



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Patientsäkerhetsberättelse för Akademiska sjukhuset År 2023



Datum 2024-02-28
Ansvarig för innehållet: Johan Lugnegård
Diarienummer AS2024-00502

Inledning

Denna patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (1). PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024".



Sammanfattning

Akademiska sjukhuset använder "Handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet" som Rådet för kvalitet och patientsäkerhet tagit fram. Sjukhusets mål och aktiviteter följs systematiskt upp efter varje tertial.

Under 2023 har sjukhuset gjort flera tydliga positiva förflyttningar inom patientsäkerhetsområdet till exempel:

- "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" har införts vilket innebär ett strukturerat arbetssätt för att mäta, analysera och följa upp generella indikatorer
- Metodiken "ledningens genomgång" används och innebär att kvalitet och patientsäkerhet systematiskt beaktas vid tertialvisa genomgångar med respektive verksamhet på ett strukturerat sätt. Vid ledningens genomgång följs kvalitet, produktion, ekonomi, personal och forskning upp. Metoden implementeras gradvis nedåt i hela organisationen.
- Ytterligare ett antal utdatarapporter inom kvalitetsområden har tagits fram under året, vilket underlättar analys och beslut av förbättringsåtgärder för chefer och medarbetare. Visualisering av resultat har drivit kvalitetsarbetet framåt på ett positivt sätt.

Genom att vidareutveckla arbetet inom kvalitetsområdena med fokus på förebyggande arbete och utvecklade arbetssätt som leder till minskade vårdskador har innehållet i sjukhusets verktyg för kvalitets och patientsäkerhetsarbete "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" stärkts. Arbetet fortsätter vidare 2024.

Chefläkare och chefsjuksköterska gör regelbundna verksamhetsbesök på sjukhusets olika avdelningar och för en dialog tvärprofessionellt med medarbetare kring patientsäkerhet.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

ENGAGERAD LEDNING OCH TYDLIG STYRNING

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

De övergripande målen för sjukhusets patientsäkerhetsarbete finns beskrivna i Regionplan och budget, sjukhusets målkort samt handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet.

- God kvalitet med ekonomi i balans.
- Stärka patientsäkerhetskulturen genom strategiskt utvecklingsarbete mellan arbetsmiljö- och patientsäkerhetsområden.
- Utbilda chefer och ledare i det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården.
- Implementering av Baspaket - Akademiska sjukhuset har tagit fram ett baspaket med information och verktyg som ska underlätta och strukturera kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.
- Kartläggning av lednings- och styrningsprocessen på sjukhuset där ledningens genomgång är en viktig del.
- Fortsatt implementering av ledningens genomgång på alla ledningsnivåer på sjukhuset.
- Uppföljning av levnadsvanor.
- Enheten för Vårdprocesstöd och Vårdkvalitetsenheten samarbetar vid processkartläggningar i verksamheterna för att integrera levnadsvanor och andra vårdkvalitetsområden.
- Fortsätta utveckla arbetssätt och generisk modell för att inkludera levnadsvanor och andra vårdkvalitetsområden i kliniska processer.
- Akademiska sjukhuset bemannar LSG levnadsvanor med processledare och Lokal samverkansgrupp (LSG) levnadsvanor erbjuder övriga Lokala programområden (LPO) för att integrera levnadsvanor i personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och kliniska processer.

Organisation och ansvar

Sjukhusets centrala patientsäkerhetsfunktioner är samlade i avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet med chefsläkare, chefsjuksköterska, enhetschef för Vårdkvalitetsenheten och specialister inom omvårdnad, nutrition, fall, palliativ vård, trycksår, smärta, överfylld urinblåsa och levnadsvanor samt vårdokumentation. Till avdelningen hör även Händelseanalysenheten och Enheten för vårdprocesstöd.

Inom sjukhuset finns ett nätverk för kvalitetssamordnare. Nätverket organiseras av Vårdkvalitetsenheten och träffas regelbundet för att arbeta med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor tex. utbildning i kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete. Inom nätverket sker ett lärande av varandra där goda exempel sprids och diskuteras.

Sjukhuset har en organisation med ombud/ansvarig för ett flertal olika kvalitets- och patientsäkerhetsområden tex. hygienombud, nutitionsombud och trycksår. Rollen för ombud/ansvariga är att inom enheten tillsammans med chef stärka och underlätta kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vårdkvalitetsenheten ansvarar för att hålla i nätverk för ombud- och ansvariga samt att stödja i det verksamhetsnära förbättringsarbetet.

Årligen rapporterar Akademiska sjukhuset runt 12 000 avvikelser (patient, arbetsmiljö, miljö, medicinskteknisk produkt, service och fastighet, säkerhet). Antalet avvikelser har ökat år från år. I de registrerade ärendena finns risker för vårdskador och inträffade vårdskador dokumenterade.

I rådet för kvalitet och patientsäkerhet hanteras frågor som berör flera delar av sjukhusets centrala funktioner. Till rådet är arbetsutskott kopplade inom epidemi och vårdhygien, kliniska processer, läkemedel, vårdkvalitet, nutrition och barnrätt. Inom arbetsutskotten tillgodoses representation från sjukhusets verksamheter.

Sjukhuset har ett redaktionsråd för DocPlus samt ett Vårdokumentationsråd med arbetsutskott vårdokumentation.

Under 2023 omorganiserades chefsjuksköterskans roll och uppdrag.

Chefsjuksköterskan är inte längre linjechef, den uppgiften har numera enhetschef för Vårdkvalitetsenheten. Chefsjuksköterskan har därmed större möjligheter att fokusera uppdraget inom patientsäkerhet, omvårdnad- och professionsutveckling.

I sjukhusets nya organisation som införs 2024 kommer chefsjuksköterskan att ha en mer framträdande roll och ingå i sjukhusets högsta ledning.

Enhetschef för Vårdkvalitetsenheten ansvarar för det sjukhusövergripande vårdkvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i samarbete med chefsjuksköterska och chefläkare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Under 2023 har samverkan inom sjukhuset stärkts mellan Vårdkvalitetsenheten och Produktionsenheten, arbetet kommer fortsätta 2024. Samverkan inom sjukhuset har skett genom bland annat:

- Flödesgruppen mellan NÄVA och Akademiska sjukhuset (återkommande samverkan).
- Samarbete mellan Vårdkvalitetsenheten, Produktionsenheten och Palliativt centrum med fokus på frågor som rör patienter med palliativa vårdbehov och in- och utskrivningar.
- Samverkan gällande utskrivningsprocessen mellan Vårdkvalitetsenheten och Produktionsenheten gällande utskrivningsprocessen där start av att revidera rutiner pågår likväl som gemensamma verksamhetsnära utbildningar.

Samverkan har fortsatt med ett sjukhusövergripande utvecklingsarbete med fokus på arbetssätt för att förebygga vårdskador och utveckla "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet". Arbetet har gjorts tillsammans med verksamhetsnära funktioner och sjukhusövergripande har Vårdkvalitetsenheten, Enheten för vårdprocesstöd, Beslutsstöd RU, och Produktionsenheten ingått. Genom att vidareutveckla arbetet inom kvalitetsområdena med fokus på förebyggande arbete och utvecklade arbetssätt som leder till minskade vårdskador har innehållet i sjukhusets verktyg för kvalitets och patientsäkerhetsarbete "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" stärkts. Arbetet fortsätter vidare 2024.

Sjukhuset har en "Handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet" som Kvalitetsrådet tagit fram och som beslutats av sjukhusledningen. Som grund för handlingsplanen är den "Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet", "Patientsäkerhetsstrategin Region Uppsala (RU)", "Kvalitetsstrategin RU" och "Kvalitetspolicyn RU". Sjukhusets mål och aktiviteter följs systematiskt upp varje tertiäl.

Systemstöd och support i det sjukhusövergripande avvikelshanteringssystemet MedControl för medarbetare förekom under 2023 och fortsätter under 2024. Identifiering av behov av förstärkt stöd i avvikelshanteringssystemet MedControl har identifierats i samband med regional omorganisering och kommer ses över under 2024.

