teamarbete utifrån patientprocessen
- Patienten som partner
- Mäta och analysera viktiga utfall för patienten
- Ständiga förbättringar
- Styrning och ledning i en matris

En viktig grundförutsättning för att bedriva värdebaserad vård är att säkerställa en nära samverkan med patienter och deras närstående. Målet är därför att en eller flera patientrepresentanter är med i de tvärprofessionella teamen som jobbar med förbättringar. Flera av patientrepresentanterna har förutom egna erfarenheter som patienter eller närstående ett aktivt engagemang i den egna patientföreningen med möjlighet att förankra och återkoppla förbättringsförslag. Under året har nya, kompletterande sätt att engagera patienter och närstående utvecklats och använts till exempel fokusgrupper runt mer specifika frågeställningar. Att använda referensgrupper för att diskutera sjukvårdens viktiga frågor och identifiera viktiga förbättringsområden är ett annat arbetssätt. Det sker bland annat på barnsjukhuset genom Barnrådet och i den fokusgrupp med representanter för unga patientföreningar och studentföreningar som startade sitt arbete under våren.

### Förbättringsarbetet

### Resultat

**1** Identifiera prioriterade styrmått

Vilka övergripande styrmått är prioriterade att fokusera på?

**2** Identifiera kausalitet

Vad behöver förändras i våra processer för att åstadkomma förbättring?

**3** Förbereda och genomföra förändringar i verksamhet

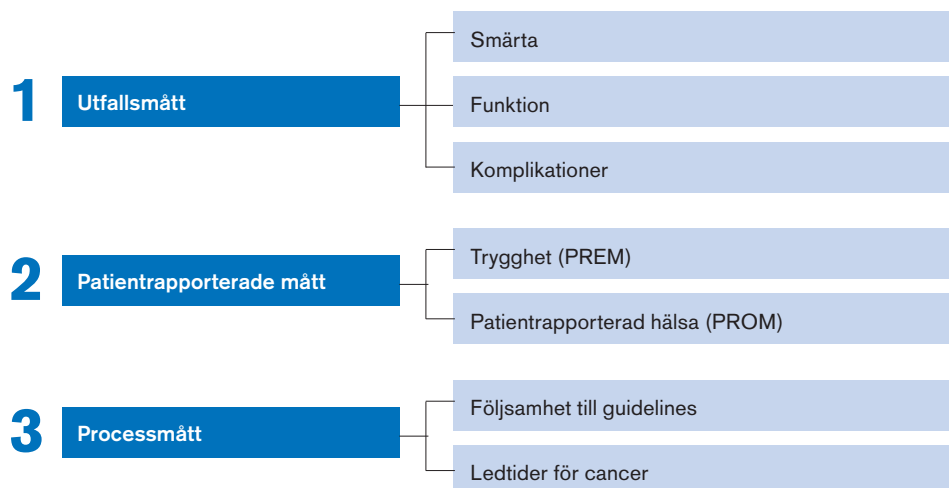
Hur driver vi och följer upp förändringsarbete?

**Bättre hälsa**

*Tre steg i förbättringsarbetet: Att identifiera prioriterade styrmått, att ta reda på vad vi behöver förändra i våra processer för att förbättra styrmåtten och att driva och följa upp förbättringsarbetet.*

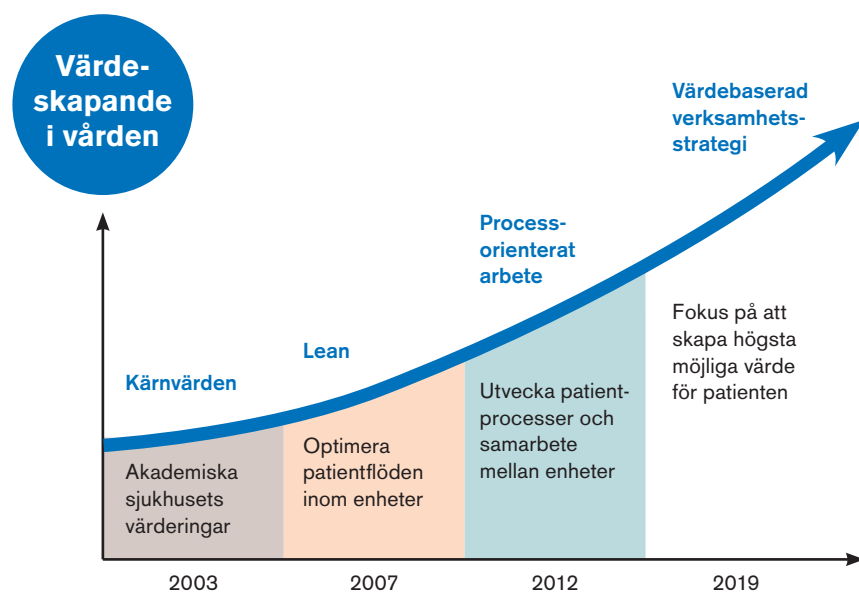


## Vad behöver vi förbättra? Vilka kvalitetsdata behöver vi?



*I förbättringsarbetet ingår det att kartlägga patientens väg i vården och att samtidigt identifiera förbättringsförslag och relevanta kvalitetsdata som är särskilt viktiga att följa upp för patienterna.*

Vid slutet av året pågick det förbättringsarbeten som del av värdebaserad vård inom mer än 40 olika diagnosområden. Ett viktigt fokusområde under året har varit att vidga arbetet med cancerprocesserna inom standardiserade vårdförlopp till att innefatta hela vårdprocessen inklusive rehabilitering och palliativ vård. Ytterligare sju patientprocesser har förberetts för start under 2019 varav fem inom traumaområdet.



*Två fokusområden för värdebaserad vård: Att förbättra den medicinska kvaliteten med särskilt fokus på patientcentrerade kvalitetsmått och att förbättra patientflödet.*



# Standardiserade vårdförlopp för cancer

I samband med Regeringens avtal med SKL 2015 om införandet av standardiserade vård-förlopp (SVF) för cancer beslutades det att vi på Akademiska sjukhuset skulle arbeta med dessa cancerdiagnoser på liknande sätt som för värdebaserad vård. Inom SVF är den grundläggande tanken att skapa arbetsrutiner, som förutom att korta ledtiderna för utredning och behandling, även bidrar till att vårdpersonalen kan förmedla trygghet och tillgänglighet för sina patienter. De standardiserade vårdförloppen ska förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. De beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen. Tidsgränserna ska enbart omfatta medicinskt motiverad tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar. Regionalt Cancercentrum (RCC) och SKL ger nationellt och regionalt stöd till landstingen i arbetet med att utveckla systemet med standardiserade vårdförlopp. Sedan 2015 har 31 olika cancerformer försetts med standardiserade vårdförlopp. Patientprocessledare och arbetsgrupper har haft återkommande möten tillsammans med patientrepresentanter för att kartlägga vårdflödet, identifiera förbättringsförslag och införa rutiner för registrering av ledtider och kvalitetsmått. Koordinatorer och kontaktsjuksköterskor har bildat nätverk för utbildning och planering. En dokumentationsmall har tagits fram i Cosmic med realtidsdata för alla aktuella ledtider på individnivå vilket ger goda möjligheter att följa förloppen kontinuerligt och ett bra underlag framöver för det konkreta förbättringsarbetet. Informationsmaterial och standardiserade remisser har tagits fram för att underlätta remitteringen mellan Primärvården, Lasarettet i Enköping och Akademiska sjukhuset. Inom flera av cancerprocesserna jobbar man redan nu med förbättringar av hela vårdkedjan enligt värdebaserad vård och inte bara det standardiserade vårdförloppet från misstanke om cancer till första behandling. Alla cancerprocesserna följs dessutom upp regelbundet som del av Tema cancer. Under 2017 startades ytterligare nio cancerförlopp.

## Dessa diagnoser har nu standardiserade vårdförlopp:

- Akut lymfatisk leukemi (ALL)
- Akut myeloisk leukemi (AML)
- Allvarliga ospecifika symtom
- Analcancer
- Bröstcancer
- Buksarkom
- Bukspottkörtelcancer
- Gallblåsecancer
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Hudmelanom
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer
- Livmoderkroppscancer
- Lungcancer
- Lymfom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Neuroendokrina buktumörer
- Njurcancer
- Okänd primärtumör (CUP)
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Sarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock- och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Vulvacancer
- Äggstockscancer



## God vård-perspektivet

Begreppet God vård lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för God vård. De sex områdena är:

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
2. Säker hälso- och sjukvård
3. Individanpassad hälso- och sjukvård
4. Effektiv hälso- och sjukvård
5. Jämlik hälso- och sjukvård
6. Tillgänglig hälso- och sjukvård

# 1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Vårdkvalitetsavdelningen (VKA) tillhandahåller resurser för det sjukhusgemensamma kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. VKA har ansvar för avvikelshanteringssystemet MedControl, inklusive support, utbildning, utveckling och utdatarapporter i systemet med hjälp av koordinatörer. Den huvudsakliga delen av patientsäkerhetsarbetet har skett ute i verksamheterna där kvalitets-/patientsäkerhetssamordnare tillsammans med verksamhetschefer, sektionschefer och avdelningschefer ansvarar för arbetet.

**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 2018** har utbildningssatsningen med det kliniska utbildningsåret (KUÅ) fortsatt för nyutexaminerade sjuksköterskor. KUÅ kompletterar verksamheternas befintliga introduktionsprogram med 20 % av arbetstiden under ett år. Parallellt finns en utbildning för nyutexaminerade undersköterskor (GRUNDUS), som innebär en systematisk yrkesintroduktion för nya undersköterskor.

**UNDER 2018** har fem utbildningstillfällen genomförts för undersköterskor och avdelningskökspersonal för att öka patientsäkerheten och öka respektive gruppers kompetens rörande kostens betydelse och säkerhet kring matsituationen.

Målen inom patientsäkerhetsarbetet anges i verksamhetsuppdraget. I Akademiska sjukhusets årsrapport finns aktivitet, mätetal och uppföljning beskrivna. Målen följs upp systematiskt i tertialrapport.

## Klinisk farmaci

Under 2018 har verksamheten på Akademiska sjukhuset och lasarettet i Enköping utökats. 2017 fanns det 12,5 heltidsekvivalenter klinikapotekare och 1,0 klinikreceptarie och i december 2018 16,5 respektive 1,75. De 7,5 tjänster som finansieras med Regionens centrala medel kompletteras i allt högre grad med att verksamhetsområden på sjukhusen själva bekostat tjänsterna. Som tidigare tillhör alla utom fyra klinikapotekare en gemensam grupp anställda av Läkemedel och farmaci (tidigare läkemedelsavdelningen) på Akademiska sjukhuset. Apotekarna på ortopedavdelningarna och beroendeenheten är anställda direkt av respektive VO. På Akademiska sjukhuset och Enköpings lasarett, bemannar apotekarna de aktuella vårdavdelningarna vardagar dagtid. Klinikapotekarna är nåbara via telefon eller sökare och hela sjukhuset avropar vid behov hjälp, till exempel vid utskrivning av patient med problemfylld läkemedelsbehandling. De kliniska farmaceuternas huvudsakliga mål är att verka för ökad kvalitet och säkerhet i läkemedelsförskrivning och användning, tidsbesparing och förenkling av arbetet för övrig vårdpersonal samt ökade kunskaper om läkemedel hos vårdpersonal och patienter. Apotekarnas huvudarbetsuppgift, för att nå dessa mål, är att utföra läkemedelsgenomgångar (LMG) för patienterna. Dessa genomförs i samarbete med vårdteamet och alltid där så är möjligt tillsammans med patient eller anhörig. Under 2018 genomfördes totalt ca 13 000 LMG (jfr med 10 000 2017) på de båda sjukhusen, främst för patienter 65 år och äldre. Av dessa var 19% fördjupade LMG och resterande enkla LMG. Vid en LMG lämnar apotekaren förslag till läkaren på olika förändringar av läkemedels-

behandlingen (t ex utsättning av olämpligt, onödigt läkemedel, dosjustering) samt justerar felaktigheter i läkemedelslistan. Vid ett stickprov genererade varje LMG i snitt 3,5 förändringsförslag och dessa genomfördes av läkaren i 85% av fallen. Antalet läkemedel minskade i snitt med 2,5 läkemedel efter en LMG.

### Utbildningsinsatser

Apotekargruppen har under året undervisat och föreläst om bland annat patientsäkerhet, intensivvårdsfarmaci, kommunikation, Evidence Based Medicine, blandbarhet och generell läkemedelsadministrering, farmakokinetik hos äldre, äldre och läkemedel för läkare (AT och ST), sjuksköterskestudenter, apotekarstudenter, apotekare under specialistutbildning i klinisk farmaci och pensionärsföreningar. Även föreläst om inhalationsteknik för astma/KOL-teamet i primärvården. Apotekare har också varit del av en patientskola för hjärtsvikt som hålls några gånger per termin. Regelbundet har kortare formella och informella utbildningsinsatser genomförts för läkare om ordination i Pascal och Cosmic. Utbildning och informationsmöten har även hållits för läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt vdledningschefer.

### 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.

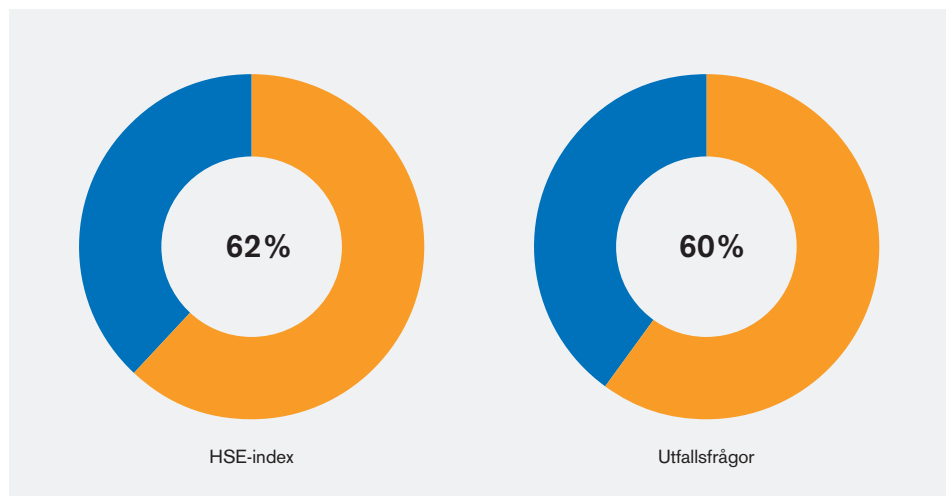


## 2. Säker hälso- och sjukvård

### Patientsäkerhetskultur

I årets medarbetarenkät ingick elva frågor om hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Det är första gången som arbetsmiljö och patientsäkerhet kopplas ihop i samma enkät.

#### Akademiska sjukhusets resultat



Två utfallsfrågor ingår i undersökningen:

<b>HSE: Patienter delaktiga</b>	På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete
<b>HSE: Trygg om närstående vårdas</b>	Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats.

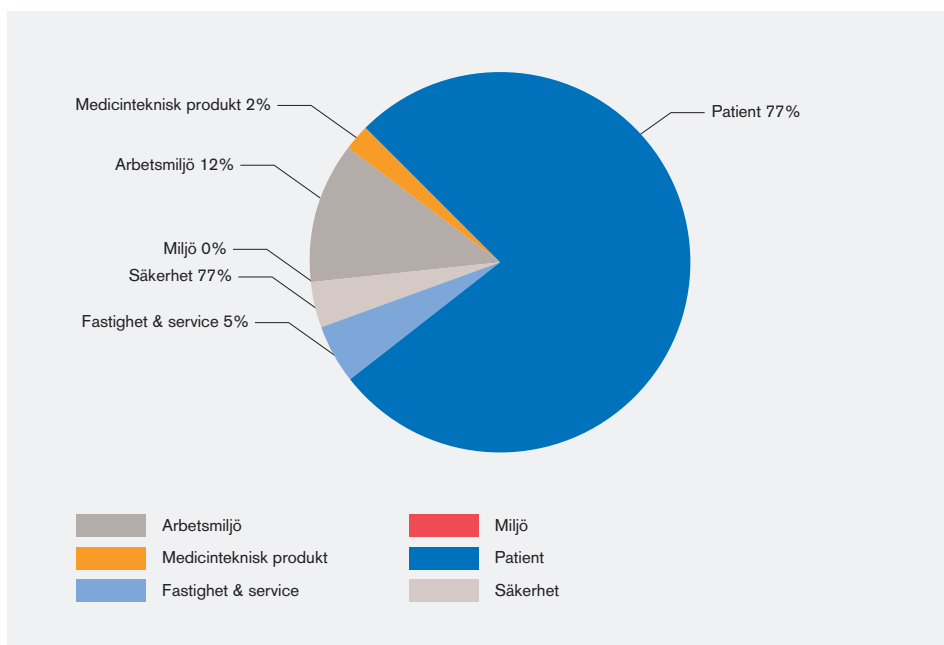
Akademiska sjukhusets gemensamma resultat visar att det finns behov av förbättringar. Resultatet för Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) visar ett lägre resultat i jämförelse med resultatet för medarbetarenkäten och Hållbart medarbetarskap (HME).

Våra styrkor är att vi vågar prata om egna misstag och man törs påtala om man tror att något är på väg att gå fel. Områden att förbättra är framför allt att erbjuda patienter att vara mer delaktiga i Akademiska sjukhusets patientsäkerhetsarbete samt att skapa ett väl fungerande samarbete med andra enheter och att genomföra nödvändiga förbättringar efter negativa händelser.

### Avvikelsearbetet 2018

I Region Uppsala används sedan 2003 ett webbaserat avvikelserapporteringsystem, MedControl. Alla anställda har behörighet att skriva en "Händelse" som koordineras till berörd enhet.

Under 2018 har samtliga läkemedelsavvikelser sammanställts och analyserats vilket återkopplats till sjukhusledning, läkemedelsavdelning m.fl. En utdatarapport har tagits fram för att underlätta uppföljning av avvikelser. I patientsäkerhetsrådet har avvikelser analyserats och följts upp.



*Siffrorna är hämtade från SKL:s utdataportal.*

Vi ser ett kontinuerligt behov av utbildning i avvikelserarbetet och systemet för ärendansvariga och chefer för att man ska kunna arbeta med avvikelserna på ett systematiskt vis. Vårdkvalitetsavdelningen har under året haft kontinuerliga utbildningar för ärendansvariga, vilka är de som handlägger avvikelserna inom Akademiska sjukhusets verksamhetsområden, samt givit stöd till chefer och ärendansvariga vid behov på plats. En fördjupningsutbildning för ärendansvariga har genomförts med syfte att ge en ökad kunskap i avvikelshantering och inspirera varandra i egna förbättringsarbeten. Det har erbjudits ett par utbildningstillfällen i Beslutsstöd SAS för att enheterna själva ska kunna följa sin statistik angående avvikelser. Vårdkvalitetsavdelningen har tillsammans med HR och Säkerhet haft två utbildningstillfällen under året för att få en ökad kunskap om hur man hanterar arbetsmiljö- och säkerhetsavvikelser. Utbildningarna syftar till att ge en större kunskap och förståelse för avvikelser och förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete.

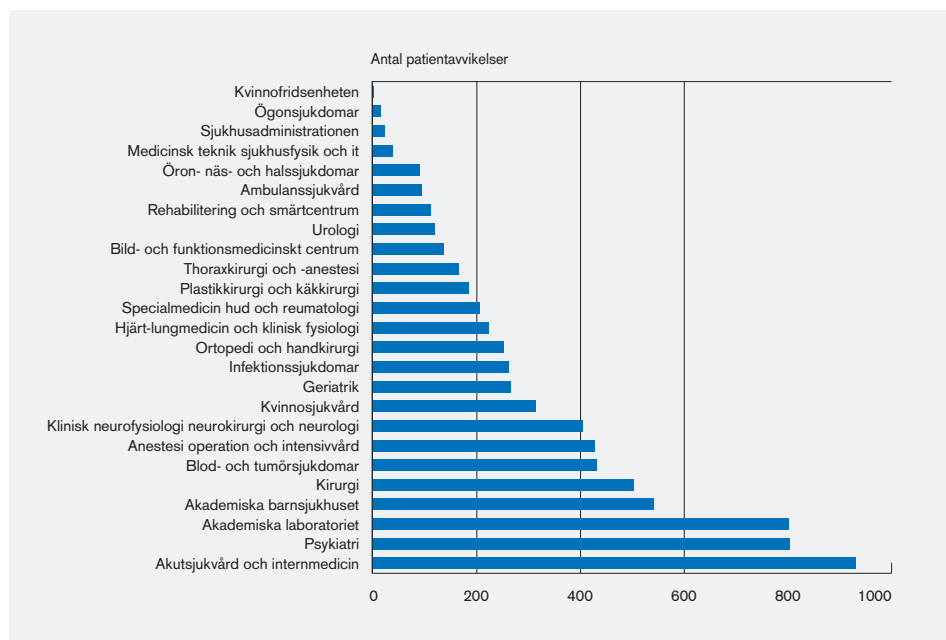
Intresset för avvikelserapportering och uppföljning har ökat och fler utbildningstillfällen kommer att erbjudas under 2019. Antalet avvikelser har ökat under 2018 med 1 022 stycken. Detta tolkar vi som att medvetenheten runt rapportering har ökat. En bidragande anledning till medvetenheten kring avvikelser tror vi beror på vår utbildningsinsats samt att vi har en god tillgänglighet för supportfrågor. I Akademiska sjukhusets patientsäkerhetsråd har utdatarapporter gällande Akademiska sjukhusets avvikelserapporter analyserats.



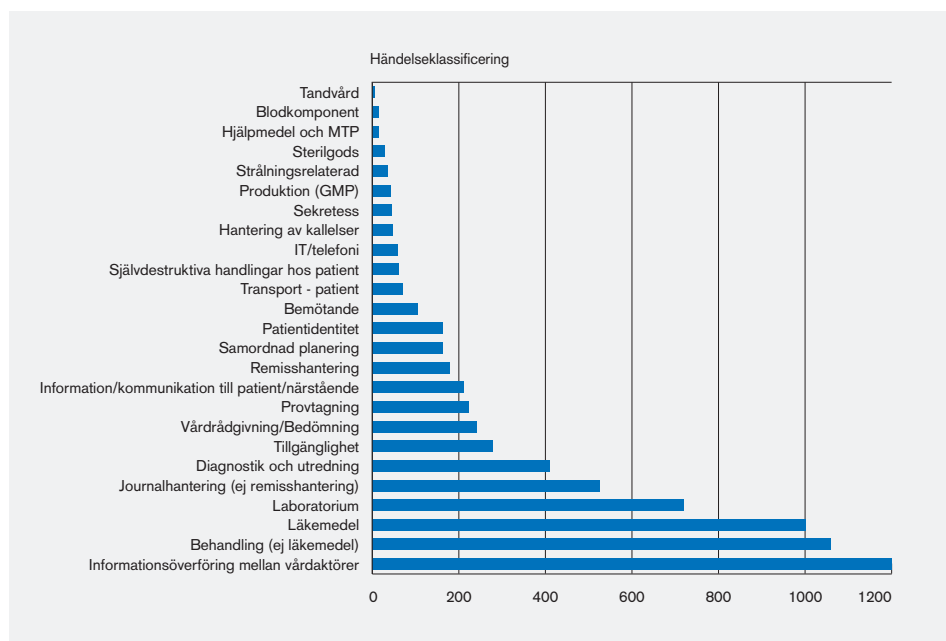
## Händelseklassificering

Avvikelser under 2018 domineras av vård tätt följd av informationsöverföring mellan vårdaktörer. Inom vård står fall för de flesta avvikelserna.

### Organisation där avvikelser inträffade



### Klassificering 1

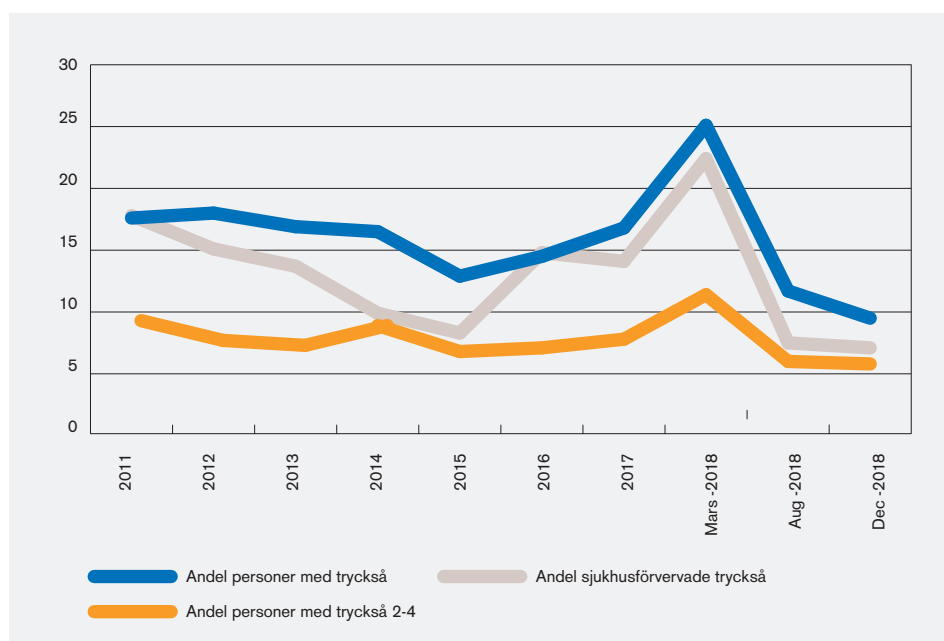


## Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Ett centralt granskningsteam arbetar med markörbaserad journalgranskning på sjukhusnivå. Sjukhusövergripande har 40 vårdtillfällen inom somatisk slutenvård granskats per månad. Granskning, teambedömning 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 ineliggande mer än 24 timmar tas fram. MJG-teamet granskar journal, bedömer om skada inträffat och kategoriserar. Därefter rapporteras resultat till SKL:s databas och rapporter skickas till ansvarig chefsläkare och chefsjuksköterska för vidare analys.

Redovisat resultat nedan utgår ifrån tidsperspektivet januari till november 2018 och detsamma gäller för 2017 vid jämförelse

*Antal skador/vårdskador per 1 000 vård dagar*



*Resultat från markörbaserad journalgranskning – Somatisk vuxenvård*  
*Antal skador per 1000 vård dagar*

Totalt för perioden	2017-01 – 2017-11	2018-01 – 2018-11
Antal skador per 1000 vård dagar	23	35
Antal vårdskador per 1000 invånare	14	23
Antal vård dagar	3241	3955
Antal skador	73	140
Antal vårdskador	45	90



## Andel vårdtillfällen med skada/vårdskada

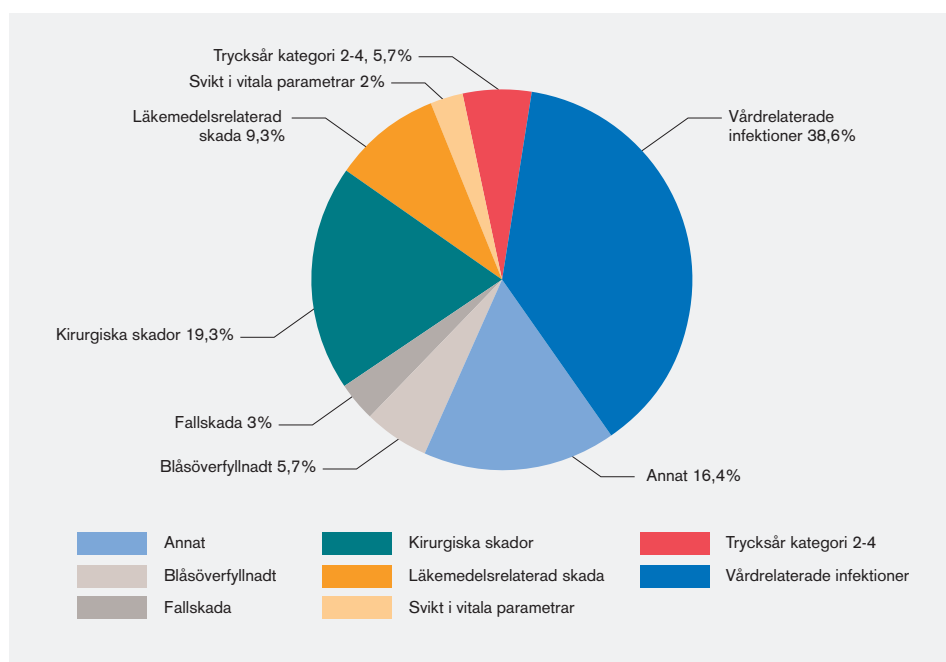
2018 januari-november

Andel vårdtillfällen med skada	20%
Andel vårdtillfällen med vårdskada	14%

2017 januari-november

Andel vårdtillfällen med skada	13%
Andel vårdtillfällen med vårdskada	8%

## Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador



Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Akademiska sjukhuset, Uppsala 2018-01-2018-11

Den vanligaste skadetyper är enligt MJG, precis som förra året, postoperativ sårinfektion och blåsöverfyllnad. Skadegrupp vårdrelaterade infektioner har dubblats sedan föregående år. Även kirurgiska komplikationer och läkemedelsrelaterad skada har ökat.

Åtgärder som vidtagits utifrån resultat av MJG övergripande för Akademiska sjukhuset under 2018 är bland annat en uppdatering av handlingsplanen för VRI.

## Enskilda anmälan om fel i vården - klagomål och synpunkter

Under 2018 inkom 120 ärenden av denna typ från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vår ärendehantering liknar den som används för lex Mariaärenden, det vill säga chefsläkarnas kansli hanterar och diarieför ärendena och bevakar att svar sänds på utsatt tid.

2018

Beskrivning	Antal skador	Andel skador (%)	Andel vårdskador (%)	Varav antal vårdskador
Annat: allergisk reaktion, Anestirelaterad skada, Blödning, inte i samband med operation, Hudskada eller yttlig kärlskada, Medicinteknisk orsakad skada, Postpartumskada/obstetrisk skada, Trombos/emboli, Övriga skador	16,4	23	12,9	18
Blåsoverfyllnad	5,7	8	5,7	8
Fallskada	2,9	4	2,9	4
Kirurgiska skador: Annan kirurgisk skada, Förväxlingsingrepp, Postoperativ blödning/hematom, Reoperation	19,3	27	11,4	16
Läkemedelsrelaterad skada	9,3	13	4,3	6
Svikt i vitala parametrar (som ej klassificeras ovan) inkl hjärtstopp	2,1	3	1,4	2
Trycksår kategori 2–4	5,7	8	4,3	6
Vårdrelaterade infektioner: Clostridium difficile-infektion, Infektion övrig, Pneumoni, Postoperativ sårinfektion, Sepsis, UM, Ventilator-associerad pneumoni	38,6	54	21,4	30

2017

Beskrivning	Antal skador	Andel skador (%)	Andel vårdskador (%)	Varav antal vårdskador
Annat: allergisk reaktion, Anestirelaterad skada, Blödning, inte i samband med operation, Hudskada eller yttlig kärlskada, Medicinteknisk orsakad skada, Postpartumskada/obstetrisk skada, Trombos/emboli, Övriga skador	15,1	11	11	8
Blåsoverfyllnad	11	8	8,2	6
Fallskada	2,7	2	2,7	2
Kirurgiska skador: Annan kirurgisk skada, Förväxlingsingrepp, Postoperativ blödning/hematom, Reoperation	17,8	13	12,3	9
Läkemedelsrelaterad skada	6,8	5	2,7	2
Svikt i vitala parametrar (som ej klassificeras ovan) inkl hjärtstopp	2,7	2	2,7	2
Trycksår kategori 2–4	4,1	3	4,1	3
Vårdrelaterade infektioner: Clostridium difficile-infektion, Infektion övrig, Pneumoni, Postoperativ sårinfektion, Sepsis, UM, Ventilator-associerad pneumoni	39,7	29	17,8	13

Antal enskilda anmälningar till IVO:w

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antal	130	98	87	121	106	190	120

Vår bedömning är att minskningen är en förväntad följd av de nya direktiven. Vi noterar också att IVO:s egeninitierade granskningar och uppföljningar av enskildas klagomål har ökat.

Under året har klagomålshandlingen utvecklats i relation till Patientnämnden, men också att underlätta för patienter samt anhöriga att direkt kontakta Akademiska sjukhuset och våra verksamheter med sina klagomål. Hemsidan har anpassats med anpassad information. Registrering och ärendehantering av inkommande klagomål har utvecklats i syfte att möjliggöra en ingång för patienter och att efterlevnaden av direktivets krav kan kvalitetssäkras.

## Klagomål från patienter och närstående på vården

Ärende av denna kategori kommer 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.

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.

Klagomålshanteringen har ställts om enligt nya regleringen. Det är för tidigt att dra några slutsatser, men uppenbart är att när verksamheterna tidigare blir delaktiga i hanteringen underlättas lärande, och kommunikationen med patient och anhöriga underlättas. IVO:s inspektioner synes öka, vilket uppskattas.

Antal registrerade klagomål på vården:

År	2017	2018
Antal	124	200

## Patientnämnden

Chefssjuksköterska och chefläkare 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 chefläkare om ärenden som inkommit till Patientnämnden inget 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.

Antal registrerade klagomål på vården:

År	2016	2017	2018
Antal	813	954	1076

## Risakanalys

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 chefläkarfunktionen. Ett exempel är planerat underhåll av vattenförsörjningen till Kvinno- och barnhusen. Denna arbetsprocess är etablerad och hanteras väl. Inga större avvikelser har uppstått förutom avbrott i datajournalssystemet, men där är bedömningen att händelsen inte hade kunnat hanteras genom förebyggande riskanalys.

## Utredning av händelser - vårdskador

Inom de opererande verksamheterna sker journalföring i två system, Cosmic och MetaVision. Det har skapat risker i gränssnittet mellan de två systemen framför allt när det gäller läkemedelsordinationer. Efter händelseanalys och utredning i en lex Mariaanmälan har patientsäkerheten säkerställts efter genomförda åtgärder. Händelser och vårdskador är framför allt relaterad till läkemedel, vårdrelaterade infektioner och trycksår. Läkemedelshandling har bl.a. föranlett samverkan mellan regioner som delar samma läkemedelsmodul. Vårdplatsbristen är återkommande i inrapporterade händelser. Särskilda åtgärder har vidtagits för att öppna fler vårdplatser, men ger ännu ingen effekt, samtidigt som det i genomförda analyser och inspektioner framkommer behov av flera åtgärder som kan hanteras inom den vanligt förekommande patientnära vården.

## Händelseanalyser av teamet.

Händelseanalysteamet påbörjade 22 stycken händelseanalyser under 2018.

## Lex Maria

Akademiska sjukhuset har under 2018 sänt in 30 stycken anmälningar enligt lex Maria.

## Läkemedel och farmaci

Under 2018 gjordes två särskilda satsningar avseende kvalitet, och i slutändan patientsäkerhet, utöver det kontinuerliga kvalitetsarbete som utförs av de kliniska apotekarna. I de tre följande styckena beskrivs och sammanfattas dessa tre områden och satsningar på kvalitetsuppföljning och utveckling.

## Kvalitetsgranskningar

Under många år har det inte utförts fysiska kvalitetsgranskningar på samtliga avdelningar och mottagningar på Akademiska sjukhuset. Det har gjorts försök med egeninspektion via enkät vissa år. Samtidigt har det gjorts stickprovs-granskningar. Resultatet av dessa försök har inte varit tillfredställande. 2017 beslutade Läkemedelsavdelningen att göra en satsning under 2018, där samtliga enheter på sjukhuset som har ett läkemedelsförråd av något slag skulle granskas med avseende på läkemedelshandling. Dessutom bestämdes det att det skulle vara ett extra fokus på narkotikahandling. Granskningarna påbörjades redan i slutet av 2017 och genomfördes i sin merpart under hela 2018. Cirka 160 enheter har inspekterats samt att ett litet antal har fått förnyad granskning, där avvikelserna och behovet av hjälp var som störst. Rapporter från granskningarna har skickats till respektive enhetschef, samt att sammanfattningar har skickats till chef för respektive verksamhetsområde. Genomgående har det visat sig att narkotikahandling behöver styras upp betydligt, givetvis mer eller mindre på olika enheter. Det som också framgår vid granskningarna är att rutiner för bl.a. narkotikahandling inte är helt adekvata eller lättillgängliga. Som effekt av dessa resultat har arbetet med att ta fram relevanta rutiner belysts och intensifierats. Vidare har den nybildade avdelningen Läkemedel och farmaci, en avdelning inom sjukhusadministrationen, beslutat att det behöver göras årliga granskningar på samtliga enheter som hanterar läkemedel, inklusive lasarettet i Enköping. För att detta ska vara genomförbart har Läkemedel och farmaci skapat en grupp inom avdelningen som har ansvar för att genomföra dessa granskningar. Denna grupp utbildas för uppgiften och planeringen av 2019-års granskningar är i full gång. Vi ser även att det här finns ett stort behov av att samarbeta med övriga förvaltningar eller regionövergripande om man så vill, bl.a. med skapandet av relevanta rutiner för läkemedelshandling.

## Genomlysning av MedControl-ärenden som rör läkemedel

Under 2018 gjordes en genomgång av i MedControl gjorda avvikelser som rör läkemedel. Perioden som genomlystes var 2017 samt några år tillbaka i tiden. Syftet med genomlysningen var att se inom vilka områden som avvikelser var frekventa och i vilken utsträckning dessa avvikelser skulle kunna avhjälpas med förändringar inom läkemedelsförsörjning, logistik och informatik. Detta som ett stöd och en baskunskap inom projektet, säker och effektiv läkemedelshantering (SELK). Sammanfattningsvis kan man konstatera att en stor andel av de avvikelser man sett skulle kunna hanteras av en förändrad och i viss mån automatiserad process från ordination, via logistik till administrering av läkemedel till patient. Motsvarande genomlysning och analys av läkemedelsavvikelser under 2018 har gjorts. Dessa är ej redovisade än. Dessa analyser av avvikelser kommer att kunna användas som grunddata för vidare arbete med SELK och vidare patientsäkerhetsarbete.

## SELK - Säker och Effektiv Läkemedelskedja

Projektet SELK har pågått i några år och bedrivs inom FAS samt är knutet till Läkemedel och farmaci. Syftet med projektet är att ta fram sätt, processer, metoder för hur läkemedel ska på mest effektiva och samtidigt mest säkra sätt förmedlas till patient. Detta inkluderar allt från säker ordination till tillgänglighet av läkemedel samt informationsöverföring av nödvändig information till administrerande sjuksköterskor. Projektet arbetar parallellt med flera spår samtidigt, men under 2018 har fokus varit på upphandling av läkemedelsautomater. Denna upphandling har fått avbrytas två gånger och det tredje försöket är nu i sitt slutskede. Om det går som planerat bör dom första läkemedelsautomaterna kunna levereras tidig höst 2019. Läkemedelsautomater är förutom att vara en effektiv förrådslösning, även ett sätt att förenkla narkotikahanteringen (se avsnitt om kvalitetsgranskning ovan).

Inom projektet arbetas det i övrigt med integrationslösningar mellan läkemedelsautomater, dosmaskiner och journalsystemet Cosmic, samt metoder för att verifiera ordinationer innan ordinationen blir en faktisk beställning av läkemedel till en patient. Projektet spänner över många fler frågor som syftar till en ökad säkerhet inom läkemedelsområdet.

## 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. Individens integritet och frihet styrks ytterligare genom nya europeiska dataskyddsförordningen (GDPR) och tidigare relationer mellan lagar tolkas på nytt. Patientsäkerheten ställer krav på att patientens data, vilken ökar både i omfattning och storlek, ska vara konfidentiell, riktig, tillgänglig och spårbar. Detta ställer i sin tur striktare krav på de tekniska 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 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 och övriga förvaltningar inom Region Uppsala, såsom Fastighet och service, Nära vård och hälsa samt Regionkontoret.



# 3. Individanpassad hälso- och sjukvård

Patienters och närståendes delaktighet

## Värdebaserad vård och standardiserade vårdförlopp

Målsättningen är att det i alla kliniska processer inom värdebaserad vård (VBV) ska finnas patientrepresentation och idag finns det i cirka hälften av VBV-processerna inklusive standardiserade vårdförlopp cancer, med cirka 40 processer.

## Patientnära arbetssätt

Under 2018 har införandet personcentrerad vård av patientnära arbetssätt, såsom timsrundor (SE UPP) och personcentrerad överlämning (PCÖ), fortgått. Det är arbetssätt där patient och anhörig medverkar i patientsäkerhetsarbetet och riktar sig till att förbättra kvalitén och patientsäkerheten inom identifierade områden. PCÖ innebär att sjuksköterskan och undersköterskan som ska lämna sina pass tillsammans med patienten överlämnar information enligt kommunikationsmodellen SBAR till det vårdlag som tar över ansvaret. Arbetet är personcentrerat och på detta sätt kan vårdlaget tillgodogöra sig även patientens information som grund för omvårdnadsarbetet. Under införandet av PCÖ återkopplar patienterna och närstående löpande till personalen hur arbetssättet upplevs.

Timsrundor är ett proaktivt systematiskt arbetssätt där personalen förvissar sig om att patienternas personliga behov är tillfredsställda varje timme. Minnesregeln SE UPP säkerställer patientens behov av assistans med; smärta (S), elimination (E), undernäring (U), position i säng/stol (P) eller placering av tillhörigheter för att minska risk för fall (P) genom att personalen följer denna struktur och omvårdnadsarbetet blir därigenom personcentrerat. Införande av PCÖ och timsrundor pågår successivt inom slutenvården.

Förutom ovanstående tas patienters och närståendes delaktighet tillvara inom samtliga verksamhetsområden till exempel deltar patienter och närstående i flertalet händelseanalyser. Patienter och anhöriga involveras i ökande grad i patientsäkerhetsarbetet, exempelvis aktivt inom psykiatrin genom olika brukargrupper. Akademiska barnsjukhuset involverar patienterna i ett "Barn-råd" för att ta tillvara synpunkter till förbättringsarbetet

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

Analys är gjord av patientnära arbetssätt i slutenvården utifrån tolv intervjuer med avdelningschefer i slutenvården. Av de 13 avdelningarna som skulle införa PCÖ har elva stycken börjat med arbetssättet och elva avdelningar har infört fördelning av arbetsuppgifter. Arbetssättet där fokus ligger på att se över fördelning av arbetsuppgifter mellan sjuksköterska och undersköterska fungerar bra eller mycket bra på de flesta avdelningarna.