Samverkan inom regionen och länet sker genom de olika grupperingarna som finns utifrån Kunskapsstyrningen och Tjänsteledning inom Hälsa Stöd Vård (TL-HSVO) och Omsorg inom länet. Sjukhuset är representerad i dessa grupper där aktivt arbete sker i samverkan för att bland annat förebygga vårdskador. Arbete med samverkan har under 2023 skett bland annat genom:

- Representation inom gemensam analys för samverkansprocesser Uppsala län (GAP-UL) och arbetet med journalsystemet Cosmic som samverkanssystem.
- Genomfört analys av förekommande avvikelser i utskrivningsprocessen.
- Arbete genom Redaktionsrådet och lokalredaktörer med strukturerat arbetsflöde för hantering och bildning av vård i samverkan Akademiska sjukhuset (ViS-AS) grupp.
- Intern formering och implementeringsarbete av vård i samverkan (ViS-AS) genom att:
 - vara stöd till representanter i TL-HSVO och lokala HSVO
 - under 2023 starta och inventera samt ta fram förvaltningsövergripande beskrivning för arbetssätt och organisering i samverkan.
- Revidera Vård i Samverkansdokument (VIS) såsom "Fördelning av medicinskt ansvar och klargörande om utbildningsinsatser för specialiserad vård i hemmet".
- Representation inom kunskapsstyrning – sjukhuset finns representerat i de olika grupper som finns och som kommer att bildas.
- Deltagande i den regionala patientsäkerhetsgruppen.

Inom kunskapsstyrningen deltar förvaltningen i lokal samverkansgrupp (LSG) Palliativ vård, lokal arbetsgrupp (LAG) VRI, LAG Fall, Trycksår och Undernäring som rapporterar till LSG Patientsäkerhet.

På regional nivå sker samverkan inom kunskapsstyrningssystemet och mot den kommunala vården och omsorgen inom tjänsteledning Hälsa Vård och Omsorg (HSVO) samt inom chefsläkarnätverket.

Samverkan för att förebygga vårdskador sker även i lokala programområden, samverkansgrupper och arbetsgrupper inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen;

LPO: Levnadsvanor, Palliativ vård

LSG: Patientsäkerhet, Kliniskt kunskapsstöd, Personcentrerat arbetssätt

LAG: VRI, Fall, Nutrition, Trycksår

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Under 2023 har Akademiska sjukhuset arbetat med informationssäkerhet och anställt en informationssäkerhetssamordnare som är i tjänst sedan januari 2023.

Akademiska sjukhuset följer ett ledningssystem (LIS) som är anpassat efter Regionen och Akademiska sjukhuset som finns i säkerhetshandboken. Den finns tillgänglig på intranätet.

Inriktning och åtgärder 2023 är:

- Övergripande behovsinventering inom samtliga verksamhetsområden i syfte att se vilka behov som fanns på sjukhuset gällande informationssäkerhet.
- Utformning av tre stycken utbildningspaket (sekretess och tystnadsplikt, informationssäkerhet och underrättelsehot mot svensk sjukvård) riktade mot verksamhetsnivån.
- Att informationssäkerhetssamordnaren är första kontaktperson vid misstanke om sekretess och tystnadspliktsbrott vilket har gett ett tydligare och mer tidseffektivt sätt att identifiera, lokalisera och förebygga sekretessbrott, dataintrång och informationssäkerhetsincidenter.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom Akademiska sjukhuset bedrivs verksamhet med joniserande strålning inom strålbehandling, nuklearmedicin samt medicinsk röntgen. Medicinsk fysik vid Akademiska sjukhuset har som uppdrag att tillse att verksamhet med joniserande strålning inom sjukhuset bedrivs i enlighet med strålskyddslagen (2018:396), strålskyddsförordningen (2018:506) samt tillämpliga föreskrifter från Strålsäkerhetsmyndigheten. Under 2023 har fokus legat på fortsatt styrning och ledning av strålsäkerhetsarbetet via ledningssystemet för strålsäkerhet.

För att upprätthålla hög patientstrålsäkerhet utförs kontinuerlig kvalitetssäkring av undersöknings- och behandlingsutrustning samt patientspecifika kontroller och metodutveckling. Utöver detta kan följande viktiga åtgärder nämnas som pågått eller har genomförts under 2023 och som bidrar till ökad patientstrålsäkerhet:

Genomförande av beslutat internrevisionsprogram 2023 för sjukhusets verksamheter med joniserande strålning. Bland annat:

- Utbyte av revisionsinsatser med Region Örebro. Representanter från Örebro har granskat vår berättigande-/bedömningsprocess under december 2023. Arbetet med inkomna förbättringsförslag kommer att pågå- påbörjas 2024.
- Internrevisionsprogrammet har reviderats och gäller 2024–2026.
- Revisionsarbetet med Örebro gällande granskning av dosplaneringsprocessen för extern strålbehandling har avslutats med en genomförandeplan av åtgärder beslutade av strålbehandlingens styrgrupp.
- Internrevision på genomförandet av åtgärder som Strålsäkerhetsmyndigheten ålagt sjukhuset att vidta enligt föreläggande har genomförts.

- Internrevision på efterlevnad av rutiner gällande positionsverifikationer inom strålbehandling har genomförts.

Strålskyddsbokslut för 2022 har tagits fram. En klar förbättring syns av uppfyllnadsgraden på ett flertal punkter, exempelvis strålskyddsutbildning av personal, som direkt påverkar patientsäkerheten. Arbetet med att riskbedöma befintliga (t.ex. brachystrålbehandling av cervixcancer) och nya strålbehandlingsmetoder har fortsatt under 2023 i enlighet med myndighetens krav.

Inom Region Uppsala tas ett gemensamt övergripande ledningssystem fram och Medicinsk fysik arbetar för att integrera det redan befintliga ledningssystemet för strålsäkerhet i detta.

Sjukhuset har medverkat vid upphandlingar av ett flertal radiologiska utrustningar. Speciellt kan nämnas i driftsättande av en fotonräknande datortomograf. Här finns stor potential att bl.a. förbättra diagnostiken inom barnradiologi och kärllundersökningar. Kontrastmedelsdoserna kan sänkas avsevärt och biverkningar minimeras. I övrigt uppfyller Akademiska sjukhuset de flesta av Strålsäkerhetsmyndighetens krav.

EN GOD SÄKERHETSKULTUR

Under 2023 har sjukhuset gjort flera tydliga positiva förflyttningar inom patientsäkerhetsområdet till exempel;

- Metodiken ledningens genomgång har införts vilket innebär att kvalitet och patientsäkerhet systematiskt beaktas vid de tertialvisa genomgångarna med verksamheterna på ett strukturerat sätt. Metoden implementeras gradvis nedåt i hela organisationen.
- Kvalitetsledningen inom patientsäkerhet har förbättrats genom införandet av "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet".



Efter ett uppehåll under pandemin har chefläkare och chefsjuksköterska återupptagit verksamhetsdialoger kring patientsäkerhet enligt en ny medarbetarnära modell.

En liten ökning ses gällande Hållbart säkerhetsengagemang (HSE), övergripande resultat på Akademiska sjukhuset som har stigit från 3,8 (2022) till 3,9 (2023) HSE index har ökat från 72 (2022) till 74 (2023).

Samarbete med HR behöver initieras och stärkas med fokus patientssäkerhetskultur och arbetsmiljö.

ADEKVAT KUNSKAP OCH KOMPETENS

Årligen så har regionen en patientsäkerhetsdag för alla medarbetare som 2023 tog upp patient- och anhörigsamverkan, ett område som sjukhuset identifierat behöver utvecklas och stärkas.



Fokus under året har varit att fortsätta arbetet med "Patientsäkerhetsutbildningen för chefer". För medarbetare är Socialstyrelsens webbutbildning "Säker vård" i patientsäkerhet obligatorisk. Även införande av "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" samt "Ledningens genomgång" är viktiga delar i sjukhusets systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Utbildningsaktiviteter till chefer och medarbetare i arbetssätt och förbättringsarbete har genomförts inom sjukhusets verksamheter och sjukhusövergripande.

Ett antal utdatarapporter har tagits fram inom flera kvalitetsområden för att kunna arbeta datadrivet med kvalitet vilket har underlättat analys och beslut av förbättringsåtgärder för chefer och medarbetare. Visualisering av resultat har drivit kvalitetsarbetet framåt på ett positivt sätt.

Sjukhuset har kontinuerligt och återkommande utbildningar via kliniskt träningscentrum (KTC) för chefer och medarbetare inom en mängd områden såsom hjärtlungräddning (HLR) och tidig upptäckt och behandling (TUB). Webbutbildning i patientsäkerhet är obligatorisk för medarbetare och för chefer finns ett utbildningsprogram i patientsäkerhet där deltagarna ska göra ett förbättringsarbete inom patientsäkerhet. Förutom sjukhusövergripande utbildningar genomförs kontinuerligt intern utbildning och fortbildning av verksamhetsområdena inom en mängd områden.