## Nationell patientenkät (NPE)

Undersökningar för att mäta patientnöjdheten genomförs årligen i form av en "Nationell patientenkät, NPE". Mätningarna sker nationellt vartannat år, men Akademiska sjukhuset har valt att genomföra mätningen "Specialiserad öppen- och slutenvård inom den somatiska vården", som en mellanårsmätning mellan de ordinarie mättillfällena. Nyhet för 2018 var att Psykiatrinätverket genomförde en pilotenkät på de svenska sjukhusen riktat mot vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, båda för öppen- och slutenvård.

### Genomförda mätningar 2018:

- Akutmottagningar
- Specialiserad slutenvårdsmätning, somatisk vård
- Specialiserad öppenvårdsmätning, somatisk vård
- Vuxenpsykiatri, slutenvård
- Vuxenpsykiatri, öppenvård
- Barn- och ungdomspsykiatri, slutenvård
- Barn- och ungdomspsykiatri, öppenvård

## Akutmottagningar

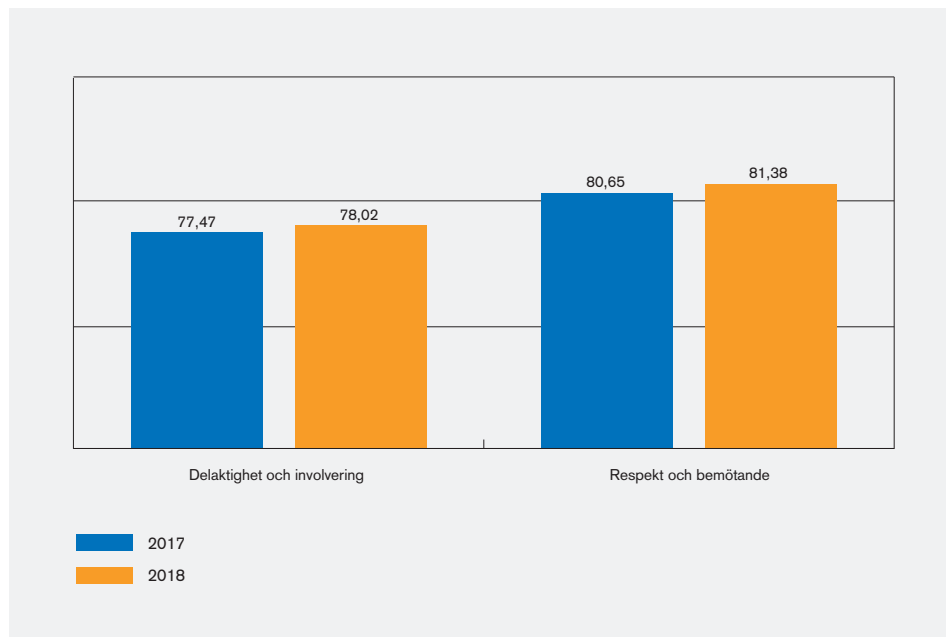
Gällande dimensionen "Respekt och Bemötande" var andelen positiva svar

81,4 %, vilket är en ökning med 0,8 %-enheter jämfört med 80,6 % föregående år.

"Delaktighet och Involvering" har ökat med 0,5 %-enheter, från 77,5 % till 78 %.

Dimensionen "Tillgänglighet" fick bäst omdöme på 84 %.

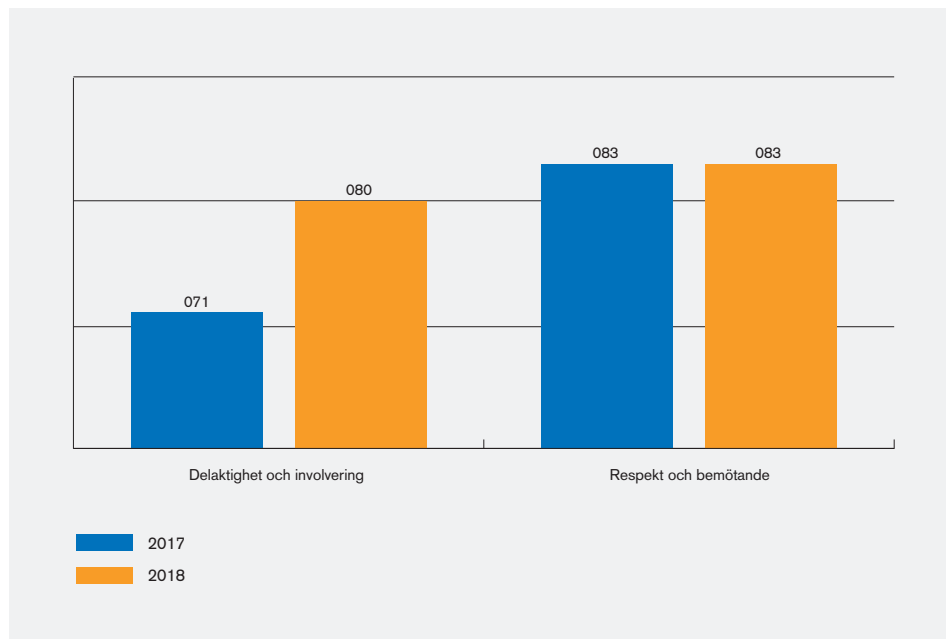
### Akutmottagningar



## Specialiserad slutenvård, somatisk vård

Gällande dimensionen ”Respekt och Bemötande” var andelen positiva svar 82,5 %, en ökning med 0,5 %-enheter jämfört med 2017. ”Delaktighet och Involvering” har ökat med 8,7 %-enheter, från 70,8 % till 79,5 %. Dimensionen ”Helhetsintryck” fick bäst omdöme på 88 %.

### Somatisk slutenvård

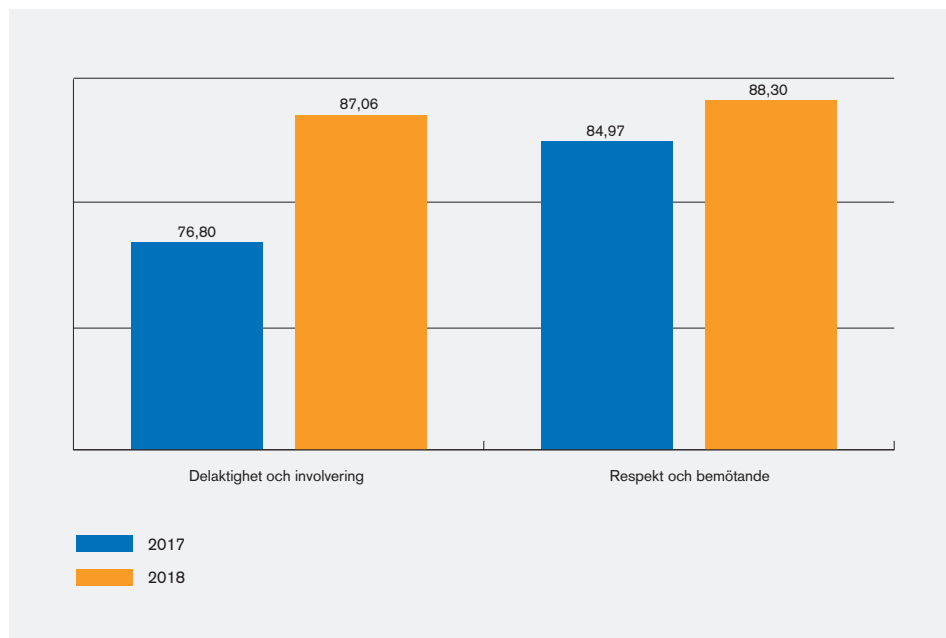


**ÖPPNA SVAR:** Det som återkommer är att många patienter är nöjda med personalen, trots att arbetsmiljön ter sig belastad. Det som upplevs som mindre bra är att information inför hemgång och uppföljning är bristfällig.

## Specialiserad öppenvård, somatisk vård

Gällande dimensionen ”Respekt och Bemötande” var andelen positiva svar 88,3 %, en ökning från 2017 med 3,3 %. ”Delaktighet och Involvering” har ökat med 10,3 %-enheter, från 76,8 % till 87,1 %. Dimensionen ”Helhetsintrycket” och ”Respekt och bemötande” fick bäst omdöme inom öppenvården med 88,3 % vardera.

### Somatisk öppenvård



**ÖPPNA SVAR:** De flesta som skriver kommentarer är nöjda med sin vård. Flera stycken uttrycker att det i gällande information och tillgänglighet finns brister.

## Psykiatri

Det första året som den nya psykiatrienkäten testas i ett pilotprojekt av psykiatrinätverket var 2018. Därför finns det inga tidigare resultat att jämföra emot.

## Vuxenpsykiatri slutenvård

Gällande dimensionen ”Respekt och Bemötande” var andelen positiva svar 75,6 % och ”Delaktighet och Involvering” 64,5 %. Den dimension med lägst andel positiva svar var ”Information och kunskap” med 56,1 %.



## Vuxenpsykiatri öppenvård

Gällande dimensionen ”Respekt och Bemötande” var andelen positiva svar 86,9 % och ”Delaktighet och Involvering” 81,9 %. Den dimension med lägst andel positiva svar var ”Information och kunskap” med 73,9 %.

## Barn- och ungdomspsykiatri slutenvård

Gällande dimensionen ”Respekt och Bemötande” var andelen positiva svar 89,9 % och ”Delaktighet och Involvering” 85,9 %. Dimensionen med högst andel positiva svar var ”Emotionellt stöd” med 91,1 %

## Barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård

Gällande dimensionen ”Respekt och Bemötande” var andelen positiva svar 88,5 % och ”Delaktighet och Involvering” 81,7 %. Den dimension med lägst andel positiva svar var ”Information och kunskap” med 68,6 %.

Vad gäller dimensionerna ”Respekt och Bemötande” samt ”Delaktighet och Involvering” kopplat till mätningarna för somatiska öppen- och slutenvården samt akutmottagningarna har värdet ökat vid alla mätningar. Målvärdet som Akademiska sjukhuset har satt är att värdet ska öka med 1% fram till 2019. Den lägsta ökningen var 0,5 %-enheter och den största var 10,3 %-enheter. Akademiska sjukhuset har uppnått målen i de flesta mätningar. Det positiva med 2018 års mätningar är att ingen av de utvalda dimensionerna har sjunkit i värde. En jämförande analys av psykiatriens resultat går ej att genomföra då det var första gången som den nya enkäten användes. Vad man däremot kan utläsa är att ”Information och kunskap” har lägst andel positiva svar i merparten av psykiatrimätningarna. Vad detta beror på får man analysera på verksamhetsnivå samt följa upp efter nästa mätning om den genomförs med samma enkätmodell. Vad som ligger till grund för att värdena har ökat kopplat till NPE inom somatiska vården samt akutmottagningar under 2018 bland annat kan bero på att ett ökat fokus har lagts på patientinformation, timsrundor och person-centrerad överlämning.

## 4. Effektiv hälso- och sjukvård

### Dokumenthanteringssystem - DocPlus

Ett välfungerande system för att hantera dokument är en viktig del av ledningssystemet. Den evidensbaserade vårdhandboken ([www.vardhandboken.se](http://www.vardhandboken.se)) ligger till grund för dokumenthanteringssystemet och kompletteras vid behov av lokala föreskrifter. Rutiner och styrande, framför allt vårdrelaterade, dokument finns i DocPlus. 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 kvalitetssäkra Akademiska sjukhusets kvalitetsriktlinjer i DocPlus.

## 5. Jämlik hälso- och sjukvård

Vid Akademiska sjukhuset ska vård, bemötande och service ges utifrån människors lika värde och individuella förutsättningar och behov. Diskriminering som kan finnas inbyggd i regler och rutiner eller i vedertagna förhållningssätt och beteenden ska motverkas. Fokusområden för sjukhusets likabehandlingsplan är, i enighet med landstingets likabehandlingspolicy och plan, bemötande samt tillgänglighet och användbarhet. För att arbetet ska falla väl ut krävs även att kunskap om likabehandling är spridd i organisationen och att chefer och medarbetare ska ha förståelse och insikt om de sju diskrimineringsgrunderna.

## 6. Tillgänglig hälso- och sjukvård

### Vård i rimlig tid - åtgärder 2018

Akademiska sjukhuset arbetar kontinuerligt med att öka tillgängligheten. Prioriteringen mellan patienter görs alltid mot bakgrund av patienternas medicinska behov. Det innebär att sjukhuset inom vissa diagnosgrupper har en väldigt hög tillgänglighet, medan andra diagnosgrupper kan ha längre väntetider.

Sjukhusets mottagnings-, slutenvårds- och operationsråd arbetar för att på olika sätt öka tillgängligheten. Tillgänglighetsnätverket som startade 2016 har under 2018 fortsatt arbetet med väntelistor och registreringar och har dessutom metodiskt fortsatt med att kvalitetssäkra väntelistorna. Projekt som har utvecklats under året i syfte att öka tillgängligheten är – motivprojekt inom Ortopedi med syfte att se över slutenvårdens arbetssätt och styrning. Uppstart av en utvecklingsavdelning inom VO kirurgi om 10 vpl. Verksamheten bedrivs som ett projekt med syfte att utveckla nya arbetssätt och skapa en attraktiv arbetsplats. Produktionsöverenskommelser mellan Kirurgiska verksamhetsområden och AnOpIVA är ett ytterligare projekt med syfte att effektivisera gemensamma flöden. Fortsatt samarbete med Lasarettet i Enköping, andra vårdgivare samt slussning via vårdgarantienheten har ytterligare förbättrat tillgängligheten. Eftervård av thoraxpatienter på Saltsjöbadens sjukhem.

För att hantera influensasäsongen öppnades en extra avdelning under våren. Det pågår också projekt som vars syfte är att ta fram generella processmått för slutenvården för att effektivisera patientflöden.

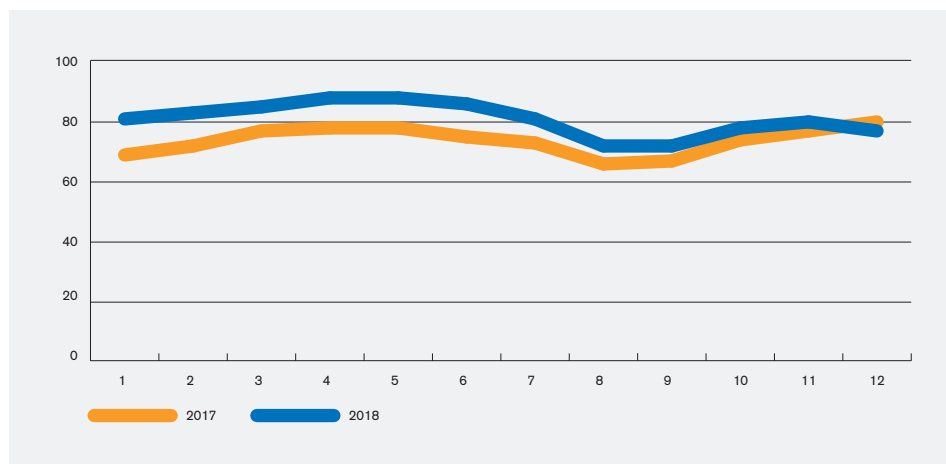
## Vård i rimlig tid

Jämfört med 2017 har tillgängligheten för nybesök varit bättre under alla månader, utom i december. Under april och maj nådde vi upp till 88% vilket vi inte gjort sedan 2014. Vad gäller operation så har vårdgarantiprocenten varit i princip som för 2017, trots att vi sett en ökning av det totala antalet väntande.

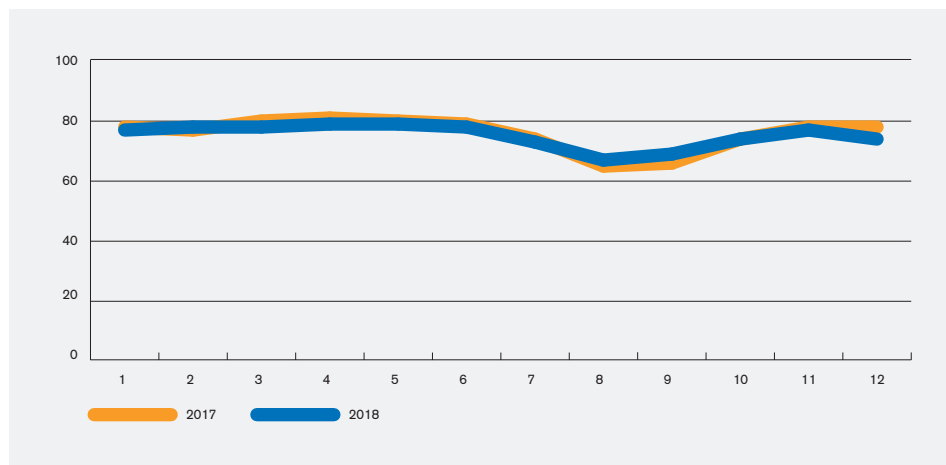
## Minskat och ökat antal väntande patienter

Jämfört med 2017 var totalt antal väntande patienter på nybesök färre alla månader utom i december och när det gäller operation så var det fler antal väntande varje månad jämfört med 2017. I december 2018 ser vi ca 300 fler väntande till nybesök och ca 500 fler operationer jämfört med december 2017. Införandet av nytt operationsplaneringssystem påverkade antalet väntande och siffrorna för november och december är därför inte helt jämförbara mot 2017.

Vårdgarantiutfall nybesök, 2017-2018



Vårdgarantiutfall operation/behandling, 2017-2018



# Patientsäkerhetsarbete

## Organisation och ansvar

Strategin för det sjukhusövergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att systematiskt följa upp kvalitetsutfall och patientsäkerhet och utifrån det skapa handlingsplaner med aktiviteter för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Akademiska sjukhusets ledningsgrupp består av sjukhusdirektör, biträdande sjukhusdirektörer, verksamhetschefer, stabschefer, chefsläkare och chefsjuksköterska. Ansvar för patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete ligger i linjeorganisationen. Ledningsgruppen har hjälp av arbetsgrupper eller råd, som bereder frågor för beslut i ledningsgruppen. Ett av dessa råd är rådet för patientsäkerhet och vårdkvalitet. Rådet består av verksamhetschefer, avdelningschefer, patientsäkerhets-/kvalitets- samordnare, chefsläkare och chefsjuksköterska.

Ansvar för att samordna patientsäkerhetsarbetet på Akademiska sjukhuset ligger hos chefsläkarna i samråd med chefsjuksköterskan. Akademiska sjukhuset har två chefsläkare med anmälningsansvar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefsläkarfunktionen har en beredskap som är bemannad dygnet runt alla dagar och bemannar då linjefunktionen under nätter och helger. Chefsläkarna ansvarar för utredning och åtgärder vid allvarliga händelser/avvikelser. Ett centralt händelseanalysteam finns för utredning av avvikelser. I den del av patientsäkerhetsarbetet som berör läkemedel sker ett betydande samarbete med läkemedelschefen, med huvudansvar för läkemedelsrelaterade frågor, underställd biträdande sjukhusdirektör. Till chefsjuksköterskans ansvarsområden hör att vara chef för vårdkvalitetsavdelningen (VKA) med bland annat mätningar av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, trycksår, markörbaserad journalgranskning och rapportering till SKL:s databaser samt lokala kvalitetsuppföljningar tex. nutrition och smärta.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	En gång per år Ej i drift 2018 Två gånger per år Ej aktuellt	PPM-databasen Infektionsverket Markörbaserad journalgranskning HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	En gång per månad	PPM-databasen
Hygienronder	En gång per år egenkontroll Vart fjärde år hygienrond med vårdhygien	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	Sju-åtta gånger per år	Protokoll
Avvikelser	Tre gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	Tre gånger per år Varje månad Utdata i realtid – Pilotprojekt på tre avdelningar	Utdata hämtad från Cosmic
Patientsäkerhetskultur	En gång per år	Enkät, Quicksearch-frågorna ingår i medarbetarenkäten
Patientens klagomål och synpunkter	Två gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Patientnöjdhet	En gång vartannat år En gång vartannat år En gång vartannat år En gång vartannat år	Nationell Patientenkät (NPE) Somatisk slut- och öppenvård (nationell mätning) Somatisk slut- och öppenvård (mellanårsmätning) Akutmottagningar Psykiatri
Dagen Nutrition	En gång per år	Webropolprotokoll som presentation i SAS



## Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan avseende förebyggande av vårdskador sker vid upparbetade rutiner i avvikelshantering. Kommunikationen med förvaltningar, kommuner och regioner/landsting sker via chefsläkarfunktionen. Uppföljningar av identifierade risker och förbättringsåtgärder hanteras i HSVO:s samverkansformer och upparbetade närvårdsstrukturer. Den särskilt upparbetade uppföljningen av utskrivningsprocessen hanterar förebyggande åtgärder vid noterade risker för vårdskador kopplat till hemgång, fortsatt vård och förebyggande 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.

## Åtgärder för att öka patientsäkerheten

### Trycksår

Under hösten 2017 uppdaterades sjukhusets mål och handlingsplan för 2018–2020.

#### *Mål:*

1. Förekomsten av trycksår, kategori 1–4 ska vara lägre än 12%.
2. Förekomsten av trycksår, kategori 2–4 ska vara lägre än 5%.
3. Förekomsten av sjukhusförvärvade trycksår ska vara lägre än 5%.

Vid punktprevalensmätningen PPM mars 2018 var andelen trycksår 25% på Akademiska sjukhuset. Detta föranledde en storsatsning och att en intensifierad handlingsplan inom området antogs av sjukhusledningen. En utbildningssatsning har genomförts. För att öka patientsäkerheten relaterat till trycksår har under året medarbetarna inbjudits till två seminariedagar där medarbetarna presenterat goda exempel från sina avdelningar, vårdkvalitetsavdelningen föreläste samt upphandlade företag delade med sig av sin expertis.

Akademiska sjukhusets mätningar av trycksår har utökats:

1. ”Dagliga observationer” på avdelningar med hög prevalens (24 stycken), som rapporterats en gång per månad
2. ”Utdata i realtid” (pilotprojekt) Trycksårsinformation hämtas från Cosmic 3. PPM tre gånger per år.

Uppföljning och uppsökande verksamhet från vårdkvalitetsavdelningen har skett med trycksårskonferenser på alla avdelningar med >15 % trycksår. Madrassinventering inom somatiska slutenvården, Akademiska barnsjukhuset och delar av psykiatrin. Kartläggning av trycksårsombud och kontinuerlig kontakt med dessa. En informationsatsning har gått ut via chefsbrev, avdelningschefsmöten, riktad e-post till trycksårsansvariga, seminarier och vårdkvalitetsavdelningens hemsida. Vårdkvalitetsavdelningen har genomfört omvärldsspaning genom att besöka andra landsting samt bibehållit kontakt med kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare och deltagit vid konferenser. Informationsmaterial har uppdaterats och delats ut till medarbetare på Akademiska sjukhuset. Rekommendationer för hur vårdavdelningar ska arbeta och vilket trycksårsförebyggande material som ska användas har utarbetats. Utöver vårdavdelningar har arbete utökats gentemot akutmottagningen och psykiatrin.

Två avvikelser av allvarligare art gällande trycksår inkom i slutet av 2018. Utredning pågår av händelseförloppet tillsammans med verksamhetsområdet. En preliminär slutsats av journalgranskningen är att både omvårdnad och omvårdnadsdokumentationen har brustit.

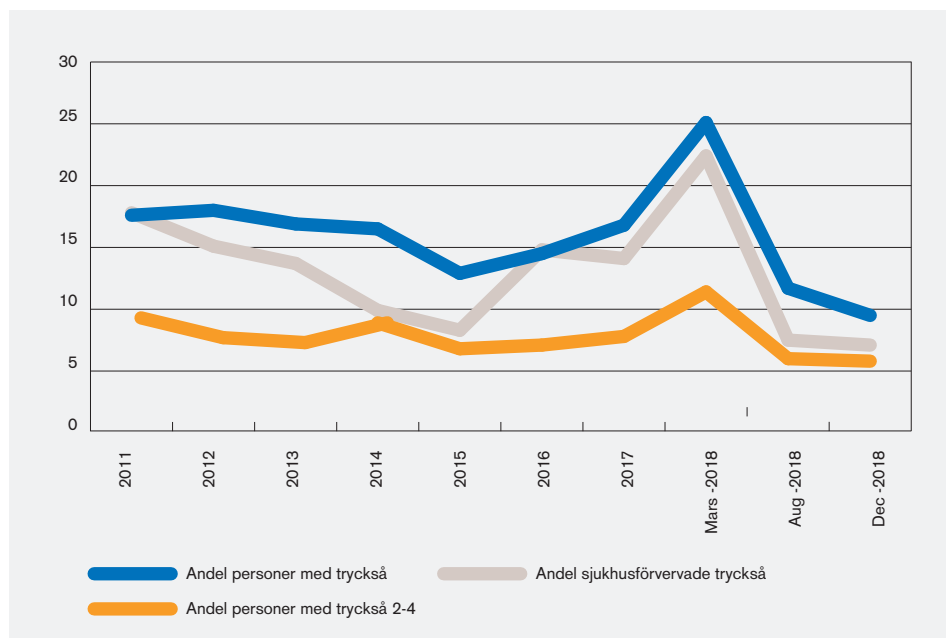
Dagliga observationer (avdelningsförvärvade trycksår) har sjunkit från 3,9% i maj till 1,9% i december. En framgångsfaktor har varit att avdelningar med flest trycksår infört en rutin för daglig avstämning av trycksår. Detta har satt det trycksårsförebyggande arbetet i fokus och trycksår har blivit ett samtalsämne på avdelningen. Vid PPM i mars hade vi en hög andel sjukhusförvärvade trycksår. För att påverka detta resultat lades fokus på att avdelningarna skulle rapportera sina egna, de avdelningsförvärvade trycksåren p.g.a. att avdelningen själv kan påverka och förebygga. Detta i sin tur tror vi har haft en positiv effekt på resultatet vid PPM.

Tre punktprevalensmätningar har genomförts under 2018. Andelen patienter med trycksår har sjunkit från 25,1 % i mars till 9,5 % i december. Målet för 2018 har uppnåtts. Sjukhusförvärvade trycksår har minskat från 22,4 % till

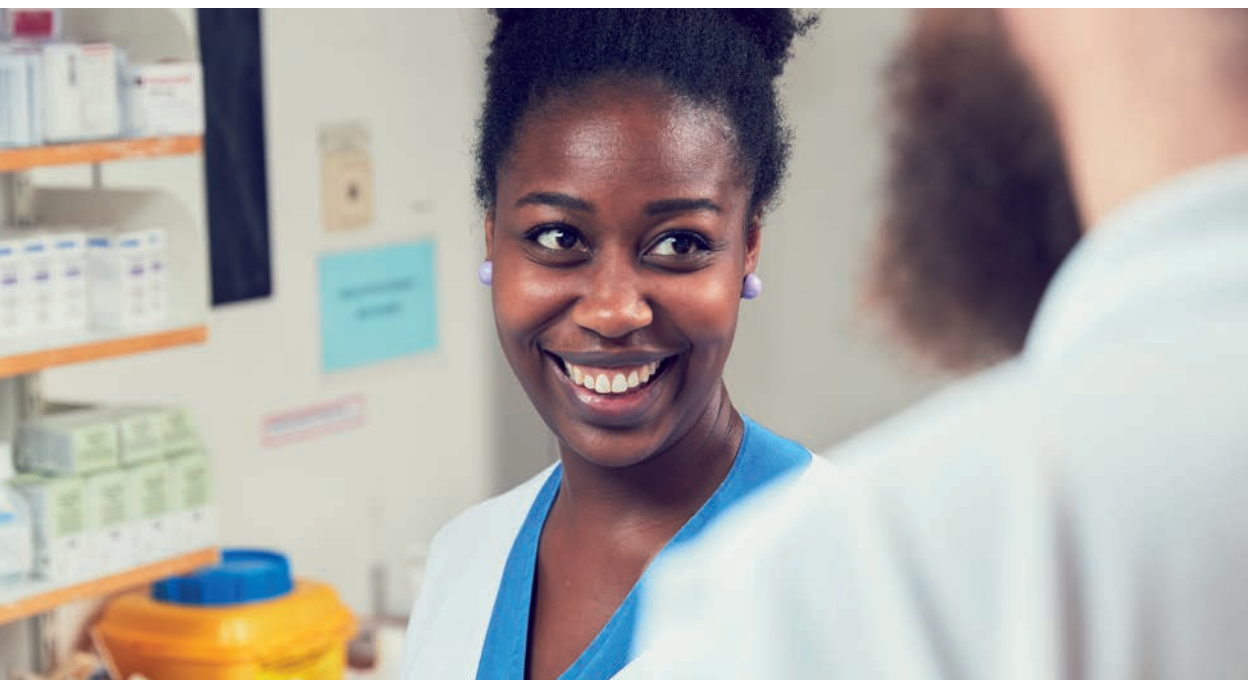
7,1 %. Framgångsfaktorerna har varit engagemang från sjukhusledningen och avdelningschefer, utökning av mätningar, utbildning, uppsökande verksamhet, uppföljning, trycksårsronder och madrassinventering. För att bibehålla det goda resultatet som har uppnåtts under 2018 krävs ett fortsatt engagemang från sjukhusledningen och alla medarbetare under 2019.

Anledningen till den höga andelen sjukhusförvärvade trycksår i mars, 22,4 % är förmodligen bristande dokumentation av patientens hud vid ankomst till Akademiska sjukhuset. En dialog med akutmottagningen har påbörjats i syfte att identifiera riskpatienter redan på akuten och att detta ska dokumenteras. Ett förbättringsarbete för att underlätta vårdokumentationen i Cosmic har pågått under året på vårdkvalitetsavdelningen.

#### Punktprevalensmätning trycksår Akademiska sjukhuset



Pilotprojekt "Utdata i realtid" har startat på tre vårdavdelningar, vilket innebär att avdelningschefen varje morgon får en rapport om hur många patienter som har trycksår. Detta underlag används på morgonens avstämning med personalen för att optimera vården för patienterna. Utvärdering av pilotprojektet har gjorts genom fokusgruppsintervjuer som visar att både chefer, sjuksköterskor och undersköterskor tycker att detta arbetssätt har medfört förbättringar av vården. Ett breddinförande planeras 2019.



## Vårdrelaterade infektioner

Vid PPM VRI var prevalensen inom den somatiska vården 12,5 %. År 2017 var prevalensen VRI 9,7 %.

Dataöverföring till Infektionsverktyget har varit ur funktion hela 2018 p.g.a. interaktionsproblem med Cosmic. Planering pågår för omstart under 2019.

En ny handlingsplan för VRI 2019–2020 har tagits fram, ”Strategi mot vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens” i samarbete med chefläkare, vårdhygien, Strama och vårdkvalitetsavdelningen i syfte att lägga mer fokus på det förebyggande arbetet och verksamhetsområdenas egna uppföljning av satta mål.

Ett pilotprojekt påbörjades i december 2017 på verksamhetsområde Infektions-sjukdomar. Det innebär att läkarnas epikris har fått ett tvingande sökord för vårdrelaterad infektion och ordinationsorsak. Syftet är bland annat att tillgodose Socialstyrelsens föreskrifter om att vårdrelaterad infektion ska dokumenteras samt att man kan lägga till ordinationsorsaker utifrån eget val och få utdata för det som är viktigt för verksamheten.

## Basala hygienrutiner och klädregler

Vid prevalensmätningen som redovisades till SKL i mars 2018, gällande följsamhet till hygienrutiner har följsamheten de senaste två åren ökat men uppnådde inte målet på 90% (84,8% 2018 jmf 82,7 % 2017).

Målet för följsamhet till klädregler var satt till 97 % vilket uppnåddes. Här erhöll man ett resultat på 98,2% jmf med 95,7 % 2017. Månatliga mätningar genomförs på alla Akademiska sjukhusets enheter, som har patientkontakt, både i öppen- och slutenvård. Vårdhygien och vårdkvalitetsavdelningen har regelbundna möten med hygienansvariga från verksamheterna där aktuella vårdhygieniska frågor tas upp. En gång per termin erbjuds utbildning till mätansvarig personal. Utbildningens syfte är att ge kunskap och verktyg för hur mätningen ska genomföras. Vissa verksamhetsområden har gjort extra satsningar i arbetet med basala hygienrutiner och klädregler vilket gett mycket positiva resultat.

## Fall och fallskador

Fall och fallskador i samband med sjukhusvård och vid vård i hemmet 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.

Fallhändelser var de mest förekommande avvikelserna inom området Vård som rapporterades inom Region Uppsala under åren 2016 till 2018. Vid Akademiska sjukhuset inrapporterades 345 fallhändelser i MedControl under 2018. Detta är troligen en för låg siffra då underrapportering av avvikelser (såsom fallhändelser) är vanligt. Enligt landstingens markörbaserade journalgranskning 2013 - 2016 var 5 % av de uppkomna skadorna inom vården fallskador.

För att identifiera de patienter som är i riskzonen för fall måste väl fungerande rutiner och riktlinjer finnas och följas.

Under hösten 2018 påbörjades därför ett projekt där Region Uppsalas och Akademiska sjukhusets riktlinjer för fallprevention och fallhändelser uppdateras.

Fall och fallskador i samband med sjukhusvård och vid vård i hemmet 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.

Fallhändelser var de mest förekommande avvikelserna inom området Vård som rapporterades inom Region Uppsala under åren 2016 - 2018. Vid Akademiska sjukhuset inrapporterades 345 stycken fallhändelser i MedControl under 2018. Detta är troligen en för låg siffra då underrapportering av avvikelser (såsom fallhändelser) är vanligt. Enligt landstingens markörbaserade journalgranskning 2013 - 2016 var 5 % av de uppkomna skadorna inom vården fallskador.

För att identifiera de patienter som är i riskzonen för fall måste väl fungerande rutiner och riktlinjer finnas och följas. Under hösten 2018 påbörjades därför ett projekt där Region Uppsalas och Akademiska sjukhusets riktlinjer för fallprevention och fallhändelser uppdateras.

## Nutrition

Av den lokala handlingsplanen "Nutrition – mål och handlingsplan 2018–2020" framgår att ingen patient som vårdas inom slutenvården ska drabbas av malnutrition (undernäring, övernäring eller annan felnäring).

Vårdrelaterad undernäring som uppkommer i verksamheten ska ses som en icke förväntad händelse och kvalitetsbrist som ska rapporteras som en avvikelse. Dagen Nutrition är en lokal mätning som undersöker om patientens beräknade energibehov tillgodoses, i vilken grad patienter riskbedöms för undernäring samt får dokumenterade åtgärder. Syftet är att öka fokus på nutritionens betydelse för att uppnå bästa möjliga välbefinnande och möjliggöra tillfrisknande. Syftet är också att uppmärksamma arbetsprocesser och vilket stöd som finns för att bedöma patienters risk för undernäring.

Målet för Akademiska sjukhuset är att 75 % av patienterna ska få minst 75 % av beräknat energibehov, 75 % ska riskbedömas för undernäring och ohälsosamma matvanor och av de patienter som har risk ska 75 % ha en dokumenterad åtgärd, alternativt kontakt med dietist.

I årets Dagen Nutrition uppnådde 60,2 % av patienterna 75 % av det beräknade energibehovet, vilket är en liten ökning från föregående år. Andelen riskbedömda patienter var i år 76 %, vilket är en ökning från 2017. Av de patienter som bedömdes ha en risk för undernäring var det 53 % som hade en dokumenterad åtgärd, vilket är en minskning från 2017

För fjärde året i rad har bedömning av hälsosamma matvanor ingått i Dagen Nutrition. Andelen som blev tillfrågade var 65 % (261 st.) vilket är en ökning med 15 %. Av dessa hade 13 % betydande ohälsosamma matvanor, varav 17 % fick dietistkontakt.

Även om det har skett en successiv förbättring av resultaten vid Dagen Nutrition de senaste åren visar utdatarapport från löpande journaldokumentation att endast 20 % riskbedöms för undernäring och att nutritionen inte ges den uppmärksamhet som skulle behövas. Det finns stora vinster att göra för patientens livskvalitet, men även hälsoekonomiskt om nutritionsbehandling utförs på rätt sätt, till exempel genom minskat antal vård dagar. Därför kommer vårdkvalitetsavdelningen under 2019 att arbeta för att ytterligare tydliggöra nutritionens roll i behandlingen. Ett exempel är att utveckla en utdatarapport där avdelningar kan följa sitt nutritionarbete i vardagen.

Införandet av riktlinjerna påbörjas under våren 2019.

## Levnadsvanor

Akademiska sjukhuset arbetar sedan 2011 med att införa Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Arbetet efterfrågas i Akademiska sjukhusets verksamhetsuppdrag och utdatarapporter tas fram av beslutsstödsförvaltningen för att varje verksamhet ska kunna följa sitt arbete utifrån hur många patienter som tillfrågas om levnadsvanor, hur många som är i risk och får åtgärder. Varje verksamhet ska utifrån rapporten ta ställning till vilket arbete som behöver göras för att nå upp till rekommendationer i riktlinjerna. Resultatet skiftar mycket mellan Akademiska sjukhusets olika verksamheter.

I nationella patientenkäten tillfrågas slumpvis valda patienter om vårdpersonalen diskuterade levnadsvanor vid det aktuella besöket i vården. För den specialiserade öppenvården anger mellan 20 - 24 % att någon personal diskuterade någon av levnadsvanorna vid besöket, där den högsta siffran anges fysisk aktivitet och den lägsta tobak och matvanor. När det gäller slutenvården diskuteras samtliga levnadsvanor i högre utsträckning i Uppsala än övriga landsting och regioner. Tobak angavs ha diskuterats med 41 % och för matvanor är andelen 30,5 %. Fysisk aktivitet och alkohol diskuterades med ca 37 %.

I riktlinjerna ingår rekommendationer om att stödja patienter till alkohol- och rökstopp inför operation. Akademiska sjukhuset har sedan 2009 arbetat med rökstopp inför operation och under 2017 – 2018 har verksamhetsområde Ortopedi och handkirurgi sammanställt ett projekt att införa rutiner för alkoholstopp inför operation och en förbättring av rutinerna för arbetet med rökstopp inför operation. Rapporten som formulerats under 2018 kommer att ligga till grund för att ta fram sjukhusövergripande rutiner för arbetet med alkohol- och rökfrioperation. Under 2019 kommer HFS att samarbeta med Värdebaserad vård för att integrera levnadsvanor i arbetet med de värdebaserade vårdprocesserna. Extra fokus kommer ligga på Hjärtsvikt och stroke.

## Palliativ vård

Alla patienter som avlider på Akademiska sjukhuset ska registreras i Svenska Palliativregistret. Under 2018 har

1 030 patienter avlidit på Akademiska sjukhuset och 71 % av dessa är registrerade i Svenska Palliativregistret. Detta är en positiv trend jämfört med föregående år. Av de 735 registrerade dödsfallen var 610 förväntade dödsfall. Detta innebär att 83 % av de patienter som avlidit på Akademiska sjukhuset har haft ett palliativt vårdbehov.

Cirkeldiagrammet nedan visar Akademiska sjukhuset resultat i Svenska Palliativregistret med de specialiserade enheterna borttagna.

### Kvalitetsindikatorer – lilla



Av de förväntade dödsfallen har 74% ett dokumenterat brytpunktssamtal. Tar man bort de specialiserade enheterna blir resultatet 60%. De förväntade dödsfallen som har smärtskattats den sista veckan i livet är 49 %. Tar man bort de specialiserade enheterna blir resultatet 33 %.

De aktiviteter som genomförts är nätverksträffar under vår och höst där även avdelningar med palliativansvariga läkare inbjudits. Vårdkvalitetsavdelningen har ett fortsatt nära samarbete med det palliativa konsultteamet i samband med nätverksträffar för Akademiska sjukhusets palliativombud. I slutet av året startades ett arbete med att revidera standardvårdplanen för palliativ vård. Detta är en första del i implementering av den nationella vårdplanen för palliativ vård, NVP. Arbetet med standardvårdplanen kommer att slutföras under våren 2019. För att öka kvaliteten på vården för den palliativa patienten kommer Akademiska sjukhuset att arbeta för att alla verksamheter ska ha en palliativansvarig läkare samt att personal som vårdar palliativa patienter ska genomgå webutbildningen Palliation ABC. Det kommer även att ske en regelbunden uppföljning av kvalitetsindikatorerna smärta och munhälsa varje kvartal genom utdata i Svenska Palliativregistret. Akademiska sjukhuset har även bjudit in till ett Regionövergripande samarbete vad gäller palliativ vård. Detta kommer att ske genom gemensamma nätverksträffar och en gemensam Mål och Handlingsplan. Övergripande frågor har under året lyfts i det nystartade programrådet för palliativ vård. Deltagande i programrådet ger möjlighet att påverka utvecklingen av den palliativa vården i regionen tillsammans med andra huvudmän och är gynnsamt för Akademiska sjukhuset.



## Smärta

Dagen Smärta är en PPM-mätning som genomförs en gång per år. Mål för Dagen Smärta är: Att 90 % av patienterna med smärta uppger sig vara nöjda med sin smärtbehandling och att 70 % av patienterna med smärta, regelbundet blir smärtskattade med ett mätinstrument. Akademiska sjukhusets övergripande stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet görs av vårdkvalitetsavdelningen i samarbete med Smärtcentrum. Under 2017 var 83,5 % nöjda med smärtlindringen. Under 2018 var 83 % nöjda, vilket är en minskning med 0,5 %. Ett smärtskattningsinstrument hade 55,5 % fått använda 2017. Under 2018 var de som använde smärtskattningsinstrumentet 50 %, vilket är en minskning med 5,5 %. Detta visar en liten försämring gentemot 2017.

Skattat med instrument 2018 - 50 %	Nöjd med smärtlindring 2018 - 83 %	Skattat med instrument 2017 - 55,5 %	Nöjd med smärtlindring 2017 - 83,5 %
---------------------------------------	---------------------------------------	---	---

Under 2018 har enkätfrågorna utvecklats så att patienterna kan fylla i önskemål om hur avdelningen kan förbättra arbetet kring smärta och smärtlindring. Fyra gånger har vårdkvalitetsavdelningen tillsammans med smärtcentrum haft träffar med smärtansvariga sjuksköterskor för att ge stöd i förbättringsarbetet med smärta. Under våren hade vårdkvalitetsavdelningen och smärtcentrum en utbildning för undersköterskor om smärtskattning.