Inom sjukhuset finns ett nätverk för kvalitetssamordnare. Nätverket organiseras av Vårdkvalitetsenheten och träffas regelbundet för att arbeta med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor tex. utbildning i kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete. Inom nätverket sker ett lärande av varandra där goda exempel sprids och diskuteras.

Sjukhuset har en organisation med ombud/ansvarig för ett flertal olika kvalitets- och patientsäkerhetsområden tex. hygienombud, nutitionsombud och trycksår. Rollen för ombud/ansvariga är att inom enheten tillsammans med chef stärka och underlätta kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vårdkvalitetsenheten ansvarar för att hålla i nätverk för ombud- och ansvariga samt att stödja i det verksamhetsnära förbättringsarbetet.

Inom svensk hälso- och sjukvård, tillika vid Akademiska sjukhuset, utgör personal- och kompetensförsörjning en betydande utmaning, vilket påverkar möjligheterna att bedriva en god och säker vård. Brist på sjuksköterskor resulterar i vårdplatsbrist och försämrar tillgänglighet, arbetsmiljö, vårdkvalitet och patientsäkerhet. Chefer och ledare har svårt att skapa en hållbar arbetsmiljö och god vård. Strategiska förändringar är nödvändiga för att säkerställa högkvalitativ vård, professionell utveckling och effektivt ledarskap.

Sjukhuset deltar i forskningsstudien Magnet4Europe, vars syfte är att förbättra arbetsmiljön och öka arbetsrelaterat välbefinnande för hälso- och sjukvårdspersonal

som arbetar patientnära, samt stärka vårdkvalitet och patientsäkerhet. Inom ramen för studien har en gapanalys genomförts för att jämföra sjukhuset med certifieringsprotokoll för magnetsjukhus. Potentiella förbättringsområden har identifierats, och utifrån detta har en handlingsplan tagits fram med åtgärder. Dessa åtgärder omfattar framför allt professions- och kompetensutveckling, där Magnetmodellen används som en inspirationskälla och referenspunkt.

PATIENTEN SOM MEDSKAPARE

För att stärka arbetet med patienten som medskapare och involvera patienten och dennes närstående genomfördes tillsammans med andra vårdförvaltningar en regional patientsäkerhetsdag i september. Där deltog patienten och dennes närstående i arbetet och berättade sina erfarenheter genom vården och vikten av att involvera patienten och närstående.



Suicidprevention

Sjukhuset har en handlingsplan för suicid. Under året har sjukhuset haft en utbildningsdag om suicid för alla medarbetare. Under dagen deltog patient som föreläsare med föreläsningen "det är alltid som mörkast före gryningen", en föreläsning om egen erfarenhet av suicidnära tillstånd.

Barnrätt

I arbetet med barnrätt har sjukhuset en aktivitetsplan, Barnets rätt - aktivitetsplan Akademiska sjukhuset 2023-2025 som följer regionens Handlingsplan – för att förverkliga barnets rättigheter.

Grunden för Region Uppsalas policy är FN-kommitténs fyra principer för barnkonventionen:

- Alla barn har samma rättigheter och är lika värda, artikel 2.
- Barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn, artikel 3.
- Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling, artikel 6.
- Barnets rätt att säga sin mening och få den beaktad i förhållande till ålder och mognad, artikel 12.

Syftet med aktivitetsplanen är att vara vägledande för regions-, förvaltnings- och verksamhetsnivå för att genomföra aktiviteter som bidrar till måluppfyllelsen. Aktivitetsplanens mål är att barnets rättigheter ska förverkligas på förvaltnings- och verksamhetsnivå. Aktivitetsplanen berör alla verksamheter inom Akademiska sjukhuset. Arbetsutskott Barnrätt har samverkat med Region Uppsalas barnrättsliga rådgivare i sjukhusets förbättringsarbete gällande barnrätt. Exempel på aktiviteter under året är inom verksamhetsområde Plastik och Käkkirurgi där patientkallelser anpassade för barn tagits fram och inom Barnsjukhuset finns nu en delaktighetsbok som barnet får vid vård på Barnsjukhuset. Barnsjukhusets barnrättsgrupp har anordnat en utbildningsdag inom barnrätt, samt föreläser på Kliniskt Utvecklings År (KUÅ) på Kliniskt träningscentrum (KTC).

Sjukhuset behöver fortsätta att arbeta med att patienterna har möjlighet att vara delaktiga och involverade i vården. För att öka patienternas chans att få den

information och kunskap de behöver så testas en patientskärm inne på vårdrum inom utvalda slutenvårdsenheter. Patientskärmen innehåller förutom underhållning och sjukhusövergripande information en möjlighet att publicera specifik avdelningsinformation exempelvis vanligt förekommande undersökningar och behandlingar.

Agera för säker vård

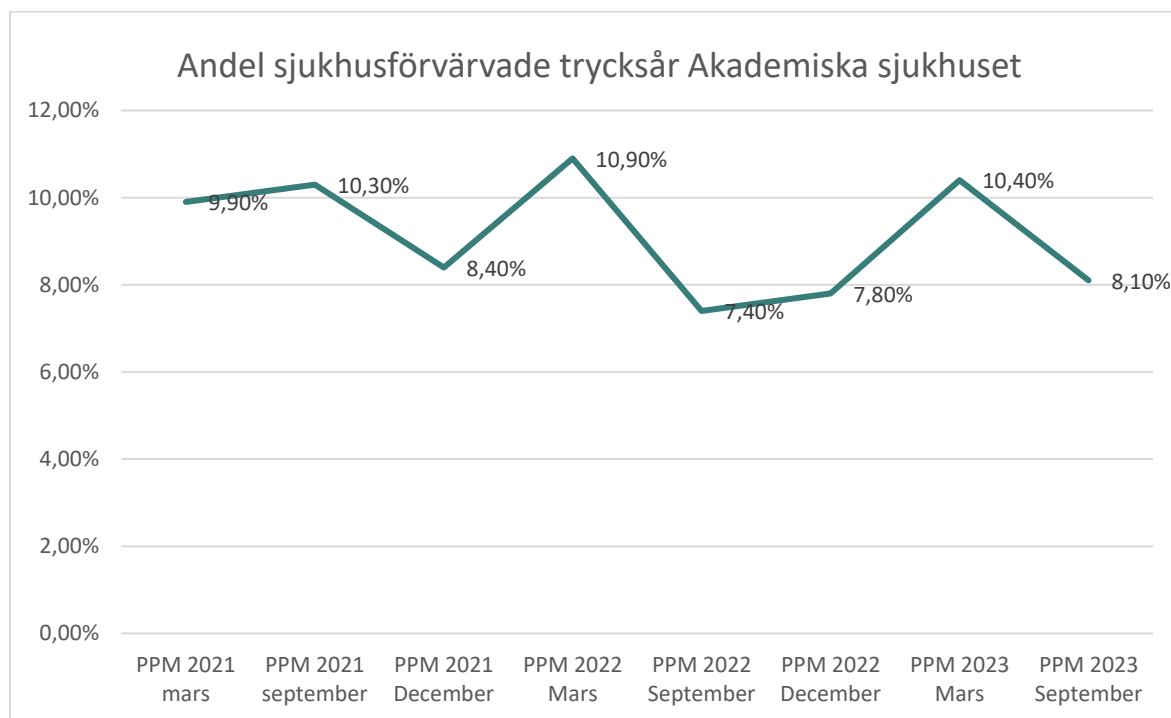
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Under 2023 har arbetet fortsatt med de kvalitetsområden som finns inom ramen för "Baspaketet för kvalitet och patientsäkerhet". Genom att formera en Vårdskadegrupp inom Vårdkvalitetsenheten med fokus på sjukhusövergripande komplexa frågor har ett behov av fortsatt arbete identifierats.

Trycksår

Målvärdet för trycksår inom Region Uppsala 2023 var att andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår skulle minska. Sedan 2018 har punktprevalensmätning genomförts vid tre tillfällen under året. Sveriges kommuner och regioner (SKR) fastslog under hösten 2023 att fortsättningsvis inte tillhandahålla punktprevalensmätningar nationellt. Mätningen har dessutom inneburit merarbete för medarbetare eftersom protokollet utgår från riskbedömningsinstrumentet Modifierad Nortonskala, vilket inte används inom regionen sedan riskbedömningsinstrumentet PURPOSE-T implementerades år 2021. Mätningen för december 2023 utgick enligt beslut av Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet.

Resultatet från årets och tidigare års punktprevalensmätningar vad gäller trycksår redovisas i diagram, se figur 1.



Figur 1: Diagram som visar andel personer med sjukhusförvärvade trycksår inom Akademiska sjukhuset åren 2021-2023. Källa SAS-rapport.

Åtgärder för att minska trycksår

På Akademiska sjukhuset har vårdskadeområdet trycksår aktualiserats i och med arbetet med "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet". Resultatet i utdatarapporter används vid verksamhetsuppföljningar. Flera enheter rapporterar att de med hjälp av utdatarapporter kan belysa preventionsarbetet på daglig basis i samband med daglig styrning.

Under året har arbetet med att utveckla utdatarapporter för kvalitetsindikatorer i SAS Viya fortskridit. Data inhämtas kontinuerligt från elektronisk patientjournal och presenteras i statistikprogram. Datakälla för uppföljning har bytt fokus från nationella punktprevalensmätningar till utdatarapporter i SAS Viya. En förutsättning för att utdatarapporter ska visa sanningsenligt resultat är korrekt dokumentation – uteblir dokumentationen så visas ingen utdata. En lathund för dokumentation som ger korrekt utdata är framtagen. Vårdkvalitetsenheten ser att det finns ett behov av kontinuerlig utbildning för att bibehålla och öka följsamheten till dokumentation.

Vårdkvalitetsenheten har under hösten genomfört stickkontroller av patientmadrasser vid fyra slutenvårdsavdelningar och samtliga kontrollerade madrasser uppfyllde god funktionalitet.

Intresset för riskbedömningsinstrumentet PURPOSE-T är fortsatt stort och flera regioner har hört av sig till Vårdkvalitetsenheten med frågor. Det finns ett behov av att inkludera information om instrumentet vid nästa uppdatering av Vårdhandboken, vilket har lett till att kontakt har initierats med författarna till Vårdhandboken för samarbete.

LAG trycksår har genomfört en utbildningseftermiddag för trycksårsansvariga och andra berörda inom Region Uppsala, där medarbetare från alla förvaltningar bjöds in. Gruppen har också arbetat med att revidera regionövergripande dokument om trycksår. Framgent kommer gruppen bland annat fokusera på hur förvaltningarna ska arbeta med Dagen trycksår.

Fall och fallprevention

En långsam ökning av andel riskbedömningar för fall ses över tid, 54% 2023 (49% 2022). Målvärde för riskbedömningar för fall är 75% vilket fem av 16 verksamhetsområden uppnått. En stor variation av andel riskbedömningar ses mellan verksamhetsområdena, lägst 4% - psykiatri, högst 87% - geriatrik. Ett strukturerat arbetssätt inklusive korrekt dokumentation i Cosmic samt ledningsstöd på alla nivåer antas bidra till goda resultat.

Under året dokumenterades 1413 fallhändelser under vårdtid i Cosmic. Av dessa registrerades 324 (23%) som patientavvikelse i MedControl. En långsam ökning av antal fallhändelser under vårdtid ses de senaste åren vilken antas bero på större följsamhet till dokumentationsriktlinjer. En lathund för dokumentation som ger korrekt utdata är framtagen. Ökningen av andelen riskbedömningar samt förbättrad

följsamhet till dokumentationsriktlinjer för fallhändelser är sannolikt en konsekvens av systematiskt arbete inom ramen för "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet".

Arbetet med att stödja verksamheterna i att sätta in och dokumentera fallpreventiva åtgärder för patienter med bedömd fallrisk fortskrider. En stor förbättringspotential ses angående att sätta in personcentrerade åtgärder för fallprevention som dokumenteras. Vidareutveckling av utdatarapporter för uppföljning och lärande i organisationen sker fortlöpande utifrån verksamheternas behov. Nätverksträffar för fallansvariga genomförs regelbundet. Sjukhusövergripande och avdelningsspecifika utbildningar genomförs fortlöpande.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Inom Akademiska sjukhuset pågår ett ständigt förbättringsarbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner och hantera uppkomna vårdrelaterade infektioner. På sjukhuset används olika sätt att följa vårdrelaterade infektioner. Under året har ett inventeringsarbete skett genom en nulägesanalys tillsammans med Vårdkvalitetsenheten, Vårdhygien och inom ramen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens (LAG VRI ABR).

Återkommande mätningar på sjukhuset är bland annat följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt punktprevalensmätningar. Sedan tidigare har sjukhuset tillämpat punktprevalensmätningar som genomförts nationellt enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR). Under hösten 2023 meddelande SKR att arbetet med punktprevalensmätning (PPM VRI) på nationell nivå avslutas. I och med detta inleddes ett samarbete inom Region Uppsala och inom LAG VRI ABR för att se över alternativa lösningar ett arbete som fortsätter under 2024. I december 2023 genomfördes en regional mätning av antal urinkatetrar. Arbete med sammanställning och analys kommer ske under våren 2024. Under 2023 påbörjades arbete med att ta fram en datarapport med realtidsdata från operations- och intensivvård kopplat till vårdrelaterade infektioner. Fortsatt arbete kommer ske under 2024.

Under april 2023 deltog Akademiska sjukhuset (AS) i den Europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) punktprevalensmätning där samtliga regioner i Sverige fanns representerade. Samtliga 52 avdelningar/enheter deltog och totalt granskades 704 patientjournaler enligt mall från ECDC. Medelålder på patienter vars journaler granskades var 57,1 år.

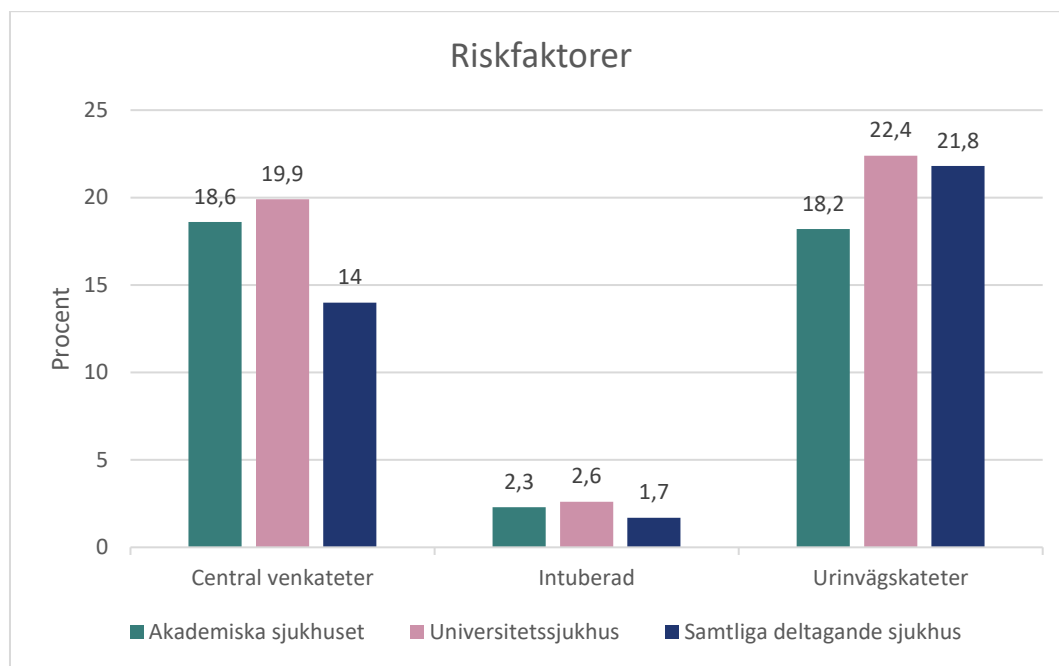
Resultatet från ECDC PPM för AS visade att 9,7% (68 av 704) hade pågående VRI. Jämfört med tidigare resultat av årlig nationell PPM VRI var resultatet senaste fem åren (2018–2022) mellan 10,9%-13%. Vanligaste åldersgruppen med förekommen VRI var i åldern 70–74 år.

Av dessa 68 VRI (9,7%) var 58 VRI som hade uppstått på sjukhuset. Årets mätning visar på att:

- Postoperativa infektioner var 23% (Vanligast förekommande efter stor kirurgi).
- Urinvägsinfektioner 14,9%.
- Pneumoni 14,9%.
- Covid-19 10,8%.

Vidare förbättringsarbete och behov av insatser utifrån resultatet kommer ske under 2024.

Risikfaktorer som observerades vid ECDC-mätningen var central venkateter, intuberad och urinvägskateter. Akademiska sjukhuset ligger på en lägre nivå jämfört med andra universitetssjukhus i Sverige gällande samtliga riskfaktorer. Sjukhuset har även färre antal urinvägskatetrar jämfört med det nationella resultatet. (figur 2).