# Mål och strategier för 2019–2020

## Patientsäkerhetskultur

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. Det behövs en djupare analys av resultatet och kopplingar till medarbetarenkäten. I årets enkät besvarades HSE-frågorna även av administrativ personal. Resultatet kan då bli missvisande. Förslaget är att enbart personal i klinisk tjänstgöring besvarar HSE-frågorna kommande år.

## Nationell patientenkät

I slutet av 2018 initierades ett samarbete med regionkontoret och kommunikationsavdelningen för att återkopplingen till verksamheterna ska bli bättre. I nuläget finns även en representant från psykiatrin i gruppen. Önskvärt är att samarbetet fortsätter 2019/2020 med goda resultat. Detta för att strukturen ska bli tydligare samt att vi på ett bättre sätt kan kommunicera information som är relevant till verksamheterna. Under 2018 var det endast verksamhetschefer som fick privata inloggningar till resultaten, vilket blev problematiskt för avdelningschefer som önskade ta del av avdelningarnas resultat. I slutet av 2018 tog SKL fram en gemensam inloggning, vilket underlättade för alla avdelningar. Denna arbetsform kommer Akademiska sjukhuset och regionkontoret föreslå att SKL använder sig av vid framtida mätningar.

## Basala hygienrutiner- och klädregler

Resultaten av uppföljning visar att vi förbättrat vårt resultat de senaste tre åren. Vi har nått över målvärdet gällande klädregler, men är inte i mål för basala hygienrutiner. 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. Verksamhetsområde Bild- och funktionsmedicinskt centrum och Akut-sjukvård och internmedicin är exempel på två verksamhetsområden som under 2018 haft fokus på basala hygienrutiner och klädregler och därigenom kunnat förbättra sina resultat och sin följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

## Fallprevention

Då fall är en av Akademiska sjukhusets vanligaste förekommande avvikelser startade i juni ett projekt för att revidera Akademiska sjukhusets riktlinje för fall och fallprevention. I projektet ingår också att ta fram en implementeringsplan för riktlinjen på Akademiska sjukhuset som kommer ske under 2019.



## Trycksår

Fortsatt fokus på trycksårsarbetet kommer att fortsätta även under 2019 då vi behöver säkerställa en långsiktig förbättring av det förebyggande arbetet. Under 2019 planeras ett införande av ”Trycksår i realtid i Cosmic”.

Det saknas utbildningsansvarig sårsköterska på Akademiska sjukhuset och Region Uppsala. I verksamheterna efterfrågas detta då det finns en stor kunskapsbrist när det gäller trycksår och hur de bäst förebyggs. Det finns också ett behov av en webbaserad trycksårsutbildning. Inom andra regioner finns detta på en regionövergripande nivå.

## Sammanfattande analys

- Handlingsplanen mot VRI fokuserar på UVI, VAP, centrala venkatetrar och postoperativa infektioner, men bör balanseras mot risken för andra vårdskador som t.ex. blåsöverfyllnad.
- Återföring av lärandet i ärenden/händelser till verksamheterna, i enlighet med författningen, är av stor vikt för ökad patientsäkerhet. Gäller såväl säkerhet I, att säkerställa barriärer för misstag, och säkerhet II, att lära av goda exempel.
- Tillämpandet av patientnära omvårdnad ger ökad patientsäkerhet genom observans på avvikelser i patientens tillstånd och minskar risken för vårdskador.
- Fokus på basala hygienrutiner och trycksår ger resultat. Dock krävs ökade insatser för att öka följsamheten.
- För snabbare återkoppling av problem inom patientsäkerheten och för att möjliggöra direkta åtgärder krävs ett stabilt och fungerande övervakningssystem. Ett exempel är infektionsverket. En korrekt analys kräver övergång till verktygets registrering av incidens i stället för PPM-mätningarnas prevalens. Systemets stabilitet måste säkerställas för att kunna valideras.
- Ett viktigt instrument för handlingsplanen gällande patientsäkerhet och dess uppdatering är markörbaserad journalgranskning (MJG) inom somatisk- och psykiatrisk vård.





## Resultat från vården i siffror och andra källor

SKL:s databas Öppna jämförelser redovisas nu fortlöpande som "Vården i siffror" och innehåller en stor mängd data, där de flesta variabler redovisas på regionnivå, men också på sjukhusnivå jämfört med tidigare data och riket. Den främsta betydelsen av "Vården i siffror" är som underlag för förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Data kan också användas för att jämföra olika sjukhus sinsemellan. En sådan jämförelse ger varierande resultat beroende på vilka variabler som inkluderas i analysen och vilken matematisk modell som används. Vid den återkommande utvärdering som görs av Dagens Medicin och redovisades i januari 2019 utgående från data hämtade från Öppna jämförelser, samt data från SKL och Socialstyrelsen om medicin, tillgänglighet, trycksår, överbeläggningar, hygien, patientenkät och ekonomi placerade sig Akademiska sjukhuset som nummer fem av de sju universitetssjukhusen i utvärderingen. Båda dessa utvärderingar används i sjukhusets förbättringsarbete tillsammans med interna analyser, som gjorts av samma data. Dessa analyser ligger till grund för handlingsplaner för att ytterligare öka den medicinska kvaliteten.



## Akreditering/ kvalitetscertifiering

Under 2014 påbörjades en kvalitetscertifiering av Akademiska sjukhuset genom en förrevison mot den europeiska kvalitetsledningsstandarden för hälso- och sjukvård SS EN 15 224 – 2012. Syftet med revisionen var att få ett uttalande av det ackrediterade certifieringsföretaget om sjukhuset och den aktuella kliniken var mogna för en certifiering. Resultatet av revisionen var positivt. Målet är att sjukhusledning samt strategiskt utvalda verksamheter ska ha genomfört kvalitetscertifiering. I dag har sjukhuset certifierade verksamheter inom kvalitet och hela sjukhuset är miljöcertifierat mot ISO 14001.

Akrediterade/kvalitetscertifierade verksamheter:

- Akademiska Laboratoriet, ackrediterad av SWEDAC enligt SS-EN ISO 15189
- Medicinsk teknik
- Rehabiliteringsmedicin
- Stamcellstransplantation
- Plastikkirurgi och käkkirurgi

# Verksamheternas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

## Akademiska barnsjukhuset

Utifrån Barnsjukhusets vision - Med högkvalitativ vård, forskning och utbildning är vi ett ledande universitetssjukhus för barn och ungdomar och deras familjer - bedriver vi barn- och ungdomssjukvård i enlighet med socialstyrelsens kriterier för God vård. Vårt mål är att leverera vård av högsta klass och våra resultat rapporteras i mer än 75 st. olika nationella och internationella register.

Den högspecialiserade utomlänsvården på barnsjukhuset bedrivs ofta enligt principerna för "shared care". Det innebär att ansvaret för vården av patienterna delas mellan hemsjukhuset och Akademiska barnsjukhuset och utformas efter patienten och familjens behov. Det är framförallt den avancerade högspecialiserade slutenvården som bedrivs på Akademiska barnsjukhuset. Öppenvårdsbesök för utomlänspatienter sker fortsatt på Akademiska barnsjukhuset men i takt med utökade möjligheter till telemedicinsk kommunikation ökar andelen uppföljningsbesök via videolänk, ex. är arbetssätten inom vårt gastroteam för barn med tarmsvikt och motilitetsrubbningsar. Nytt sedan 2018 är akut stöd inom neonatologin via videolänk i samband med akuta vårdhändelser. Denna teknik är etablerad hos ett av våra samarbetsjukhus i sjukvårdsregionen.

Våra stora vårdleverantörer till sjukvårdsregionen, Norra sjukvårdsregionförbundet och för några diagnoser även rikssjukvård (kraniofacialkirurgi), är sektionen för barnkirurgi, som inkluderar barnneurokirurgi, barnortopedi, barnplastikkirurgi och barnhandkirurgi. En del av missbildningskirurgin för nyfödda blev 1 juli 2018 rikssjukvård. I Uppsala fokuserar barn-gastrokirurgin därefter på andra missbildningsdiagnoser, neonatal akutkirurgi och minimal invasiv kirurgi. Vi har pga. minskat antal akuta fall drivit en optimering av våra elektiva flöden och tack var ett gott samarbete med barnoperation kunnat öka vår produktivitet.

Inom den barn- och ungdomsmedicinska slutenvården efterfrågas främst högspecialiserad neonatal intensivvård, barnonkologi och barnneurologi. Tack vare vår välfungerande barnintensivvårdavdelning (BIVA) har efterfrågan och möjligheten att erbjuda högspecialiserad vård även inom andra subspecialiteter ökat påtagligt, ex njursvikt och respirations-svikt. En växande verksamhet är protonstrålningsverksamheten på Skandionkliniken som även erbjuder vård till internationella patienter. Under 2018 ökade antalet barn från 31 till 51 st. och antalet barn med narkosbehov från 12 till 22 st. Behandlingen är krävande och barnen behandlas 30 gånger under 5 veckor och många av dem behöver också samtidig cytostatikabehandling och slutenvård. Inom öppenvården är vi ett av fyra Cystisk Fibros-center för både barn och vuxna och vi har en fortsatt hög efterfrågan för bedömning/uppföljning av könsdysfori. 40 % av slutenvården och 36 % av dagsjukvården på Akademiska barnsjukhuset var riks- och regionvård (RR) 2018, inom sektionen för barnkirurgi var siffrorna 56 resp. 51%.

Särskilda satsningsområden är systematisk triagering på barnakuten med det verktyg som används i Sverige, Rapid Emergency Triage and Treatment System, pediatrics (RETTs-p). Vid inläggande vård använder vi Pediatric Early Warning Score (PEWS) och kopplar det med åtgärder enligt systemet Tidig Upptäckt och Behandling (TUB). Vi har under 2018 genomgått en kollegial inspektion av kollegor från Lund inom ramen för vårt arbete att bli ett Barnanpassat sjukhus. Vår förhoppning är att detta certifieringsarbete ska spridas över landet. Vi arbetar aktivt med barn och ungdomars medverkan i beslut och verksamhetsutveckling och vi samlar flera g/termin i en grupp ungdomar med kroniska sjukdomar tillsammans med Regionens barnombudsman i "Unga experter". De ger återkoppling om

ex. bemötande vid besök, utformning av lokaler, hur unga ser på forskningsmedverkan. För att tillvarata patienter, familjer och medarbetares innovativa förslag samarbetar vi med Akademiska sjukhusets projekt "Idékraft" för att fånga goda idéer som når oss via digitala applikationer och barnsjukhusets idékoordinatörer. Patient- och familjemedverkan är en del i våra värdebaserade vårdprocesser som finns för VACTERL:s syndrom, hjärntumörer och neonatologi.



Specialitetsrådet i Barnsjukvård för Uppsala-Örebroregionen är välfungerande och vi träffas två gånger årligen. Agendan är gemensamma vårdprocesser och frågor som vi driver visavi vår uppdragsgivare samverkansnämnden. Fokus under året som gått har varit nivåstruktureringen, den kommande bruttolistan och omorganisationen från Specialitetsråd till Regionalt programområde, RPO. Utöver detta har vi ex. en gemensam studierektor i Barnneurologi och rehabilitering och nytt för 2018 är en nyutvecklad Barncancer APP med information till sjukvårdsregionens familjer. Våra subspecialister arrangerar regionutbildningsdagar med deltagare från sjukvårdsregionens kliniker.

Akademiska sjukhusets strävan är att styra vården utifrån kvalitet med utgångspunkt i God vård. Målsättningen är att i än högre grad redovisa våra resultat- och processmått. Samtliga medicinska specialiteter på Barnsjukhuset arbetar med kvalitetsregister. De senaste är barnkirurgins, SWEASP, för missbildningskirurgi. Det register där vi har en nationell topposition är SNQ (Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister) som beskriver vårdens resultat i samband med födelsen och neonatalperioden. De långsiktiga resultaten av svensk neonatalsjukvård är också väl beskrivna i omfattande longitudinella uppföljningsstudier.

Utifrån vårt verksamhetsuppdrag använder Akademiska barnsjukhuset följande mått på God Vård. Vårdrelaterade infektioner, VRI, var 2018, 11,1 % varav 80 % post-operativ infektion och 20 % övriga VRI. Som jämförelse har den genomsnittliga VRI förekomsten varit 10,1% under åren 2014–2018. Vår följsamhet till basala hygienrutiner var under 2018, 93,1% (mål > 90 %) och klädregler, 98,3% (mål > 97 %). Vårt nutritionsteam har utvecklat ett instrument för att validera barns nutritionstatus, Strong Kids, som används på alla storbarnsavdelningar. Det används också på andra barnkliniker. Andelen barn som screenas för nutritionstatus har ökat från 34 till 54% mellan 2017–2018 och utfallet följs i egen SAS rapport. I nov 2018 genomfördes "Dagen Smärta", av 26 st. ineliggande barn svarade 21 st. (81 %). Av de med smärta var 100 % (mål > 90 %) nöjda med smärtbehandlingen. Inom Barnsjukhusets har fyra av sju sektioner patientsäkerhetsgrupper. Vårt mål 2019 är att etablera detta inom alla sektioner och bredda uppdraget med kvalitet genom att etablera ett övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsråd.

## Akademiska laboratoriet

Akademiska laboratoriet tar emot remisser från samtliga regioner i Sverige eftersom vi har högspecialiserade analyser inom alla laboratoriespecialiteter och Uppsala är ensam eller en av få som erbjuder analysen. Cellulärimmunologen har under 2018 blivit det laboratorium som föredras av allt fler sjukhus vid transplantationsutredningar. Klinisk patologi är enda laboratorium i Sverige som är godkänt för att utföra MRD-analyser, minsta kvarvarande sjukdom vid malignitetsuppföljningar. Akademiska laboratoriet arbetar med fortsatt utveckling av elektroniska remisser och svar för att göra det möjligt både inom och utom Region Uppsala. Arbetet pågår långsiktigt. Därutöver säker provtagning för alla vårdens patienter, även vård som inte har elektronisk beställning och svar. Genom vårt stöd till forskare, till exempel i samarbete med UCR, kommer prover från hela världen. Vi samarbetar med Uppsala biobank för en effektiv och säker provhantering till biobanken.

Vår främsta målsättning har under 2018, liksom tidigare år, har varit att leverera kvalitets-säkrade analys svar och diagnoser i relevant tid för våra kunder samt bistå som beslutsstöd i vårdprocessernas vägval så att man snabbt ska kunna sätta in rätt behandling, vilket ger bättre prognos för patienten.

Vi har arbetat med att optimera bemanning, effektivisera våra arbetsflöden, öka vår kunskap och genomföra förbättringar med utgångspunkt från vår interna avvikelshantering. Detta har vi bl.a. gjort genom att

- flytta hela Klinisk mikrobiologi-verksamheten till nya och säkrare lokaler,
- genomföra två stora byten av laboratorieinformationssystem, ett inom Klinisk genetik och ett inom Klinisk mikrobiologi,
- arbeta med en metodomställning inom cytologiscreening, för en snabbare process,
- anpassa våra LIMS till ny lagstiftning, GDPR,
- tagit över ansvaret för Läkemedelsinformationen (ULIC), som ger oberoende information om bl.a. biverkningar, interaktioner och lämplighet

Akademiska laboratoriet är en ackrediterad verksamhet. Enkelt beskrivet innebär det att vi arbetar enligt standard för kvalitet och kompetens inom kliniska laboratorier samt specifika standarder inom två metodområden, Vävnadstypning och stamcellstransplantation. Ackrediteringsmyndigheten Swedac genomför återkommande tillsyn för att se om vi efterlever det som står i våra kvalitetsdokument. Likaså gör europeiska federationen för immunogenetik (EFI) gällande vävnadstypning och europeiska ackrediteringskommittén för human stamcellshantering (JACIE).

Verksamheterna som hanterar blod, celler och vävnader kräver dessutom särskilda tillstånd från Socialstyrelsen som utför tillsyn särskilt för att få behålla dessa tillstånd. Läkemedelsverket bedömer kvaliteten på hanteringen av blodkomponenter då de ska utgöra råvara till läkemedel. För detta erhålls också särskilt tillstånd.

För samordning och kontinuerlig uppföljning av kvalitetsförbättrande aktiviteter har Akademiska laboratoriet haft fem kvalitetssamordnare på full tid och tre biträdande. Under 2018 har vi utökat med ytterligare två biträdande kvalitetssamordnare på deltid. I samband med granskningar noteras brister som ska åtgärdas av verksamheten inom en bestämd tid för att få erhålla fortsatt kvalitetsstatus. 2018 arbetade vi särskilt med att visualisera våra interna processer i ett kartläggningsverktyg. Detta ska göra det enklare att förstå våra flöden och se samband inom verksamheten. Beskrivningar av olika slag ska senare kunna kopplas till processerna så att medarbetarna på ett enkelt sätt ska hitta rätt stöd för sitt arbete.

Vi har genomfört extern revision av MSI – IT, för att granska och sedan tydliggöra ansvarsfördelning och arbetsuppgifter inom vårt IT-stöd, vilket är nödvändigt för att behålla och utveckla effektiva stöd till våra laboratorieprocesser.

Inom laboratoriemedicin finns sedan flera år ett nära samarbete inom sjukvårdsregionen Uppsala/Örebro. Vi finansierar solidariskt en regionsamordnare och ett system för elektroniska remisser och svar. En rad olika möten och samarbeten pågår löpande:

- Kvalitetsorganisationerna hos laboratorieverksamheten inom regionen samarbetar kontinuerligt i form av utbildningar och gemensamt arbete med t ex frågeställningar från myndigheter. Under våren 2018 anordnades en utbildning för interna revisorer förlagd till Uppsala.
- För blodverksamhet krävs tillstånd och godkänd Sakkunnig/Ansvarig person av Socialstyrelsen. Akademiska laboratoriet har det ansvaret för blodverksamheten i Dalarna, Gävleborg och Västmanland. Kvaliteten upprätthålls och samordnas via två regionsamordnare från Akademiska laboratoriet.
- Region IT-nätverket, samverkan och samordning, för ett säkrat remissflöde inom sjukvårdsregionen.

Samtliga laboratoriespecialiteter deltar i kvalitetssamarbetet EQUALIS provningsjämförelser. Utöver det finns metodområdesspecifika program både nationellt och internationellt. Några exempel är NordiQC, UK-NEQAS, UCLA. Resultaten av dessa indikerar att vi har hög patientsäkerhet i våra provsvar. Därutöver finns kvalitetsregister inom respektive specialitet:

- Klinisk mikrobiologi rapporterar till Infektionsverket för VRI (FHM), SVEBAR (resistensdata FHM) samt InfCare HIV (beslutsstöd och kvalitetsregister)
- Klinisk patologi rapporterar årligen till Cancerregistret (Socialstyrelsen) och deltar aktivt i specialitetsföreningens kvalitetsgrupper, KVASt, för harmonisering kring bästa kvalitet inom respektive diagnostikområde.
- Transfusionsmedicin rapporterar kontinuerligt till Blodövervakning i Sverige, svensk förening för transfusionsmedicin.

För effektiv och nära vård bidrar vi genom att titta på vårt ansvar i Region Uppsalas mål att flytta vården närmare medborgarna. Vi arbetar med fortsatt kvalitetssäkring av de patientnära analyserna så att de håller en hög kvalitet och förbättrar de processer som finns i vården genom snabbare provsvar.

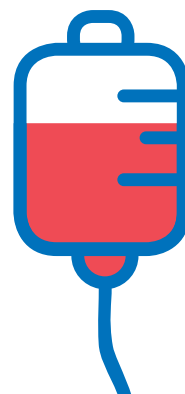
Digitaliseringen innebär för laboratorieverksamhet i huvudsak den semantiska interoperabiliteten mellan våra olika laboratoriesystem och med olika journalsystem. I korthet handlar det om att hantera provsvar enligt vedertagna standarder så att IT-systemen förstår varandra. Det här är ett arbete som genomförs på nationell nivå.

För att behålla en hög kvalitet trots minskande resurser arbetar vi aktivt med automatiserade lösningar, så långt det är möjligt utan att minska flexibiliteten för specialisering och utveckling. Vi har som mål att bibehålla våra ackrediteringar med en ökad omfattning av metoder. För samtliga specialitetsområden ser vi att vi behöver öka vårt aktiva deltagande inom värdebaserad vård så att vi fortsatt kan förbättra de processer som finns i vården genom provsvar i rätt tid. Vi ska också arbeta vidare med Patient Blood Management, optimerad blodanvändning i vården. Vi deltar mycket aktivt i initiativet Genomic Medicine Sweden (GMS). GMS arbetar för att snarast ta Sverige till ett läge där precisionsmedicin – rätt behandling till rätt patient – blir en central del av utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård. Sverige har förutsättningar i form av kunskap, data och viss teknisk infrastruktur, men för att erbjuda precisionsmedicin på nationell nivå måste resurserna koordineras och dessutom krävs en helt ny IT-infrastruktur.

Idag varierar tillgång och metodik för de nya sekvenseringsteknikerna mellan olika sjukvårdsregioner i Sverige. Ett av målen för GMS är därför att göra tillgången till dessa diagnostiska metoder kostnadseffektiv och likvärdig över hela landet, i enlighet med visionen om lika vård för alla. Ett mål på längre sikt är regionala medicinska genomikcentra (GMC) vid universitetssjukhusen. Dessa ska kompletteras av en centralt uppbyggd informatikinfrastuktur som krävs för att kunna analysera, tolka, dela och lagra de stora mängder patientdata som är förutsättningen för precisionsmedicin.