Figur 2. Andel riskfaktorer gällande central venkateter, intuberad samt urinvägskateter

I början av 2023 skedde ett utbrott av MRSA på intensivvårdsavdelningen för nyfödda. En åtgärdsplan upprättades med kort-och långsiktiga åtgärder. Arbetet har lett till förbättringar och att utbrottet har stoppats. Sedan tidigare har verksamhetsområdet (VO) Geriatrik haft återkommande utbrott av smittsamma sjukdomar. Efter analys har en av orsakerna konstaterats vara utformningen av vårdlokalerna som problematiska. Under infektionssäsongen oktober 2022 – maj 2023 smittades 119 patienter och 57 medarbetare inom VO Geriatrik av Covid-19 eller magsjuka. Problematiken och svårigheterna med utformning av lokalerna i 30-huset har diskuterats på sjukhusets arbetsutskott för epidemi och hygien samt rapporterats till sjukhusledning. Uppföljning och fortsatt arbete kommer ske under 2024.

Återkommande aktiviteter som sker tillsammans med Vårdhygien har även under 2023 anordnats så som hygienombudsträffar - fyra gånger under 2023 samt mätutbildning i BHK två gånger under 2023. Fortsatt arbete sker även under 2024. På grund av ansträngt läge på sjukhuset har det under 2023 inte kunnat anordnas nätverksträffar för VRI-team. Uppstart av dessa nätverksträffar planeras ske under 2024. Uppstart av ny handlingsplan för vårdrelaterade infektioner, hygien och antibiotikaresistens planeras starta våren 2024 tillsammans med Lasarettet i Enköping.

Ventilationskommittén har under 2023 arbetat med kartläggning av vårdlokaler med specialventilation. Kartläggningen har inkluderat operationsventilation, isoleringsrum för luftburen smitta och isoleringsrum för skyddsisolerade. Detta har resulterat i:

- upprättad beskrivning för aktuellt status för isoleringsrum godkända för vård av patient med luftburen smitta på Akademiska sjukhuset. Beskrivningen är stöd för vårdpersonal i val av vådrum när behov uppstår för vård av patient med luftburen smitta.
- uppföljning kvartalsvis av kontroll av rummens funktion
- identifiering av behov av åtgärder för vissa av sjukhusets rum med specialventilation. Planering och åtgärder har påbörjats och kommer att fortsätta 2024.

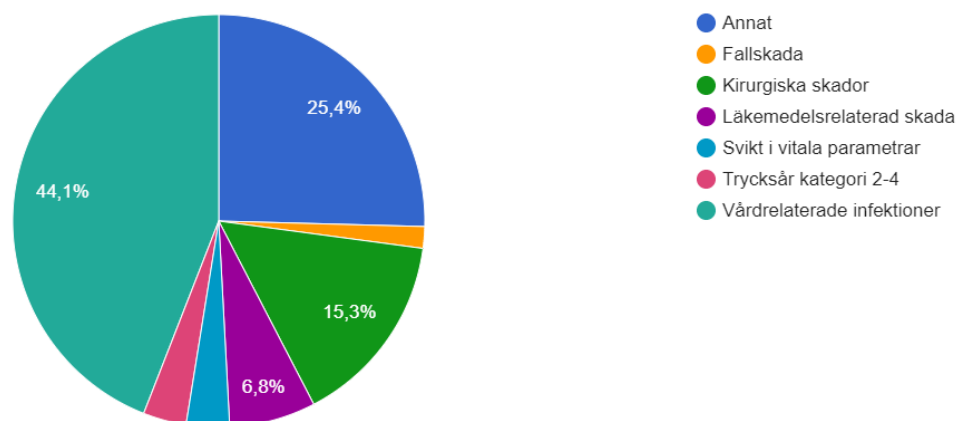
Egenkontroll som del i förebyggande arbete för Legionella har skett under 2023 genom vattenprover två gånger. Där förhöjd växt konstaterats har åtgärder satts in. Inga patienter har smittats av Legionella under 2023 på sjukhuset.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Akademiska sjukhuset tillämpar sjukhusövergripande Markörbaserad journalgranskning (MJG) enligt SKR:s modell. Under 2023 har en månadsvis granskning av slumpvis utvalda 20 slutenvårdstillfällen inom somatisk vuxenslutenvård journaler skett. Eftersom metoden bygger på att minst 30 dagar efter utskrivning ska ha passerat har inte hela 2023 granskats än.

Antal unika vårdtillfällen som granskats januari 2023 till oktober 2023 är 191. Av dessa 191 patienters vårdtillfällen har det förekommit 59 skador och 32 vårdskador. Fördelningen av de patienter som har skador är enligt diagram nedan.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Akademiska sjukhuset, Uppsala, från 2023-01 till 2023-10



Diagram, andel skador per skadegrupp av totala antalet skador. Källa SKR:s databas SIGNE

MJG som arbetssätt har uppdaterats under 2023 genom att skriftligt uppdrag formaliserats. Ett nytt arbetssätt tagits där manuell pappershantering har utvecklats till digital hantering med lagring på säker plats på systemdisk.

Återkommande sker avstämningar tillsammans med chefsläkare, chefsjuksköterska,

MJG teamet och enhetschef för Vårdkvalitetsenheten för att diskutera och uppmärksamma allvarliga vårdskador som identifierats genom MJG.

Under hösten 2023 infördes rutinen att alla vårdskador enligt MJG rapporteras in som händelse i avvikelshanteringssystemet MedControl för att kunna återkoppla till verksamheten som har möjlighet att hantera händelsen vidare. För att underlätta och effektivisera arbetssättet har möten initierats tillsammans med Enheten för automation och Enheten för Digitalisering på Akademiska sjukhuset. Ett förslag på processflöde har tagits fram för att underlätta hantering och administrationen. Att sprida MJG som metod och arbetssätt har skett genom föredragande på vårddokumentationsseminarium. Under hösten uppmärksammades sjukhusets arbete med MJG som metod och arbetssätt genom beskrivning på LSG Patientsäkerhet. Arbete gällande översyn inom Region Uppsalas vårdförvaltningar inleds under 2024.

ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

På sjukhuset sker mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) med ett målvärde på 100%. Två gånger per år sker mätutbildning i BHK och mätningarna sker månatligen. Dessa mätningar registreras i BHK-appen. Under år 2023 har resultatet sjunkit till 89,8% jämfört med år 2022 från 92,6%. Troliga orsaker till detta är mindre fokus på BHK, striktare registreringsrutiner i BHK-appen av mätningen BHK. Ej korrekt ifyllda data exkluderas i uppföljningsrapporten och kan ha påverkat resultatet jämfört med föregående år. Med anledning till att stärka följsamheten har återupptagning av uppföljning kvartalsvis skett under 2023. Ett nytt arbetssätt har införts sjukhusövergripande där resultat på BHK mätningarna följs på ledningens genomgång i samband med verksamheternas- och sjukhusledningens tertialuppföljningar. Ett delmål i ledningens genomgång är att öka medvetenheten gällande basala hygienrutiner och klädregler.

Som en del i egenkontrollen sker hygienrond som en systematisk genomgång av verksamheter för att identifiera vårdhygieniska förbättringsområden. Hygienrond utförs var fjärde år i verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs. Under 2023 har 41 hygienronder genomförts på Akademiska Sjukhuset. De år då inte Vårdhygien genomför hygienrond ska verksamheten själva utföra en egenkontroll. 2023 analyserades 28 hygienronder som utförts mellan 2021 och 2022. Där framkom att endast 61 % av de verksamheter som ingick i analysen hade gjort den vårdhygieniska egenkontrollen. Arbetet pågår för att fler verksamheter ska känna till och använda detta verktyg.

Under 2023 har representanter från samtliga förvaltningar i Region Uppsala (exkl. Folk tandvården) tillsammans sammanfört och reviderat samtliga förvaltnings grunddokument vad gäller Basala hygienrutiner och klädregler till ett regionsövergripande dokument. Fortsatt arbete kommer ske under 2024.

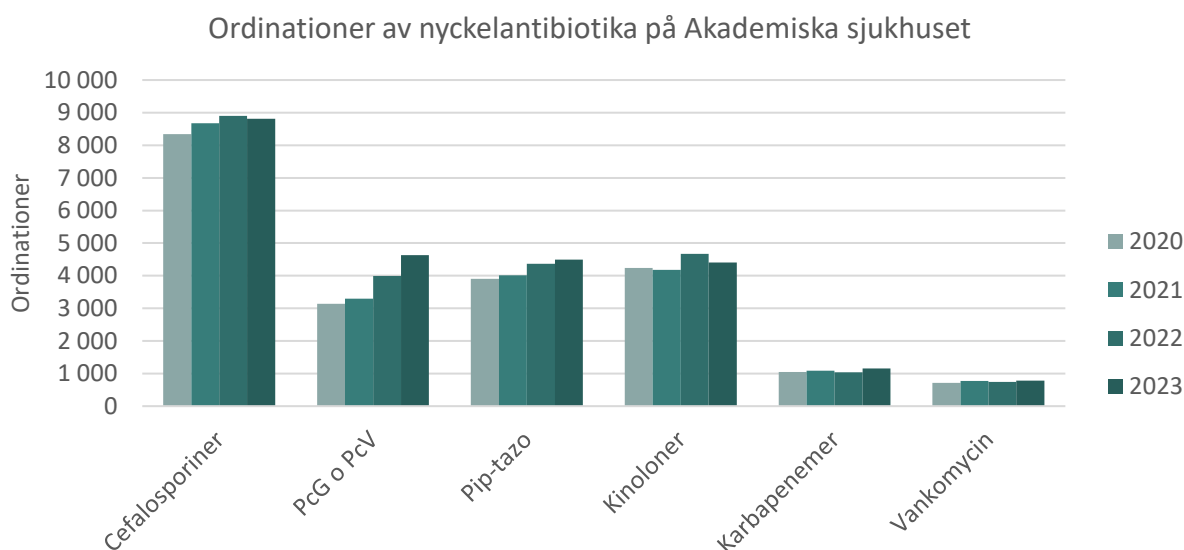
1.2 Stramas förskrivningsmål

Ett av Stramas förskrivningsmål för slutenvården under 2023 var att användningen av bredspektrums substanserna kinoloner och karbapenemer inte skulle öka jämfört med föregående år. Ett annat mål var att användningen av smalspektrums substanserna bensylpenicillin (pcG) och penicillin V (pcV) skulle öka vid behandling av samhällsförvärd lunginflammation.

På Akademiska sjukhuset minskade antalet ordinationer av kinoloner med 6 % och karbapenemordinationerna ökade med 12 % jämfört med föregående år.

<https://strama.se/wp-content/uploads/2016/04/Stramas-mal-for-antibiotikaanvandningen-beskrivning.pdf>

1.3 Antibiotikaförbrukning inom slutenvården



Figur 11. Antalet ordinationer av vissa antibiotikasubstanser på Akademiska sjukhuset. Källa: Infektionsverket

Andelen samhällsförvärdade lunginflammationer som behandlades med smalspektrums substanserna bensylpenicillin eller penicillin V (första och efterföljande ordination) på Akademiska sjukhuset var 18 % under 2023 enligt data ur Infektionsverket. Detta är en ökning jämfört med föregående år då andelen låg på 15 %.

På Akademiska sjukhuset uppnåddes alltså förskrivningsmålen avseende kinoloner samt val av antibiotikasubstans vid samhällsförvärd pneumoni. Däremot uppnåddes inte målet avseende karbapenemer.

Nutrition, Mat och måltider

Akademiska sjukhuset har under året etablerat en intern styrgrupp för frågor som rör sjukhusmat. En gemensam styrgrupp för förvaltningsövergripande arbete med sjukhusets patientmatssystem har skapats tillsammans med Fastighet och Service.

Mål

Sjukhusövergripande mål för ineliggande patienter inom slutenvården är att minst 75% ska riskbedömas för undernäring inom 24 timmar, minst 75% av patienter i risk för undernäring ska erhålla dokumenterad åtgärd samt att minst 75% av patienter i risk ska uppnå minst 75% av sitt energi- och proteinbehov.

Resultat (patienter 18 år och äldre)

Arbetet med att utveckla utdatorapporter för kvalitetsindikatorer har fortskridit, där undernäring och nutrition ingår. Utdatorapporterna är en del av "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" som ingår i sjukhusets förflyttning "Att arbeta datadrivet med kvalitet". Under året uppnåddes inte målen på sjukhusövergripande nivå, se tabell 2 och 3, men enskilda avdelningar uppnådde något av målen. Resultatet innebär en ökning av andel riskbedömda patienter från 39,2 % till 47,5 %. Av dessa har 40,4% risk för undernäring. Andel patienter med risk för undernäring som fått en dokumenterad vårdåtgärd var 2022 48,8% och 2023 46,6%. Resultatet för intag av energi och protein i förhållande till patienternas behov rapporteras inte på grund av osäker mätmetod. Utvecklingsarbete pågår för att kunna mäta detta mål.

Mät-period	Antal patienter , n	Riskbedömda % (n)	Risk för undernäring % (n)	Riskpatienter med dokumenterad åtgärd % (n)
Mål	-	75%	-	75%
230101-231231	36253	48% (17206)	40% (6951)	47% (3238)
220101-221231	32107	39 (12490)	37 (4653)	50 (2318)

Tabell 1: Redovisar resultat för patienter 18 år och äldre. Källa: Rapport Nutrition - avslutade kontakter, SAS Viya.

Resultat barnsjukhuset

Enligt resultat för barnsjukhuset uppnåddes inte målen för 2023. Andel riskbedömda patienter var 52%. Av de patienter som riskbedömdes hade 67% risk för undernäring, och av patienter med risk för undernäring hade 28% en dokumenterad åtgärd, se tabell 2.

Mätperiod	Antal patienter	Riskbedömda % (n)	Risk för undernäring % (n)	Riskpatienter med dokumenterad åtgärd % (n)
230101-231231	2588	52% (1344)	67% (901)	28% (252)

Tabell 2: Redovisar resultat för patienter 1 månad till 18 år. Källa: Rapport Strong kids – Avslutade och pågående vårdkontakter, SAS Viya.

Åtgärder för att säkerställa god nutritionsvård, analys

Bedömningen är att sjukhusets förflyttning "Att arbeta datadrivet med kvalitet" har givit resultat, även om inte alla avdelningar når målen. Flera avdelningar arbetar systematiskt med nutrition och har under året förbättrat sina resultat avsevärt, vilket avspeglas i en förbättring av andel riskbedömda patienter. Arbetet med ledningens genomgång och att utdatarapporter har börjat användas både i förbättringsarbete och på daglig basis är viktiga framgångsfaktorer. Detta tydliggör chefers betydelsefulla roll i patientsäkerhetsarbetet.

Ett utvecklingsområde som kvarstår är att dokumentera åtgärd vid risk för undernäring, liksom intag av energi och protein. För att öka patientsäkerheten och underlätta arbetet finns ett stort behov av att utveckla en digital mat- och vätskeregistrering, vilket även påtalas av samtliga vårdavdelningar. Även om det finns avdelningar som har ett väl fungerande arbete kring nutrition behöver andra avdelningar arbeta mer fokuserat med förbättringar inom området.

Arbetsgruppen Mat och måltider på Vårdkvalitetsenheten ansvarar för att säkerställa patientsäkerheten och patienternas behov inom nutritionsfrågor, i samverkan med Fastighet och service och Kost i Region Västmanland. Efter införandet av nytt patientmatsystem 2022 har utveckling av måltidsarbetet på sjukhuset fortsatt med syfte att erbjuda patienterna personcentrerade måltider. Avdelningarnas arbete och resultat följs upp regelbundet och systematiskt med hjälp av mål och handlingsplan för nutrition.

Under året har VKE haft uppföljningsmöten med 25 av sjukhusets 42 avdelningar. Det samlade intrycket är att avdelningarna är nöjda med det nya måltidssystemet, där måltidspersonal från Måltidsservice bemannar avdelningsköken. Den patientmatsenkät som genomfördes av Kost (Region Västmanland) under hösten 2023 visar att patienterna generellt är nöjda med maten. Patienter med längre vårdtid och nedsatt aptit är mindre nöjda med maten. Detta är ett viktig område att arbeta vidare med. Service, serveringstid och matens temperatur får goda omdömen. Många avdelningar har under året arbetat för att förbättra rutiner för nutrition och måltider, men fortfarande finns flera områden att fortsätta utveckla för att förbättra patientsäkerhet och kvalitet.

Några pågående projekt som startats under 2023 är digitalisering av sjukhusets måltidsbeställningar, måltider till närstående, konsistensanpassning enligt internationell standard (IDDSI) och mellanmålsmenyer. Under året har också olika informations- och utbildningsinsatser genomförts, till exempel uppmärksamhetsvecka för matvanor med fokus på munhälsa samt utbildning om nutritionsprodukter och munhälsa, med utställning av nutritionsprodukter. Avdelningarna uttrycker bland

annat behov av mer utbildning, bättre stöd från digitala verktyg, utveckling av patient maten för patienter med ätsvårigheter och de med långa vårdtider.