## Blod- och tumörsjukdomar

På sektionen för hematologi (HEM) har verksamheten för den allogena blodstamcellstransplantationen klarat interim ackreditering enligt europeisk standard, JACIE. Detta skedde utan några synpunkter eller ändringsförslag från JACIE. En kvalitetsutvecklare arbetar fortlöpande med att skriva nya standardiserade arbetsrutiner och uppdatera befintliga. Interna revisioner görs regelbundet. Varje kvartal mäts transplantationsrelaterade kvalitetsmått och en årsrapport sammanställs. Här finns även ett ”Centre of Excellence” för patienter med systemisk mastocytos och morbus Osler.



Regionens specialistråd inom hematologi träffas årligen för samarbete kring riktlinjer, patienthandläggning, fortbildning och studier. Konsultverksamhet finns i Gävle, Hudiksvall, Västerås, Falun och Mora. Remitter har en egen sida på [www.akademiska.se](http://www.akademiska.se) där information och tillgång till dokument finns. Sektionen är även konsult på nationell nivå för hemoglobinopatier, dock här med betydligt mindre patientvolym. Regionens specialistråd inom hematologi träffas årligen för samarbete kring riktlinjer, patienthandläggning, fortbildning och studier.

Vid sektionen för onkologi (ONK) görs snabba utredningar för t ex nyupptäckta lymfom och en del yngre patienter med utbredd sjukdom där utredning och start av behandling bör ske skyndsamt. Specialitetsråd inom ONK träffas fysiskt 2 gånger per termin och har telekonferenser lika ofta. Mycket fokus ligger på kapacitet och utnyttjande på respektive klinik samt möjligheter till samarbete. Under året som gått även stort fokus på personal- och rekryteringsituation då det varit bristsituation på flera kliniker framför allt på sjuk-sköterskesidan, men även på läkarsidan. En del läkemedelsfrågor diskuteras också.

Vid sektionen för onkologisk endokrinologi (ONKEND) finns ett "Centre of Excellence" där utredningar, behandlingar, kontroller och second opinions av patienter med neuro-endokrina tumörer (NET) utförs. Sektionen genomgick den 5 november 2018 en reackreditering av detta och fick utan anmärkningar förlängd ackreditering i 5 år. Vi blev också auditerade för ackreditering inom ERN (endocrine tumors) och klarade denna med endast mindre anmärkningar. Under 2018 har vi också påbörjat införande av patienter i INCA-registret för NET. En kvalitetssamordnare går igenom kvalitetsdokumenten för att upptäcka brister och vid behov skrivs nya. På ONKEND har antalet videokonferenser ökat med Karlstad, Eskilstuna, Västerås, Umeå och Stockholm. Internationellt görs akademiska studier och utbildningsmöten samt symposier inom nordisk förening.

Vid sektionen för strålbehandling (STRÅL) erbjuds behandling av olika tumörformer, bl.a. prostata- och huvud- och halscancer. Ett närmare samarbete med Skandionkliniken gällande dosplanering av protonpatienter är etablerat samt vidare arbete gällande strukturerade processer och resursallokering för omhändertagandet av utländska patienter pågår. Ett regionalt nätverk mellan strålbehandlingsavdelningar inom Uppsala-Örebroregionen är etablerade med videomöten varannan vecka för respektive AC samt tre möten per år för SC-RALF, VC och chefsfysiker för fortlöpande bedömning av strålkapacitet inom regionen, maximalutnyttjande, behov, investeringar och kliniska samarbeten.

Kliniska forsknings- och utvecklingsenheten (KFUE) planerar och genomför klinisk forskning inom verksamhetsområdet. Vi samarbetar och genomför studier av hög kvalitet i linje med gällande lagar och riktlinjer. Idag pågår cirka 170–180 kliniska studier i olika faser inom onkologi, hematologi och onkologisk endokrinologi.

## Vårdkvalitet

Verksamhetsområdet arbetar med att organisera funktionen för kvalitets- och verksamhetsutveckling (KVU) för att bygga en tydlig struktur för ett kvalitetsledningssystem till stöd för sektionerna på BOT i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Som en del i detta förbättringsarbete påbörjades en utbildning för gruppchefer, biträdande chefer och sektionsledare i metodiskt arbete enligt PDSA samt introduktion i relevant IT-system för beslutstöd. Syftet är att skapa ett systematiskt arbetssätt för genomförande, uppföljning och utvärdering gällande Akademiska sjukhusets kvalitetsindikatorer. Under nästa år fortsätter detta systematiska arbetssätt med tydligt fokus på att förbättra vårdkvaliteten för den enskilde patienten och ökat lärande och delaktighet hos den enskilde medarbetaren.

Under året har arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) fortsatt. Fokus har precis som tidigare år legat på att förbättra följsamheten till basala hygien- och klädregler. Genom det sjukhusgemensamma CRISS-arbetet (centrala infartsrelaterade infektioner ska



stoppas) har BOT haft en central roll i att se över och skriva rutiner för hantering av centrala venkatetrar samt utbilda superanvändare på hela sjukhuset. Arbetet har fortsatt under 2018 med subkutana venportar och PICC-line. På sektionen för HEM utfördes en kontroll av central infartsrelaterade infektioner under 4 månader (rapporteras i årsrapporten för HSCT-programmet). Verksamheten har tagit fram en strukturerad hantering av avvikelser där man fokuserat på systemfel för att förhindra upprepning. Ny mätning av infartsrelaterade infektioner planeras under 2019.



Vi har även arbetat med följsamhet till basala hygien- och klädregler (BHK) och har under året kunnat se en klar förbättring vad det gäller vår måluppfyllelse. I detta arbetet har vi utbildat fler hygienombud i PPM, genomfört riktade utbildningsinsatser med hjälp av bland annat vårdhygien och den operativa ledningen har även arbetat med tydligare uppföljning och återkoppling kring det egna resultatet.

Under året genomfördes den nationella patientenkäten (NPE) som är ett samlingsnamn för en undersökning som genomförs var annat år i hela landet sedan 2009. I denna undersökning får patienten möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Frågorna är indelade i dessa åtta dimensioner; helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet/involvering, respekt/bemötande, kontinuitet/koordinering, information/kunskap, tillgänglighet och levnadsvanor. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården, vara ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Patienter som vårdats på BOT har generellt goda till mycket goda erfarenheter av vården. Både svarsfrekvensen och upplevelsen av vården är högre jämfört med resultaten på riksnivå och på sjukhuset. Om vi jämför våra resultat från 2016 kan vi se ett sämre utfall i vissa dimensioner och det finns en del skillnader mellan våra sektioner och mellan sluten- och öppenvården. Levnadsvanor är den dimension där våra annars så fina resultat inte håller måttet och där vi som verksamhetsområde har en stor förbättringspotential. I slutenvården är helhetsintrycket på riks- och sjukhusnivå oförändrat mellan 2016 och 2018 medan intrycket av BOT försämrats något, delaktighet och involvering och även respekt och bemötande har dock förbättrats. Kontinuitet och koordinering är ett område där vi faller tillbaka och där vi kan förbättras. På öppenvården ser vi jämfört åren 2016 vs. 2018 ett bättre helhetsintryck, högre grad av delaktighet och involvering, bättre kontinuitet och samordning men något sämre upplevelse av tillgänglighet.

2018 har också varit ett år då vi arbetat extra intensivt med att förebygga trycksår hos våra patienter, vilket resulterat i ett gediget och kontinuerligt arbete på flera av våra avdelningar. En av framgångsfaktorerna har varit avstämningen i samband med den dagliga styrningen. I dessa återkommande möten har våra medarbetare tagit tid att diskutera hudbedömning, nödvändig lägesändring och eventuella behov av trycksårspåbyggande hjälpmedel. En annan framgångsfaktor är engagerade trycksårsansvariga på de olika enheterna, återkommande PPM med tydlig återkoppling kring resultat och på hospice infördes en ny rutin som syftar till flera återkommande avstämningar under arbetspasset ("timeout").

På sektionen Palliativt centrum (PC) arbetar det palliativa konsultteamet (PKT) med riktade utbildningsinsatser för att bredda kunskapen om behov och tillämpning av specialiserad palliativ vård. PKT genomför även ronder på flera avdelningar på sjukhuset för att fler patienter skall få chans att vårdas på rätt vårdnivå, dvs inom palliativ vård (allmän respektive specialiserad). Teamet har färdigställt en rondmall för deras deltagande vid ronder på sjukhuset som ska finnas som stöd för avdelningen. De har också, tillsammans med vårdutvecklingsavdelningen, påbörjat en omstart för nätverksträffar för palliativa ombud och med en pärm "verktygslåda" för avdelningar som sköter allmän palliativ vård.

På avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH) införde under våren 2018 Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) som är ett skattningsinstrument för bedömning av palliativa behov. Skattningsinstrumentet omfattar totalt 10 frågor som behandlar fysiska,

psykologiska, sociala och existentiella områden. Förutom frågor om vanligt förekommande symtom inkluderar det exempelvis frågor om närståendes oro, patientens informationsbehov och praktiska problem. Minst var tredje vecka svarar patienten på frågorna i skattningsinstrumentet och ansvarig sköterska går igenom frågorna med patienten och svaren antecknas i patientjournalen. Genom att använda IPOS är det lättare att fånga upp patientens psykologiska, sociala och existentiella behov och inte bara de fysiska symtomen.

## Patientsäkerhet

STRÅL har inarbetade rutiner för rapportering av avvikelser, händelseanalys och åtgärd samt utbildningsförslag som diskuteras inom hela avdelningen på månadsvisa strålrådsmöten. Utöver dessa finns förebyggande föreskrifter som rutingenomgång inför sällsynt förekommande procedurer som helkroppss eller hel CNS bestrålning. Nytt curriculum för randande ST-läkare är beskrivet enligt SoS och ESTRO guidelines och har införts under 2018. Inom sektionen för STRÅL har flertal sjuksköterskor rekryterats under 2018 och utbildning för dem pågår. Tillsammans med regelbunden strålutbildning för sjuksköterskor och ST-läkare på avdelningen säkerställs kompetensutvecklingen inom STRÅL hos yngre kolleger och därmed förbättra patientsäkerheten inom området. Strålbehandlingen har även genom Professionssteget utbildat flera handledare för det kliniska omvårdnadsarbetet. IGRT-gruppen (multiprofessionell) har under året tittat på olika bildtagningsmetoder för att anpassa till den nya maskinparken i ingång 100–101. Digital strålremiss har introducerats under året och fortsatt digitaliseringsarbete fortsätter. Gemensamma metodgenomgångar genomförs månatligen för sjuksköterskor, fysiker och läkare. Planering och förberedelse inför flytt till nya huset har skett genom utbildningar, riskanalyser och flödesbeskrivningar.

Inom sektionen för HEM diskuteras transplantationsrelaterade avvikelser med samarbetspartners inom ackrediteringen (sektionen för klinisk immunologi och transfusionsmedicin samt sektionen för blod- och tumörsjukdomar hos barn). Interna revisioner görs regelbundet och varje kvartal mäts transplantationsrelaterade kvalitetsmått och en årsrapport sammanställs och finns tillgänglig via webbsidan. Kvalitetssamordnaren på HEM ingår även i det sjukhusgemensamma rådet för patientsäkerhet och vårdkvalitet. HEM påbörjade även under 2018 ett pilotprojekt (första i Sverige) med målsättning, dokumentering och poängsättning av fortbildningsaktiviteter hos läkare.

På sektionerna för ONK/ONKEND/STRÅLEN finns en tvärprofessionell patientsäkerhetsgrupp som arbetar med åtgärder och uppföljning av avvikelser. Inträffade avvikelser presenteras och diskuteras på läkarmöten och arbetsplatsträffar.

## Kvalitetsregister

Samtliga hematologiska diagnoser rapporteras i INCA. Resultaten ligger inom genomsnittet för landet. Nationella registerhållare i fyra av dessa register är läkare på HEM. Transplantations- och donationsrelaterade resultat rapporteras till två internationella register för blod- och mörgrtransplantationsorganisationen (det europeiska, EBMT och det internationella, CIBMTR).

ONK deltar också i samtliga INCA-register för onkologiska sjukdomar och i palliativa registret.

All strålbehandling av barn rapporteras i RADTOX-registret. En betydande del av patienter med protonbehandling är registrerade inom ramen av Pro-CNS-studien. Under 2018 kommer ett register att etableras för samtliga patienter behandlade med protoner via AS på Skandionkliniken. Syftet är utvärdering av protonbehandling som ny behandlingsmodalitet med hänsyn till dess effekt, biverkningar och applicerade metoder.

På ONKEND finns ett eget register. Ett nationellt INCA-register för NET är nytt sedan 2017. Ett nytt INCA-register för läkemedel har införts där nya och dyra läkemedelsbehandlingar registreras.

Palliativt centrum arbetar med att förbättra värdet av vården för patient och närstående kontinuerligt, bl. a med Palliativregistrets närståendekät för att ytterligare samla information och jämföra våra resultat med närståendes upplevelse av vården. Täckningsgraden i kvalitetsregistret för Palliativt centrum är närmast 100 % vilket är förväntat inom den specialiserade palliativa vården. För våra kvalitetsindikatorer ”Efterlevandesamtal” når vi nästan alla närstående och för ”Information till närstående” når vi 9 av 10.

Registerarbete utförs också centralt på sektionen KFUE. Enheten stöttar sektionerna med registreringsarbetet framförallt vid arbetstoppar men stöttar även Uppsala universitet genom deltagande i deras forskningsprogram U-CAN. Syftet med programmet är att via en välutvecklad, bra uppdaterad biobank kunna utveckla metoder för att tidigare kunna ställa diagnos och individanpassa behandling för cancerpatienter.

## Övriga kvalitetshöjande åtgärder

Det påbörjade arbetet med att bli ackrediterade enligt den europeiska cancerorganisationen, OECE med målsättningen att uppnå Comprehensive Cancer Center-status fortsätter. Vi har under 2018 introducerat nya arbetssätt, ökat andelen patienter som vårdas polikliniskt och samtidigt skapat en bättre arbetsmiljö för att utveckla och behålla vår personal. En vårdavdelning på ONK konverteras till en poliklinisk dagvårdsavdelning där patienter idag vårdas med korta vårdtider över dagen.

Stort fokus under 2019 kommer naturligt att ligga på planering av flytt för verksamheten till ny byggnad, ingång 100/101 samt utveckling av nya arbetssätt. Där kommer STRÅL att öka sin användning av MR vid planering av strålbehandling och fortsätta utvecklingen av MR-Linacprojektet.

Cancervårdsakademien (ett kompetensutvecklingsprogram för sjuksköterskor inom cancervård) startades 2017 som en ökade satsningar på fortbildning, klinisk handledning och mentorskap för sjuksköterskor. Förra året blev Cancervårdsakademien en permanent del av vår verksamhet med fortsatt syfte att stärka kompetensen och kvaliteten inom framtidens cancervård. Under 2019 välkomnar vi tredje årskursen av sjuksköterskor som påbörjar vårt kompetensutvecklingsprogram. Som ett direkt resultat av Cancervårdsakademien påbörjar flera sjuksköterskor på BOT sin specialistutbildning inom cancer vården under 2019.

Under året initierar BOT samarbetet med Hotell von Kraemer för att där driva ett undersköterske-bemannat vårdnära hotell. Det vårdnära hotellet erbjuder boende för patienter som är i behov av stöd i förberedelse inför och efter kirurgi eller behandling och som inte behöver vara inlagda på vårdavdelning. Patienterna behandlas på sina respektive avdelningar/mottagningar och bedöms kunna klara ett självständigt boende. Hotellboende karaktäriseras av trygghet och hög kvalitet vad gäller service och miljö samt av driftseffektivitet. Det vårdnära hotellet kommer att serva ett flertal verksamhetsområden på Akademiska sjukhuset.

I mars 2018 påbörjades ett projekt för att starta en enhet för kliniska prövningar i tidig fas - FIM (First In Human) och Fas 1 inom verksamhetsområdet. Under året har ett gediget arbete med att planera, utforma styrande dokument, inventera vilken utrustning som behövs samt rekrytera personal för att kunna starta denna verksamhet. Denna enhet förväntas att tas i bruk när inflyttning sker i våra nya lokaler i ingång 100/101. Detta är ett mycket viktigt tillskott för vår kliniska forskningsverksamhet, då patienter får tillgång till terapi/läkemedel som är i tidig utveckling.

Ett stort antal SVF sjösattes redan under 2016 och nivåstrukturering för cancer anslutande till en nationell MDK (multidisciplinär konferens) har startats 2017. Gyn-onkologerna har utökat det regionala samarbetet och infört gemensamma MDK med Örebro (2/v). Förutom SVF finns det en annan patient- och närståendeinriktad resurs: ”En podd om cancer”. Det är en ljudpodd som riktar sig till personer som lever med cancer, som drabbad eller anhörig. Podden leds av en cancersjuksköterska och spelas in på Akademiska sjukhuset. Nya avsnitt finns tillgängligt var fjärde vecka. Här möts patienter och experter och delar med sig av sin erfarenhet och kunskap för att ge stöd, tips och råd. Hittills har 21 avsnitt publicerats.

<https://enpoddomcancer.se/cancerbaksmallan-sa-drabbade-den-emma-avsnitt-21/>

## Kirurgi

Uppdraget för verksamhetsområde kirurgi är mycket komplext. Det består av sju medicinska sektioner och samtliga har uppdrag med utomlänsvård.

**KÄRLKIRURGI** Endovaskulära inklusive thorakala aortaingrepp och carotistumörer.

**TRANSPLANTATIONSKIRURGI** Njur- och pankreas transplantationer inklusive ö-cellstransplantationer.

**ESOFAGUS-VENTRIKELKIRURGI** Esofagus- och ventrikeltumörkirurgi. Komplex överviktskirurgi (superobesa patienter med BMI >50 med reoperationer och andra komplicerade tillstånd, liksom ”second opinion”).

**ENDOKRINKIRURGI** Benign och malign binjurekirurgi. Operation av neuroendokrina pankreas- och tunntarmstumörer. Utredning och reoperation av persisterande hyperparathyroidism. Operation av avancerad sköldkörteltumör. Operation av intrathorakal struma. Mjältoperation vid hematologisk sjukdom. Endoskopiskt ultraljud av endokrina pankreastumörer.

**KOLOREKTALKIRURGI** Peritoneal carcinos (HIPEC) inom nationell nivåstrukturering, enterokutana fistlar, analinkontinens, sakralnervstimulering (SNS), reoperationer inom kolorektalkirurgi och IBD.

**LEVER- OCH PANKREASKIRURGI** Patienter med framförallt tumörsjukdomar i lever, gallvägar och pankreas utreds, opereras och vårdas inom sektionen. Cirka 85 % av dessa patienter är regionpatienter. Akademiska sjukhuset är ett av sex sjukhus i landet som utför lever- och pankreaskirurgi. Utöver detta elektiva regionuppdrag stödjer sektionen regionen med behandling av komplexa akuta sjukdomar inom området. Endoskopisk undersökning och/eller behandling av gall- eller pankreasgång, s.k. ERCP görs på många regionpatienter med ovanligare diagnoser. En betydande del av regionarbetet utgörs av regionala multidisciplinära konferenser för patienter med tumörsjukdom i lever, gallvägar och pankreas.

**AKUT TRAUMAKIRURGI** Svårt multitrauma, isolerade lever och/eller pankreas-skador, svåra pankreatiter, blödningstillstånd i tarmen där intervention kan behövas.

## Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete 2018

Verksamhetsområde kirurgi har tre övergripande mål. Dels att arbeta med förbättrad kvalitet och patientsäkerhet, samt att behålla god tillgänglighet. Dels att fortsätta utveckla de standardiserade värdförloppen (SVF) och att korta väntetiderna till operation för samtliga patientgrupper och sist men inte minst att sätta patienten i centrum.

Kontinuerligt utförs arbete med DocPlus, utbildning av nya chefer och nyckelpersoner i systemet, uppdatering, rensning och sammanslagning av dokument. Nya dokument skapas när behov identifieras. Arbete pågår med att koppla ihop standardvårdplaner med dokument. Kvalitets och patientsäkerhetssamordnare har strukturerade träffar två gånger per termin med ombud inom hygien, smärta, nutrition, palliation, trycksår och dokumentation med syfte att leda, strukturerar och utveckla omvårdnaden. Gruppcheferna har fått ansvar för omvårdnadskvalitetsfrågorna inom enheterna och träffar två gånger i månaden kvalitets och patientsäkerhetssamordnaren för att utveckla och samordna arbetet med vårdkvalitetsfrågorna.

SPIK-gruppen (specialistsjuksköterska i kirurgi) arbetar aktivt med vårdkvalitet och patientsäkerhet utifrån olika omvårdnadsområden och gruppen samverkar och arbetar verksamhetsövergripande. Vårdavdelningarna har under året arbetat utifrån årshjulet och dess olika omvårdnadsområden knutet till gröna korset. I paketet ingår teoriutbildning till medarbetarna, daglig kontroll till följsamhet kring specifika frågeställningar som sedan har visualiserats på det gröna korset.

Arbete kring avvikelser och Medcontrol har fortsatt och återföring av föregående års avvikelser till alla medarbetare har skett. För läkargruppen gavs en utökad återkoppling med information om LÖF. Utbildning ges till alla medarbetar, inklusive nya, avseende avvikelshantering och avvikelshanteringssystemet Medcontrol. Obligatoriska utbildningar, som medarbetarna utifrån yrkeskategori ska genomgå inom verksamhetsområdet, har fastställts.

Projektet ”trycksår i realtid” har lett till ökat fokus på trycksår och trycksårsförebyggande arbete. Genomförda prevalensmätningar analyseras och handlingsplaner skrivs med åtgärder som införs i verksamheten. Detta arbete görs gemensamt av chefer, ombud och kvalitets och patientsäkerhetssamordnare. Ett gemensamt introduktionsprogram på för nyanställda sjuksköterskor inom verksamhetsområdet har tagits fram.

## Specialitetsråd och andra samarbeten inom regionen

Specialitetsrådet kirurgi, där verksamhetschefen deltar, har sammanträtt vid ett tillfälle. Under hösten 2018 genomfördes en andra regiondag för sjuksköterskor inom kirurgi.

**ESOFAGUS- OCH VENTRIKELKIRURGI:** Samarbete kring behandling av patienter med esofagus- och ventrikelcancer via regionala multidisciplinära konferenser, som kliniken leder, samt nätverket för kontaktsjuksköterskorna. Samarbete kring komplicerad överviktskirurgi via nationellt möte, samt direktkontakt vid behov. Återkommande regiondagar för både läkare och sjuksköterskor inom övre abdominell kirurgi. Verksamheten driver en nationell treårig kurs för nyblivna ÖAK-specialister. Lever- och pankreaskirurgi: Ett omfattande regionalt samarbete bedrivs via RCC:s organisation med vårdprocessledare för lever- och pankreascancer. Processmöten hålls varje termin och utöver detta ordnas s.k. dialogmöten med alla sjukhus i regionen varje år. Gemensamma rutiner och handlägningsplaner utifrån nationella vårdprogram utarbetas i samband med dessa möten. Dessutom hålls varje år ett större regionmöte med såväl uppdatering av samarbetsrutiner som vetenskapliga presentationer. Bröst- och endokrinkirurgi: Årliga regionala möten avseende neuroendokrina tumörer tillsammans med onkologisk endokrinologi. Aktivt samarbete via RCC inom regionen inkluderande kirurgi- och ÖNH-kliniker avseende sköldkörtelcancer. Ett regionalt MDK sköldkörtelcancer med Akademiska sjukhuset som nav har startats. Regelbundna regionala möten avseende bröstcancervården kirurgiskt och onkologisk bedrivs. Transplan-

tationskirurgi: Verksamheten deltar årligen på svenska transplantationsföreningens möten, som senast anordnades i Uppsala. Starkt samarbete med bedrivs med patientföreningar, t.ex. med diabetesföreningen. Transplantationskirurger har regelbundna mottagningar i regionen s.k. TRÖV resor. Från i med år finns ett utökad samarbete med hudkliniken angående hudtumörer hos transplanterade patienter. Kolorektalkirurgi: Årliga regiondagar inom kolorektalkirurgi anordnas i Uppsala. Dagar för sjuksköterskor inom kolorektalkirurgi sker i Uppsala. Distansutbildning för specialister har givits i kolorektalkirurgi. Utbildningen började som regional utbildning, men har nu utvidgats att bli nationell kurs. Kärllkirurgi: Distansutbildning för specialister har givits i kärllkirurgi sedan lång tid. Multitraumagrupper: Arbetsgruppen för Värdebaserad vård för Trauma fortsätter med sitt arbete. VO kirurgi har sänt kirurger från hela regionen till USA för traumaträning. Utöver de ovannämnda har vi gemensamma ST-utbildningsdagar med regionen.

## Kvalitetsregister

### Esofagus – och ventrikelkirurgi

- Scandinavian Obesity Surgery Register (SOReg), nationellt kvalitetsregister för överviktskirurgi.
- Nationellt register för esofagus och ventrikelcancer (NREV).

### Kärllkirurgi

- Swedevasc.

### Kolorektalkirurgi

- Nationellt register för Inflammatorisk tarmsjukdom.
- Nationellt kvalitetsregister för kolorektal cancer.

### Transplantationskirurgi

- Svenskt NjurRegister.
- Transplantationsregistret.

### Lever – galla – och pankreaskirurgi

- SweLiv. Kvalitetsregister för cancer i lever, gallblåsa och gallvägar. Patienter med tumörsjukdomar i lever och gallvägar registreras sedan 2009 i detta register.
- Nationellt register för cancer i pankreas och periampullärt. Ingår patienter med pankreastumörer sedan 2010.
- GallRiks. Patienter som genomgår ERCP och benigna galloperationer.

### Endokrin – och bröstkirurgi

- Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer och bröstrekonstruktion,
- Nationellt kvalitetsregisters för sköldkörtelcancer.
- Nationellt kvalitetsregister neuroendokrina buktumörer,
- Nationellt kvalitetsregister bukspottkörtelcancer.
- Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery (SQRTPA). Avseende patientsäkerhet har vi lika bra resultat som övriga sjukhus i landet. När det gäller effektivitetsmått har vi klart kortare operationstider för endokrinkirurgiska ingrepp jmf med genomsnittliga nationella data.

### Multitrauma

- Svenska Traumaregistret (SweTrau)

## Vision- och strategiarbetet för 2019.

Verksamhetsområde kirurgi satsar för att behålla och utveckla ledande ställning nationellt inom våra medicinska sektioner. Vi arbetar för förbättrad kvalitet, tillgänglighet och stärkt patientsäkerhet med förbättrade ledtider för patienter med allvarliga tillstånd. Vi utvecklar personcentrerad vård. Vårt mål genom FoUU gruppen stärka både klinisk och omvårdnadsforskning och fortsätta med stor aktivitet inom våra forskningsområden. Väsentligt för oss är fördjupat samarbete med vår region och även andra regioner. Inom kärllkirurgi arbetar vi för aortacentrum. Vi har startad behandling av patienter med claudicatio som har varit nedlagt på Akademiska sjukhuset i många år. Vi fortsätter med arbete för nationella centra för peritonealcarcinomatos (HIPEC). Regionalt centra för transplantationskirurgi skall finnas kvar. För lever-pankreas-sektionen finns en tydlig målsättning att fullfölja regionens uppdrag att erbjuda högspecialiserad vård inom området. Detta har inneburit att ytterligare resursförstärkningar har tillskapats inom ett flertal steg i vårdkedjan.

Bröst- och endokrinkirurgi satsar ytterligare på att förstärka och kvalitetssäkra den onkoplastiska bröstcancerkirurgin. Vi har öppnat en kirurgisk utvecklingsavdelning. Avdelningen ska leda utveckling inom sitt område och har till uppgift att överföra ny kunskap och arbetssätt till andra avdelningar. Målet är att ha en attraktiv arbetsplats som ska testa nya idéer och implementera nya arbetssätt. Medicinskt riktar avdelningen sig till kolorektalpatienter som vårdas enligt ERAS ("Enhanced Recovery After Surgery") konceptet.

Esofagus och ventrikeltumor var ett av sjukhusets pilotprojekt inom värdebaserad vård. Efter sedvanligt multiprofessionellt processarbete med patientrepresentant har vi utvecklats till en välfungerande enhet med kontinuerlig mätning av våra sju utvalda variabler. VBV har också lett till en egen MDK samt en nystartad multiprofessionell mottagning (patient träffar kirurg, onkolog och kontaktsjuksköterskor under samma besök). Vi önskar starta ett arbete med VBV inom överviktskirurgi, ca 250–300 patienter/år.

För patienter med tumörsjukdomar i lever, gallvägar och pankreas finns sedan flera år välfungerande multidisciplinära vårdkedjor med patienten i centrum. Många olika specialiteter (kirurgi, hepatologi, onkologi, radiologi och anestesi) samverkar för att erbjuda den enskilda patienten bästa möjliga vård. Forum för vårdkedjediskussioner och utvecklingsarbete är bl. a. s.k. processmöten. Patientrepresentant finns för utarbetande av t ex vårdprogram.

Bröst och endokrinsektionen förstärks aktivt samarbete med bröstcancerföreningen som deltar i, och ibland även anordnar, de terminsvisa så kallade ABC-möten där alla inom landstinget som arbetar med bröstcancerpatienter deltar. Lokal patientmedverkan i dialogmöten RCC sköldkörtelcancer. Patientprocesser för värdebaserad vård för rektal och koloncancer finns. Arbetsgruppen för Värdebaserad vård för Trauma har funnits nu i ett år och fortsätter med sitt arbete.

## Neurokirurgi

Verksamheten utför idag ca 2200 neurokirurgiska operationer och behandlar ca 200–300 traumatiska skallskador på neurointensivvårdsavdelningen (NIVA) varje år. Utomlänsvården utgörs till största delen av högspecialiserad bedömning och operativ verksamhet inom områden såsom tumörer, cerebrovasculära tillstånd, funktionell neurokirurgi, degenerativ ryggkirurgi, kraniocervikala missbildningar, hydrocephalus, smärttillstånd, skall- och ryggt trauma samt perifera nervskador.

Neurointensivvården har en central roll och funktion för hela verksamhetsområdet och vårdar mestadels utomlänspatienter. På NIVA vårdas patienter med traumatisk hjärnskada, samt övriga patientgrupper inom neurokirurgi och neurologi som behöver neurointensivvård. Vi har under 2018 anslutit NIVA till Svenska Intensivvårdsregistret (SIR), som kommer att ge oss möjlighet att utveckla vårt nationella kvalitetsarbete med dessa patienter.

Våra fokusområden för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har under 2018 varit:

- Strokevården med fokus på direktinläggning till strokeenhet och registrering av sväljbedömning samt rehabiliteringsplanen hos strokepatienter.
- Minska antalet strykningar inom den neurokirurgiska operationsverksamheten.
- Införandet av kortare utredningsflöden för samutredningar inom neurologi och neurokirurgi.

Inom strokevården finns tydlig evidens för att de patienter som läggs direkt på strokeenhet har minskad sjuklighet. I de nationella riktlinjerna har denna åtgärd prioritet 1; och Riks-strokes mål nivå ligger på >90%. Stor satsning har genomförts under 2018 för att åstadkomma detta. De specifika åtgärderna innebär: en specifik platskoordinator på strokeavdelningen, informationskampanjer ute på sjukhuset, samt vigda platser för de patienter som insjuknar med akut stroke.

Under 2018 fortsätter arbetet med att effektivisera och stärka Rädda Hjärnan spåret både lokalt och regionalt. Målet har varit att förbättra den regionala vårdkedjan och förkorta ledtider. Särskilt fokus har lagts på att öka servicegraden mot regionen samt att stärka kommunikation och samarbete med röntgensektionen neurointervention.

Arbete med att minska antalet strykningar inom den neurokirurgiska operationsverksamheten pågår ständigt. Ytterligare förstärkning av detta arbete har initierats av AnOpIVA och innebär att flödet akut och elektiv kirurgi ska separeras i mesta möjliga mån. Detta arbetssätt ska resultera i att antalet elektiva patienter som behöver få sin operation struken eller flyttad ska minska. Verksamhetens mål är att minsta möjliga antal patienter skall få sin operationstid förändrad. Detaljerade strykningsdata analyseras tvärprofessionellt varje vecka och förbättringar initieras utifrån analysen. Inom den barnneurokirurgiska verksamheten finns en noll-vision för struken eller flyttad operation.

Införandet av kortare flöden inom patientgrupper som utreds av både neurokirurgi och neurologi innebär bl.a. att vissa patienter som genomgår utredning kan vistas på hotell och under den tiden få större delen av sin utredning genomförd. Detta minskar behovet av flera resor till Akademiska sjukhuset för regionpatienter samt lägre sammantagna kostnader för regionen. En exempeldiagnos är normaltryckshydrocephalus som utreds för shuntbehov (NPH). En koordinator arbetar nu med att stärka processen mellan neurologi och neurokirurgi för att underlätta för patienterna som utreds av båda sektioner.

Standardiserat vårdförlopp har införts för patienter med hjärntumör och arbetet fortgår med att öka antalet patienter som inkluderas. Särskilt fokus läggs på att förbättra pre- och postoperativ information till patient och anhöriga. Syftet är att cancerpatienter ska få en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet de söker vård.

Punktprevalensmätningar för vårdrelaterade infektioner, trycksår, nutrition, smärta samt kontroll och mätningar för basala hygien-och klädregler utförs regelbundet, och utbildningar genomförs på området för att öka kunskap och förståelse för vikten av att efterleva reglerna.

## Nationella kvalitetsregister

Nationella register innehåller kvalitetsindikatorer kring grundsjukdomen samt vissa kvalitetsmått förknippade med kirurgi, såsom korttidsöverlevnad, långtidsöverlevnad, operationstyp, lesionstyp, komplikation efter kirurgi, anfallsfrihet (EP-kirurgi), recidiv efter kirurgi (tumörer), kvarvarande symptom efter kirurgi, regionala skillnader i operationsmetod samt övrig behandling. Flera register publiceras nationellt men gör ingen aktiv jämförelse mellan



specifika klinikers resultat. Akademiska sjukhusets neurokirurgiska klinik är en av landets största och har stora kirurgiska material inom de flesta subgrupper. På alla områden har verksamheten god mätbar kvalitet. Vårt mål är att alla patienter som opereras inom verksamheten ska registreras i ett kvalitetsregister.

Neurokirurgiska kliniker i Sverige har idag ingen gemensam plattform eller nätverk där register regelbundet redovisas eller jämförs. Detta är en fråga som svensk Neurokirurgisk förening jobbar aktivt med att försöka säkerställa. Om man önskar en mer detaljerad redovisning av ett specifikt register får kontakt tas med verksamheten.

Epilepsikirurgiregistret, >90% täckningsgrad, 5, 10, 15-årsuppföljning (redovisar inte regionala skillnader i resultat mellan kliniker). Hydrocephalusregistret, >90% täckningsgrad. Nationellt kvalitetsregister Hypofystumörer, se Nationella kvalitetsregister. Hjärntumörer barn, (del av barntumörregistret), >90% täckningsgrad. Myelomenigeocoele registret. Strokeregister barn, >90% täckningsgrad. Riksstroke, >90% täckningsgrad.

Resultat ur Riksstrokeregistret 2018 visar en klar förbättring i mediantid för alla på 33 minuter till trombolys (42 minuter under 2017). Uppdelat på kön ses också en förbättring då skillnader mellan kvinnor och män utjämnas alltmer; mediantid för kvinnor på 36 minuter (58 minuter under 2017), jämfört med män som ligger på 33 minuter (40 minuter under 2017).

Regionalt kvalitetsregister: Hjärntumörer, >90% täckningsgrad

Lokala register Uppsala: Skallskaderegistret Neurointensiven, >95% täckningsgrad, 24-timmars kontinuerlig övervakning och monitorering av patienter med traumatisk hjärnskada. Alla skallskador som vårdas på NIVA inkluderas i TBI-registret. Där registreras exempelvis olycksorsak, neurologiskt status vid inskrivning och utskrivning, vissa neurointensivvårdsrelaterade uppgifter samt en uppföljning med neurologisk skattning 6 månader efter olyckan. Där kan behandlingsresultaten följas, studeras, och kvalitetssäkras löpande. SAH (Subarachnoidalblödning) register Neurointensiven, >95% täckningsgrad. Acusticus neurinom register lokalt i Uppsala

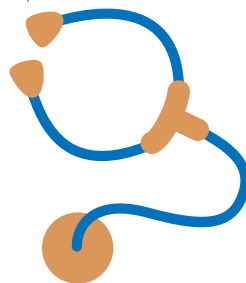
I enlighet med mål och visionsarbetet så arbetar hela verksamhetsområdet under 2018 med följande fokusområden:

- att minska antalet strukna eller flyttade operationer inom neurokirurgi
- att öka tillgänglighet för patienter till neurokirurgi.
- att förbättra pre- och postoperativ information till patient och anhöriga.
- att förbättra kvalitetsindikationer inom strokevården.

Under 2018 rapporterades en allvarlig vårdskada, som rör rutiner i anslutning till det operativa ingreppet. En anmälan gjordes enligt lex Maria och 14 händelser anmäldes till Patientnämnden (PaN). Till Patientförsäkringen (LÖF) lämnades 7 ärenden. Övriga enskilda ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) var 6 stycken.

Inom plattformen Jämlik hälso- och sjukvård har verksamheten fokuserat att utjämna skillnader mellan män och kvinnor i akut omhändertagande (trombolys) vid stroke. Skillnaden är nu mycket liten (3 minuter) från att ha varit betydande (20 minuter).

Totalt väntar f.n. ca 300 patienter på neurokirurgisk åtgärd. Antal som väntat i 90 dagar eller kortare är ca 192 patienter. Tillgängligheten till kirurgi är ca 64 % enligt vårdgarantin och för neurokirurgisk mottagningsverksamhet är målpuffyllelsen 93 %.



## Plastikkirurgi och käkkirurgi, brännskadevård

### Plastikkirurgi

Utför rekonstruktioner av kongenitala och förvärvade vävnadsdefekter inom huvud-halsområdet, bålen och extremiteter. Några diagnosgrupper är kraniofaciala missbildningar, läpp-käk-gomspalt (LKG), bröstrekonstruktioner, huvud-halstumörer, ansikts- och skalltrauma, skallbastumörer, ansiktsförlamning, hudtumörer och avancerade sår. Svåra brännskador och viss kraniofacialkirurgi är rikssjukvård som från 1 juli 2018, efter ändring i hälso- och sjukvårdslagen, formellt övergick i nationell högspecialiserad vård.

### Käkkirurgi

Fokalutredningar av huvudhalscancer som kräver strålbehandling, av hematologiska maligniteter, inför organtransplantationer samt inför större hjärtkirurgi. Ortodonti på LKG-patienter ingår också i utomlänsvården, liksom ansiktstrauma och rekonstruktion vid huvudhalscancer samt några fall av second opinion.

Verksamheten är certifierad enligt ISO 9001 och, som första kirurgiska verksamhet, enligt SS-EN 15224 sedan juni 2016. Uppföljningsrevision genomfördes av utomstående certifieringsorgan i februari 2018, med mycket gott resultat. Certifieringen innebär en tydlighet och transparens i styrning och uppföljning av vår verksamhet med fokus på kvalitetsvariabler, vilket gynnar såväl våra kunder som våra medarbetare.

Brännskadecentrum är sedan oktober 2017 verifierat enligt European Burns Association (EBA). Vården av svåra brännskador och andra allvarliga hudförluster av medicinsk orsak (t.ex. TEN) vid Brännskadecentrum följer riktlinjerna i framtaget Brännskadekompendium.

Kranioverksamheten är sedan september 2018 verifierad enligt ERN (European Reference Networks).

Under 2018 har processkartläggningar tydliggjort mål, utfallsmått, processindikatorer, risker m.m. inom ett flertal patientgrupper. Totalt elva patientprocesser är nu kartlagda och dokumenterade i DocPlus. Arbetet ger en stabilitet och trygghet för våra medarbetare i våra arbetssätt men också en tydlighet mot patient vad gäller vårdplanering och resultat. Under året genomfördes strukturerad uppföljning, s.k. ledningens genomgång, för processen inom ett av våra rikssjukvårdsområden, viss kraniofacial kirurgi, samt för processerna allmän plastikkirurgi och mikrokirurgi. Ledningens genomgång genomförs för hela verksamhetsområdet i samband med tertial- och årsbokslut. Ett flertal kvalitetsparametrar såsom utfall, avvikelser, risker, resurser m.fl. belyses och utgör grunden för fortsatt planering. Arbetssättet innebär en proaktiv ledning av verksamheten utifrån våra resultat samt ger färre avvikelser och högre patientsäkerhet.

Inom ramen för målet ”Förbättrad kvalitet och tillgänglighet genom att öka feedback till medarbetare och patienter” har vi infört verktyg för produktionsplanering enligt AS riktlinjer, sedan 2017 används verktyget Clavien-Dindo för komplikationsregistrering i slutenvård. Resultaten från verksamheten är tillgängliga för medarbetarna genom nyhetsbrev. Ambitionen är att de även ska publiceras på verksamhetsområdets externa webbsida.

Vid verksamhetsområdet finns en kvalitetsledningsgrupp bestående av kvalitetsansvarig, en kvalitetssamordnare från varje enhet samt från läkargruppen. Gruppen leds av den kvalitetsansvariga och har regelbundna möten för avstämning och samverkan runt olika frågor. Kvalitetssamordnarna leder arbetet vid respektive enhet. Kvalitetsansvarig är medlem i ledningsgruppen och är sjukhusets kontaktperson i vårdkvalitetsfrågor, för vilka en separat arbetsgrupp är verksam. Kvalitet och patientsäkerhet är intimt sammanbundna frågor som

utgör grunden för en patientsäker verksamhet med patienten i fokus. En patientsäkerhetsgrupp bestående av en patientsäkerhetssamordnare från varje enhet. Gruppens arbete leds av kvalitetsansvarig vid verksamheten. Adjungerad till gruppen är hälsoinformatiker och läkare vid behov. Patientsäkerhetsgruppen har under året utfört ett systematiskt arbete för att verksamhetsövergripande analysera patientavvikelser.

Verksamheten har under året tagit fram en handlingsplan för patientsäkerhet, som fastställdes under tredje tertialen 2018. Hänsyn har tagits till den sjukhusövergripande handlingsplanen för minskad andel VRI relaterat till verksamhetens behov och utmaningar. Verksamheten har under året följt sjukhusövergripande riktlinjer för att minska andelen sjukhusförvärvade trycksår med gott resultat.