En angelägen fråga, med tanke på omvärldens rådande utmaningar, är att upprätta en beredskapsplan inom Region Uppsala för livsmedelsförsörjning i händelse av kris. Den så kallade ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden ska ha det också under en krissituation. För att kunna bedriva god vård även vid en krissituation behöver tillgången på livsmedel och måltider säkerställas. En beredskapsplan behöver tas fram tillsammans med berörda aktörer i Region Uppsala och Region Västmanland.

Fr o m 1 juli 2023 har en skärpning av lagtexten i Hälso- och sjukvårdslagen 5 Kap §2 gjorts., "Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges." Nutritionsprodukter klassas som sjukvårdsprodukter och omfattas således av lagen. Det pågår ett arbete att upprätta ett lager för sjukvårdsprodukter att använda på sjukhuset. I dagsläget är dock arbetet endast i planeringsstadiet och vi uppfyller inte lagkraven.

Livsmedel för speciella medicinska ändamål

Speciallivsmedel kan användas för personer med nutritionsproblem relaterat till undernäring eller olika sjukdomar som kräver speciell kost.

För att hantera kostnader, rutiner och riktlinjer för speciallivsmedel i regionen inrättades 2012 en 50% kontrollertjänst. Tjänsten finansieras sedan 2014 av de besparingar som görs inom området genom upphandling av speciallivsmedel för förskrivning, via en för ändamålet avsedd portal, med hemdistribution till personer som är 16 år och äldre. Kostnaderna har i och med detta kunnat minska med ca 30 %, från 25 Mkr till 18 Mkr/år.

Enligt beslut HSD-beslut nr 43-2022 inrättades våren 2023 en motsvarande 50 % kontrollertjänst i syfte att genomföra samma förändring för barn < 16 år. Målet är att minska såväl kostnader som administrativ tid för förskrivningar även för denna åldersgrupp. Enligt tidigare rutin har nutritionsprodukter distribuerats via apotek, där kostnader för produkterna varit höga och inte varit möjliga att påverka. Fr o m oktober gäller den nya rutinen för förskrivningar till barn och redan mot årets slut ses en avsevärd kostnadsminskning. Den nya rutinen innebär att patientens nutritionsprodukter beställs direkt av dietisten vilket gör att patienten tidigare kan starta sin nutritionsbehandling.

Under 2023 har en ny upphandling av nutritionsprodukter genomförts under ledning av Varuförsörjningen. Den omfattar hela femklövern, såväl sluten- som öppenvård samt vissa kommuner. I nära 10 år har prisläget för produkterna varit oförändrad, men i den nya upphandlingen har priserna ökat med 37 %. Förändrat världsläge, brist på material, leverantörers kapacitetsproblem samt höga råvarupriser anges som orsaker till detta.

Antalet förskrivningar med hemleverans har ökat med 14 % på ett år. Under 2023 gjordes 21 467 hemleveranser av nutritionsprodukter i länet. Ca 70% av leveranserna har gått till personer födda före 1960.

Befolkningen i Uppsala län ökar. Fram till 2050 förutspås vissa åldersgrupper öka i särskilt stor omfattning; personer i åldrarna 65-79 år med 26 % och personer i åldrar 80+ med 115 %.

Intentionen är att allt fler personer ska vårdas i hemmet och erhålla en jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Det är av största betydelse att personer med nutritionsproblem kan få professionellt stöd i den boendeform de än har. Med en adekvat resurssatt primärvård som bas där dietister kan stötta personer genom personcentrerad och proaktiv vård i hemmet och även hjälpa patienter med komplexa nutritionsproblem kan vi öka patientsäkerheten och samtidigt uppnå en mer kostnadseffektiv nutritionsvård. Ett arbete i LAG nutrition pågår för att på sikt komma till rätta med resursbristen. Det finns exempel på tidigare förändringar där det visat sig att inrättande av dietisttjänster ökar patientsäkerheten och minskar kostnader för nutritionsprodukter.

Levnadsvanor

Verksamheter vid Akademiska sjukhuset kan följa sitt arbete med levnadsvanor genom utdatorapport för antal patienter som fått frågor och åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor, som en del av förflyttningen *”Arbeta datadrivet med kvalitet”*. Under 2023 fick mellan 4652 (matvanor) och 12186 (tobak) patienter frågor om levnadsvanor på sjukhuset, vilket motsvarar mellan 3-6 % av patienterna. Detta är en ökning för samtliga levnadsvanor från föregående år. Även nationellt ses trenden att frågor om levnadsvanor har börjat uppmärksammas i högre grad igen efter en nedgång under pandemin.

När det gäller resultat för dokumenterade åtgärder ses betydligt lägre resultat- se figur 1.

Tobak

År	Antal Screenade patienter	Antal riskpatienter	Andel riskpatienter	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal
2023	12 186	2 579	21 %	134	50	23
2022	10 742	2 406	22 %	123	34	7

Alkohol

År	Antal Screenade patienter	Antal riskpatienter	Andel riskpatienter	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal
2023	11 103	1 562	14 %	104	29	58
2022	9 908	1 516	15 %	148	29	68

Fysisk aktivitet

År	Antal Screenade patienter	Antal riskpatienter	Andel riskpatienter	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal
2023	8 164	3 227	40 %	686	321	203
2022	6 316	2 257	36 %	772	382	148

Matvanor

År	Antal Screenade patienter	Antal riskpatienter	Andel riskpatienter	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal
2023	4 652	840	18 %	176	49	5
2022	4 019	624	16 %	195	38	0

Figur 1: Antal patienter som fått frågor om tobak, patienter med risk samt antal dokumenterade åtgärder. Antal dokumenterade åtgärder är oberoende av antal riskbedömda. åtgärder. Källa: SAS Viya LUL levnadsvanor för perioden 2022-01-01 till och med 2023-12-31.

Resultatet för både frågor och åtgärder speglar hur väl dokumentation av levnadsvanor genomförs. I nationella patientenkäten har mellan 23 % (matvanor i öppenvården) och 45 % (tobak i slutenvården) uppgivit att vårdpersonalen diskuterade levnadsvanor vid det senaste besöket. Region Uppsala kommer under 2024 arbeta för att utveckla vårddokumentationen av levnadsvanor.

Akademiska sjukhuset har en representant i Region Uppsalas Lokala samverkansgrupp (LSG) för Levnadsvanor, som har rollen som gruppens processledare. LSG Levnadsvanor och Hälsöfrämjande sjukhus arbetar aktivt för att stödja verksamheterna att arbeta strukturerat med levnadsvanor, genom att ta fram och sprida kunskapsunderlag, information till medarbetare och invånare, patientmaterial, enhetlig dokumentation och utdata rapporter. Under året har stöd i förbättringsarbete riktats till att integrera levnadsvanor som en del av cancerrehabilitering, vid rehabiliteringsmottagning och i samband med plastikoperation. Ett första steg har tagits för att påbörja implementering av Nationell vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor för barn och ungdomar, vilket kommer fortsätta under kommande år.

Under året har det genomförts utbildningar inom samtliga levnadsvanor samt utbildningsdagar för ST-läkare om sjukdomsförebyggande arbete. I samarbete med övriga förvaltningar har det genomförts en uppmärksamhetsvecka för matvanor med fokus på munhälsa, en uppmärksamhetsmånad för alkohol och tobak, samt workshop runt alkohol och äldre i samarbete med LPO äldres hälsa. Hälsöfrämjande sjukhus bedömer att fortsatt stöd och utbildningsinsatser till verksamheterna är vägen framåt för att ytterligare integrera levnadsvanor som en del av vård och behandlingen.

SÄKER VÅRD HÄR OCH NU

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Utlokaliserade patienter

Andelen utlokaliserade patienter har fortsatt att minska under 2023. Sedan 2021 har andelen utlokaliserade minskat från 2,4 % till 1,05 %. Sjukhuset har arbetat aktivt med bättre koordinering och medicinsk märkning så att rätt patient hamnar på rätt vårdplats. Under året har antalet vårdplatser inom internmedicin ökat vilket påtagligt har minskat utlokaliseringarna därifrån. Under hösten öppnade intagningsenheten, vilket förbättrat flödet från akutmottagningen och medgivit att patienter kan mellanlanda där i väntan på rätt vårdplats.