Plastik- och käkkirurgi saknar specialitetsråd. På nationell nivå finns utbildningskommittén inom specialistföreningen. Chefsöverläkarna inom plastikkirurgi på universitetssjukhusen träffas en gång per år. Förutom att rapportera produktionsvolym och forskningsaktivitet diskuteras till exempel medicinsk prioritering och utvecklingsprojekt.

På nationell nivå har käkkirurgerna ett samarbete med kollegor från de större käkkirurgiska klinikerna vid universitetssjukhusen. De träffas två gånger om året och avhandlar aktuella problem och nyheter kring käkrekonstruktion. LKG-läkare från verksamheten håller regelbundet mottagning på sjukhuset i Örebro.

Varje vecka har mikrokirurgerna s.k. onkoplastikrond via videokonferens där kollegor i regionen ibland deltar. En facialisparesdag anordnades i december.

Brännskadecentrum har anordnat två remittentmöten. Varje vecka har brännskadeläkarna uppföljningsmöte via telefon, ibland vid videokonferens, med inremitterande.

Verksamhetsområdet står för en fortsatt stor del av specialistutbildningen inom landet för respektive specialitet. I tillägg bidrar kliniken till fortbildning för läkare och tandläkare under utbildning inom andra specialiteter. Under 2018 fortbildades fyra ST-läkare med annan specialitet från regionen vid plastikkirurgen, därtill två personer från övriga landet för specifik fortbildning inom brännskadevård. ST-utbildning i plastikkirurgi för personer med förankring i regionen etablerades under 2015 och under 2018 har tre personer genomgått denna utbildning.

Vidare utbildas fyra ST-tandläkare i käkkirurgi på käkkirurgiska kliniken, där tre av dem även genomgår läkarprogrammet, och en ST-tandläkare i radiologi.

Nedan listas några av verksamhetens viktigaste kvalitetsregister inklusive kommentarer:

## Nationella LKG-registret

Har uppgraderats till certifieringsnivå 2. Första rapport med öppna jämförelser av aktiviteter under 2017 publicerad 2018. Patientvolym visar att verksamheten stadigt hör till en av landets fyra största LKG-verksamheter och ligger sammanvägt bra till i jämförelser av olika kvalitetsparametrar. Registret beskrivs i vetenskaplig publikation.

Kvalitetsregister för den kraniofaciala rikssjukvården

- Kraftig ökning av remittering och operationsvolym.
- Mycket hög patientsäkerhet och väl etablerade rutiner i det peroperativa omhändertagandet enligt flertalet indikatorer.
- 0 % allvarliga komplikationer kirurgi.



## TRACS/National Burn Repository

Internationellt kvalitetsregister för brännskador innehållandes >200 000 patienter. Ger benchmarking mot framför allt amerikanska förhållanden (majoriteten av rapporterade patienter är från USA). Visar att enheten håller en adekvat nivå gällande kvalitetsvariabler som vårdtid och mortalitet.

## Kvalitetsregister för rikssjukvården svåra brännskador

En stor mängd kvalitetsparametrar har matats in för patienter vårdade från och med 2010, när rikssjukvården infördes.

## Kvalitetsregister för mikrokirurgi

Samtliga bröstimplantat (in- eller utopererade) registreras i nationella bröstimplantatregistret (BRIMP). Lokalt kvalitetsregister påbörjat för bröstrekonstruktioner, lambåer vid extremitetstrauma, head and neck och facialispareas. Arbete pågår för ett nationellt register för lambårekonstruktioner.

## SIR (Svenskt IntensivvårdsRegister)

Export av data till SIR startade mars 2014. Genererar kvalitetsresultat/mått på intensivvårdsvariabler, såsom ventilatortid, vårdrelaterade infektioner och SOFA-score. Efter bearbetning har vi stor nytta av registret för benchmarking mot andra intensivvårdsenheter i landet.

## Palliativa registret

Än så länge litet antal rapporterade patienter från brännskadecentrum.

## BRIMP (Bröstimplantatregistret)

BRIMP är ett nationellt register som avser registrera samtliga patienter som erhåller bröstimplantat både i rekonstruktionssyfte men också för de som genomgår augmentation inom privatregi. Vi registrerar sedan 2015 samtliga bröstimplantat som sätts in eller tas ut på patienter vid vår klinik. Det finns möjlighet att eftersöka data för respektive verksamhet men detta har inte gjorts ännu.

## Ortognat kirurgi

Kvalitetsregister i ortognat kirurgi har startats under 2017 med målet att bli nationellt. Käkkirurgen är en av de anslutna klinikerna.

## SweBREC

DIEP-rekonstruktioner och 30-dagars komplikationer registreras på nationell nivå. Påbörjades i september 2017.

## Visions- och strategiarbetet för 2019.

Kvalitet är kontinuerligt ett viktigt satsningsområde för att bibehålla och ständigt utveckla en god vård med hög patientsäkerhet och kvalitet. Verksamheten hanterar utmaningar såsom personalbrist och vårdplatsbris och då är vårt arbetssätt med kvalitetsledning av väsentlig betydelse. Som första vårdenhet inom Akademiska och första kirurgiska verksamhet i landet är vi sedan 2016 certifierade enligt standarden ISO 9001 och EN-SS-15224. I februari 2018 genomfördes certifieringsrevision enligt de senast uppdaterade versionerna av de båda standarderna. I mars 2019 sker en omcertifieringsrevision av de båda standarderna. Ledning utefter resultatdata från olika vårdssystem, i samverkan med vårdflödeskoordinering säkerställer fortsatt hög kvalitet och ger möjlighet till att bättre uppnå ett effektivt utnyttjande av våra resurser.

Registrering av kirurgiska komplikationer i slutenvård enligt ett internationellt system, Clavien-Dindo, sker direkt i den elektroniska patientjournalen sedan 2017.

Inom forskning och innovation har verksamheten ett uttalat mål att utveckla vården med ny evidens. Fruktbart samarbete bedrivs med såväl olika institutioner inom universitetet som internationella företag verksamma inom life science.

Vårt patient/remittentfokus kommer till uttryck i mål om ökad tillgänglighet för operation, reviderade websidor, definierade utfallsmått samt patient- och remittentenkäter. All patientinformation genomgår förnärvarande revision för att finnas tillgänglig i elektronisk form, i enlighet med ett sjukhusövergripande upplägg.

På det ekonomiska området satsar vi på vårduppdrag och ekonomi i balans. Vi fortsätter arbetet med att stärka produktionsplaneringen och optimera resursanvändningen. Som ett led i detta inrättades 1 april 2018 en egen vårdavdelning för vård av plastikkirurgiska och käkkirurgiska patienter. Remiss och fakturering av sjukvård/tandvård infördes under 2018.

Vid verksamheten drivs rikssjukvård för svåra brännskador och för viss kraniofacial kirurgi, som sedan 1 juli 2018 har övergått i nationell högspecialiserad vård. Verksamheten bedriver också sjukvård enligt standardiserat vårdförlopp för malignt melanom som inkluderar multidisciplinära ronder vilka utgör en god grund för värdebaserad vård. Behovet av ett kontinuerligt förbättringsarbete med utgångspunkt i värdeskapande åtgärder för patienterna är grundläggande vid vår certifierade verksamhet och stöds av konceptet värdebaserad vård. Inom ramen för vår certifiering och värdebaserad vård har processkartor, nya arbetssätt och rutiner samt informationsmaterial tagits fram för dessa patientprocesser. Patientmedverkan i vården sker kontinuerligt i det dagliga arbetet genom dialog och involvering av patienten. Patientens upplevelse av vården följs systematiskt genom enkäter.

Patientprocesserna utgör vår kärnverksamhet och stort fokus läggs vid dem inom ramen för vårt kvalitetsledningsarbete. Verksamheten har under 2019 stort fokus på arbete med den nivåstrukturerad som pågår inom svensk hälso- och sjukvård.

## Specialmedicin, hud och reumatologi

Verksamhetsområdet innefattar gastroenterologi, nefrologi, reumatologi, hudsjukdomar, samt diabetes (Center of Excellence) och endokrinologi.

Inom slutenvården görs levertransplantationsutredningar. Svårt leversjuka behandlas med avancerad interventionsradiologi (TIPS) vid ascites och blödande esofagusvaricer. Idag görs ca 50 TIPS per år. Vi har även tagit över levercancerpatienter, som får s.k. TACE behandling mot hepatocellulär cancer (HCC). Hypofyssidjukdomar, företrädesvis tumörer, utreds och följs upp efter operation. Vi genomför utredning av hormonproducerande tumörer. Till verksamhetsområdet hör ovanliga ärftliga metabola sjukdomar, inflammatoriska systemsjukdomar och systemiska vaskuliter, oklara/odiagnostiserade inflammatoriska utrednings-

patienter och uttalad, framför allt sekundär, osteoporos och kalcium- och fosfatrubbingar. Vi har åter startat ett team för patienter med systemisk scleros. Extrakorporeal aferesbehandling (plasmaferes, immunkolonnbehandling) ges för att avlägsna antikroppar vid svåra inflammationssjukdomar som kan drabba njurar, men även flera andra organ. Kolonnbehandling utförs även för att möjliggöra ABO-inkompatibel njurtransplantation. Både vid akut och kronisk njursvikt hos barn ges pådialys- och hemodialysbehandling. Vi deltar i sjukhusets Oslergrupp och bidrar med specifik kunskap. SVF-melanompatienter och diabetesvärden ingår i sjukhusets utveckling av värdebaserad vård och inom ramen för detta optimeras användningen av resurser kontinuerligt för att stärka den patientcentrerade vården. Utredning, initiering av behandling och uppföljning första året av patienter med könsdysfori. Komplikationer efter överviktskirurgi omhändertas också inom verksamheten, samt familjär hyperlipidemi. På i stort sett alla mottagningar har sjuksköterskor egna mottagningar.

Majoriteten av klinikkens patientgrupper följs regelmässigt upp i olika nationella kvalitetsregister. Som exempel kan nämnas kvalitetsregister inom gastro/hepatologin för alla som behandlas med TIPS, ett IBD register (SWIBREG) och ett levercirrosregister. Kvalitetsregister inom diabetes (NDR), ärftliga, ovanliga metabola sjukdomar (RMMS), Addisons sjukdom, hypofyosumörer (nationellt samordnat från Uppsala), kvalitetsregistret SRQ som är ett reumatologregister, nationella SNR (Svenskt Njurregister), samt aferesregistret. Resultaten i de nationella registren granskas för att jämföra och utveckla vården lokalt och för att säkra kvalitet och säkerhet. För hela regionen görs fördjupad analys i SRQ kvartalsvis med uttag av förutbestämda variabler; t.ex. antal, HAQ vid start. Journalgenomgångar görs för att uppdatera TIPS-registret och validera våra utfall före- under och efter ingreppen. Aktiv forskning inom dessa områden bedrivs tillsammans med ständig uppdatering av kliniska riktlinjer i enlighet med aktuell evidens.

Verksamhetsområdets kvalitetssamordnare har ett övergripande ansvar för att leda och strukturera patientsäkerhetsarbetet. Kvalitetsarbete bedrivs inom området levnadsvanor med riskbedömningar och föreslag till åtgärder, arbete för att förbättra resultat inom området trycksår, förbättra resultat inom område nutrition, aktivt använda resultat av Infektionsverket där målsättningen är att presentera statistik regelbundet för läkargrupperna. Det ger bra möjligheter att vidta åtgärder när det gäller VRI och antibiotikaförskrivning.

Fokus under 2019 kommer att vara CDK infektioner hos dialyspatienter. Vi kommer också att fokusera på hygienmätningar inom alla sektioner där vi ska ha särskilda hygienveckor för att belysa vikten av följsamhet.

Vi arbetar också aktivt med verksamheternas avvikelser i Medcontrol genom snabba utredningar, återkoppling på APT samt i chefs/ledningsgrupperna. Resultatet av våra medcontrolärenden har lett till personalutbildning som ett steg för att förbättra patientsäkerheten. Vi har presenterat resultaten från den nationella patientenkäten och gjort handlingsplaner för några viktiga frågor inom varje område. Tyngden ligger på patientdelaktighet och vikten av rätt information samt vårdplanering. Vi har genomfört journalgranskning i samband med mätning av VRI på sjukhuset. Enheterna genomför regelbundna hygienronder tillsammans med vårdhygien samt egenkontroller som utförs tillsammans med hygienombuden. Resultatet utmynnar i handlingsplaner, där de olika grupperna aktivt arbetar med åtgärderna. Riskbedömningar och förebyggande av trycksår och undernäring är särskilt uppmärksammat inom slutenvården där vi startat med rondmallar för att tydliggöra de två områdena. Vi har också planerade personalutbildningar/genomgångar med enheternas dietister när det gäller nutritionsfrågor.

Samtliga sektioner är aktiva inom sjukvårdsregionen och deltar i samt arrangerar årliga regiondagar. Endokrin- och diabetessektionen genomförde regiondagar 2018, och 2020 kommer sektionen att arrangera nationellt endokrin- och diabetesmöte. Reumatologen genomförde nationella dagar 2018 och njursektionen hade tillsammans med transplantationskirurgerna en regional dag under 2018. Samtliga deltar också i specialitetsråden.

Framtida strategier är att etablera ett större nätverk i sjukvårdsregionen för maximalt utnyttjande av våra interventionsresurser inom hepatologin. Hepatologi och intervention är ett expanderande fält. Könisdysfori är en snabbt ökande diagnos med starkt inflöde av patienter. Utredning inför transplantation av pankreas och ö-celler är också ett ökande område inom diabetes. Omfattande spjutspetsforskning bedrivs inom endokrin- och diabetessektionen. Vi arbetar för ett inflammationscentrum, initialt med focus på systemiska vaskuliter och systemisk skleros. Ett samarbete med hematologen är etablerat för stamcells-transplantation av selekterade patienter med alvarlig snabbt progredierande systemisk skleros.

## Thoraxkirurgi och anestesi

Verksamhetsområdet Thoraxkirurgi och anestesi bedriver hjärt-, lung- och aortakirurgi inklusive kateterburna klaffprotoser (TAVI), allmän thoraxkirurgi och anestesi-vård med ECMO.

Under 2018 har över 600 öppna hjärtoperationer genomförts på Thorax. En kvalitetsparameter som följs nationellt och som har stor betydelse för patienter som genomgått kranskärlsbypassoperation (CABG) är risken för död eller större hjärtkärhändelse under första året efter operation, så kallad 1-års MACE. För Akademiska var denna frekvens knappt 5% under 2017, vilket var lägst i Sverige. Motsvarande frekvens för 2018 har preliminärt sjunkit ytterligare vilket är glädjande.

Verksamheten arbetar med ett dagligt kvalitetsfokus, rapporterar kontinuerligt till flera kvalitetsregister (se nedan), och följer även formativt nyckelparametrar som mortalitet, djupa sårinfektioner och postoperativa blödningar efter hjärtkirurgi. Medan verksamheten tar allvarligt på varje komplikation kan man samtidigt konstatera att komplikationsfrekvenserna för nämnda parametrar sammantaget legat på rimligt låga nivåer under 2018. Sett över tid minskade ett sammanvägt komplikationsmått för fjärde året i rad från initialt >20% till <10% enligt kvalitetsregisterdata (operationskrävande blödning, mekaniskt stöd med pump efter operation, dialys, förlängd respiratorvård, djup bröstinfektion).

Mortaliteten 30-dagar efter hjärtkirurgi var 3.0% vilket är i förväntad storleksordning och ligger relativt stabilt över tid. Det är värt att påpeka dels att enstaka dödsfall kan påverka denna statistik relativt mycket i relation till det låga totalantalet. En faktor med stor påverkan på mortaliteten är den medicinska risken inför operation, varför detta värderas noggrant.

Ett fält under stor utveckling är kateterburna tekniker för hjärtklaffsbyte, så kallad TAVI. Verksamheten har i samarbete med kardiologin på Akademiska i flera år expanderat dessa ingrepp och var inför 2017 det svenska center som näst efter Stockholm utförde flest TAVI-operationer i Sverige enligt kvalitetsregistret SWENTRY. Under 2018 har expansionen fortsatt och ca 160 fall utfördes under året. Ett arbete för att harmonisera processen kring dessa ingrepp med övrig thoraxkirurgi har påbörjats i samarbete med sjukvårdsregionen.

Den allmänna thoraxkirurgin, där lungkirurgi utgör en central del, har under året varit ett fortsatt fokusområde och det gjordes totalt knappt 400 allmänna thoraxkirurgifall under året. Det multidisciplinära samarbetet är särskilt viktigt kring lungcancer som är en svår och dödlig sjukdom och där med medicinska utvecklingen just nu är snabb.

Verksamheten deltar i ett flertal nationella kvalitetsregister:

- Hjärtkirurgiregistret och SWENTRY i Swedeheart
- Svenskt intensivvårdsregister (SIR)
- Thoraxkirurgiregistret (Thor)
- ELSO-registret för ECMO-vård



Det ökade remissinflödet och en begränsad tillgång till vårdplatser och intensivvårdsplatser under 2017 förlängdes in i 2018 vilket begränsade tillgängligheten till alla typer av kirurgi och intensivvård under året. I mars kunde det ordinarie vårdplatsantalet återställas, vilket möjliggjorde en takt ungefär som planerat, men neddragna intensivvårdsplatser försvårade tillgången under hela året och ett mindre antal patienter behövde remitteras till annan klinik för att minska väntetiderna till operation.

Under hösten inleddes ett arbete med förstärkt koordination och daglig styrning i syfte att effektivisera resursutnyttjandet. Ett led är modifierade arbetssätt, och utöver nyttjandet av hotellplatser fram till operation har vi genom noggrann selektion av patienter och utveckling av rutiner och metoder minskat det totala intensivvårdsbehovet i verksamheten. Ökat fokus på koordination medför även tätare informationsutbyte, vilket förhoppningsvis kan bidra till att minimera risken för kommunikationsrelaterade misstag. Med åtgärderna minskade även behovet av extrasatsningar på heltid och med den ökade operationskapaciteten kunde fler fall opereras under senare delen av året. Vid årets utgång var väntetiderna till operation i stort sett normaliserade.

Som påpekats i samband med mortalitet ovan är den preoperativa processen och riskvärderingen viktig för det totala resultatet. I linje med det arbetar verksamheten aktivt med ronder och remissvägar för samarbetande kliniker i sjukvårdsregionen och inom Akademiska. Ronder utanför Akademiska utförs antingen med fysiska besök av läkare från Akademiska på respektive länssjukhus eller via telemedicinrond som medger en tätare multidisciplinär dialog för flertalet av thorax patienter.

Verksamheten stod i november värd för Svenska Thoraxmötet tillsammans med svensk thoraxkirurgisk förening. Mötet arrangeras vart åttonde år av respektive thoraxcenter och bland årets ämnen fanns minimalinvasiv kirurgi och postoperativt delirium - båda viktiga kvalitetsdrivna utvecklingsområden på Akademiska eftersom mindre operationstrauma bidrar till snabbare återhämtning efter kirurgi. Kognitiv påverkan efter kirurgi är ett sannolikt underdiagnostiserat problem, som i och med thoraxmötet fått ökad belysning. I verksamheten har steg tagits under 2018 för att öka systematik och dokumentation av detta både inom intensivvård och avdelningsvård.

Händelser och avvikelser hanteras med sjukhusets avsedda system. Dessutom har verksamheten en tvärprofessionell avvikelsegrupp (TMA) som arbetar med systematisk återkoppling ur kvalitetsperspektiv. Det finns även en intern händelseanalysgrupp och det finns även andra tvärprofessionella aktiviteter och grupper rörande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inklusive trycksår och sårvård, hygien, vårdrelaterade infektioner, smärta och nutrition. Flera av dessa områden är kopplade till uppföljningar med punktprevalensmätningar för att följa upp följsamhet och resultat. Verksamheten driver även ett eget lokalt sårvårdsregister.

Utöver återkoppling inom verksamheten är det även väsentligt gentemot patienter som haft komplicerade vårdförlopp med intensivvård, vilket ofta är förknippat med traumatiska minnen och upplevelser. Verksamheten bedriver sedan flera år en mottagning för sådana patienter som för möjlighet att besöka TIVA tillsammans med erfarna sjuksköterskor som kan förklara och besvara frågor kring vårdtillfället.

En specialgrupp av patienter är de som får en mekanisk hjärtpump, så kallad LVAD, inopererad pga. hjärtsvikt. Under 2018 har organisationen kring dessa patienter stärkts i den mottagning som funnits under flera år och där sjukvårdsregionens bärare av LVAD-pumpar kontrolleras. I nuläget går ca 15–20 patienter på mottagningen i väntan på hjärttransplantation, och det glädjande att konstatera att denna väntan under 2018 möjliggjort flera lyckade transplantationer.

Inför 2019 arbetar verksamheten med att konsolidera kvalitet och tillgänglighet genom goda rutiner och koordination samtidigt den kirurgiska och medicinska utvecklingen drivs vidare mot minimalinvasiva tekniker och rond- och remissprocesser utvecklas. Efter införandet av ett nytt operationsplaneringssystem kommer verksamheten även att delta i det perioperativa kvalitetsregistret SPOR.









## Kontakta oss!

Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

018-611 00 00 växel

[www.akademiska.se](http://www.akademiska.se)

[twitter.com/akademiska\\_nytt](https://twitter.com/akademiska_nytt)

[facebook.com/akademiska](https://facebook.com/akademiska)