På Akademiska sjukhuset påbörjades hösten 2023 ett utvecklingsarbete tillsammans med produktionsenheten angående smidigare och säkrare utskrivningar gällande läkemedel. Tjänsten bemannas av två kliniska farmaceuter som är anställda på klinisk farmaci. Syftet med farmaceutisk utskrivningshjälp är att fungera som ett stöd för läkare och sjuksköterskor på sjukhusets vårdavdelningar, till exempel i situationer

där man känner sig osäker på hur man ska göra eller har kört fast – och där läkemedel är en orsak till att patienten inte kan lämna sjukhuset. Målet är att göra utskrivningarna smidigare och säkrare för patienter med komplex och/eller avancerad läkemedelsbehandling samt att ingen patient ska behöva stanna kvar på sjukhuset på grund av praktiska läkemedelsproblem.

Exempel på situationer där man kan be om farmaceutisk utskrivningshjälp (FUH) om hjälp: uppstart av Homepump (intravenösa antibiotika i hemmet), förskrivningsfrågor – t ex extempore, licenser, dospåsar, avstämning av dosrulle, uppstart av dos, palliativ vård i livets slutskede som ska ske i hemmet, frågor om läkemedelshantering och parenteral nutrition i hemmet. Utbildning till vårdpersonal i syfte att stärka avdelningarnas egna processer kring läkemedelshantering vid utskrivning är en av aktiviteterna i säker läkemedelshantering.

Under året 2023 har Läkemedel och farmaci genomfört och avslutat sin kvalitetsgranskning av läkemedelshantering inom cirka 170 enheter. Kvalitetsgranskningen har för varje vårdenhet bestått av ett fysiskt möte mellan enhetens läkemedelsansvariga läkare, sjuksköterskor, verksamhetschef och en särskilt utbildad kvalitetsgranskare och har resulterat i en skriftlig rapport med identifierade åtgärdsförslag. Fokus har varit att samtliga enheter ska beskriva läkemedelshantering på lokal nivå i en fastställd mall utifrån våra regionövergripande rutiner. På granskningstillfälle har vi även tydliggjort vikten av:

- Att läkemedelsordinationer ska dokumenteras och hållas samlade i patientjournalen.
- Hanteringen av narkotikaklassade läkemedel. Att samtliga enheter har rutiner för tillförsel, förbrukning och kassation.
- Tillgång till akut läkemedel och aktuella rutiner vid akuta situationer.

Ett generellt direktiv betyder att läkemedel kan ges till patienter utan att en individuell ordination behövs. Av det generella direktivet ska det framgå bland annat vilka läkemedel det gäller, indikationer och kontraindikationer. Under året har vi tagit fram nya rutiner som vårdgivare för kvalitetssäkring av generella direktiv, att de utfärdas på ett patientsäkert sätt.

Vid ett tillfälle under året har Läkemedel och farmaci genomfört heldags utbildning kring läkemedelshantering för nya läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt två kortare informationsträffar för chefer och läkemedelsansvariga sjuksköterskor.

På sjukhuset finns ett stort antal avvikelser som berör risker och felhändelser i läkemedelshantering. För att identifiera de bakomliggande orsakerna/problemområden/ämnesområden till avvikelserna skickades en enkät ut 2022. Enkäten skickades ut till kliniskt aktiva läkare och sjuksköterskor inom alla verksamhetsområden (VO) på sjukhuset. Enkäten vände sig både till läkemedelsansvariga läkare/sjuksköterskor och till dem som inte har ett specialuppdrag. Enkäten har sammanställts och en handlingsplan har tagits fram under 2023. Syftet är att öka patientsäkerheten och medvetenheten i samband med läkemedelshantering och som bieffekt synliggöra läkemedelsavvikelser

En annan förbättringsåtgärd som en slutenvårdsavdelning valt att förbättra beträffande medicinering och biverkningar är att de anställt en läkare med annan medicinsk specialitet för att höja läkarkompetensen samt öka vårdkvaliteten.

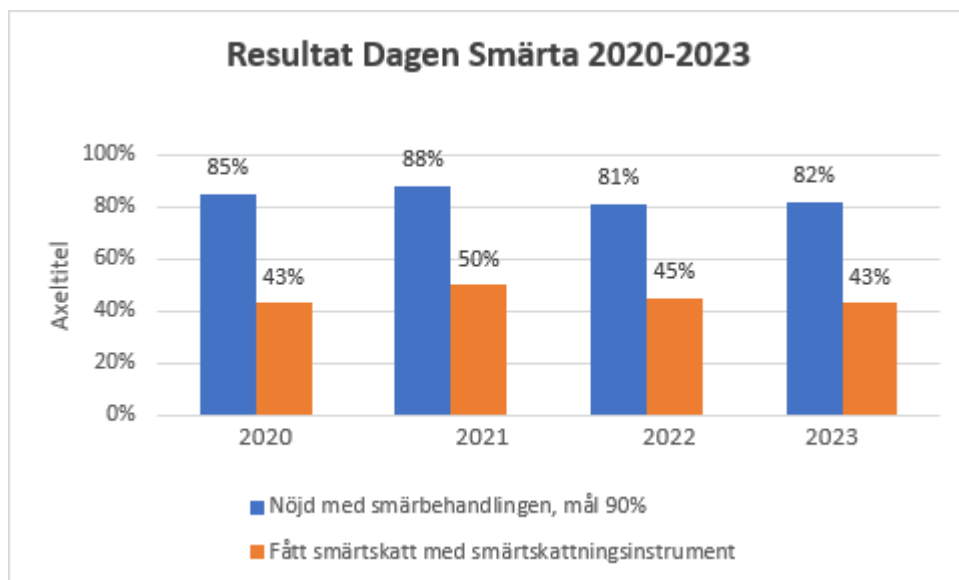
Smärta

Mål för ”Dagen Smärta” i Region Uppsala

1. - att 90% av patienterna med smärta uppger sig vara nöjda med sin smärtbehandling.
2. - att 70% av patienterna med smärta, regelbundet blir smärtskattade med ett smärtskattningsinstrument.

Resultat

Resultatet för målen har minskat marginellt från de två senaste åren. Fler patienter efterfrågar mer information kring sin smärtbehandling, att det tar för långtid innan de får smärtlindring och eftersöker en mer individ anpassad smärtbehandling.



Utdata visar att fler patienter får en dokumenterad smärtskattning registrerad i journalen.

Analys

Omvårdnaden kring smärta behöver stärkas och prioriteras mer enligt patienternas synpunkter från Dagen Smärta. Fler patienter efterfrågar mer information kring sin smärtbehandling, att det tar för långtid innan de får smärtlindring och eftersöker en mer individ anpassad smärtbehandling. Dess synpunkter framkommer även i nationell patientenkät (NPE) och ärenden patientnämnden fått från patienter kring smärta.

Många avdelningar saknar fortfarande smärtansvarig och många har inte jobbat med patientsäkerhetskulturen kring smärta på grund av tids- och kunskapsbrist. Utdata

rapporten har utvecklats och dokumentationen kring smärta har uppdaterats under året. Utdata för smärta finns nu i kvalitetsrapporten SAS Viya inom vårdskade områdena.

Åtgärder

Under 2024 kommer nätverksgruppen för smärtansvariga fortsätta jobba med rutiner och utbildning kring smärta och det som patienterna önskar ska förbättras. Arbete pågår med att förbättra utdatarapporter av kvalitetsindikatorer från elektronisk patientjournal.

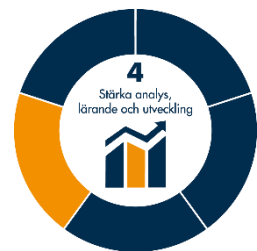
Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

Årligen rapporterar Akademiska sjukhuset runt 12 000 avvikelser (patient, arbetsmiljö, miljö, medicinskt teknisk produkt, service och fastighet, säkerhet) i MedControl vilket visar att systemet används och att medarbetare uppmärksammar risker och avvikelser vilket är positivt. Antalet avvikelser har ökat år från år och i de registrerade ärendena finns risker för vårdskador och inträffade vårdskador.

Avvikelsehanteringssystemet bygger på egenrapportering och att varje verksamhetsområde har en fungerande rutin för omhändertagande av sina avvikelser. Vårdkvalitetsenheten tillhandahåller stöd och utför merparten av sjukhuset koordineringar inom Medcontrol. De centrala koordinatörerna har stor kunskap och erfarenhet av att bedöma avvikelser och meddelar chefläkare om de stöter på avvikelser som inte hanterats korrekt. Förutom att koordinera händelser/avvikelser arbetar de också med uppdragstilldelning, stöd, utbildning, handledning och utveckling av arbete med avvikelser och patientsäkerhet. Inom några verksamhetsområden finns ytterligare koordinatörer. Inom Avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet finns en styrgrupp där chefläkare, chefsjuksköterska, enhetschef Vårdkvalitetsenheten och centrala koordinatörer ingår.

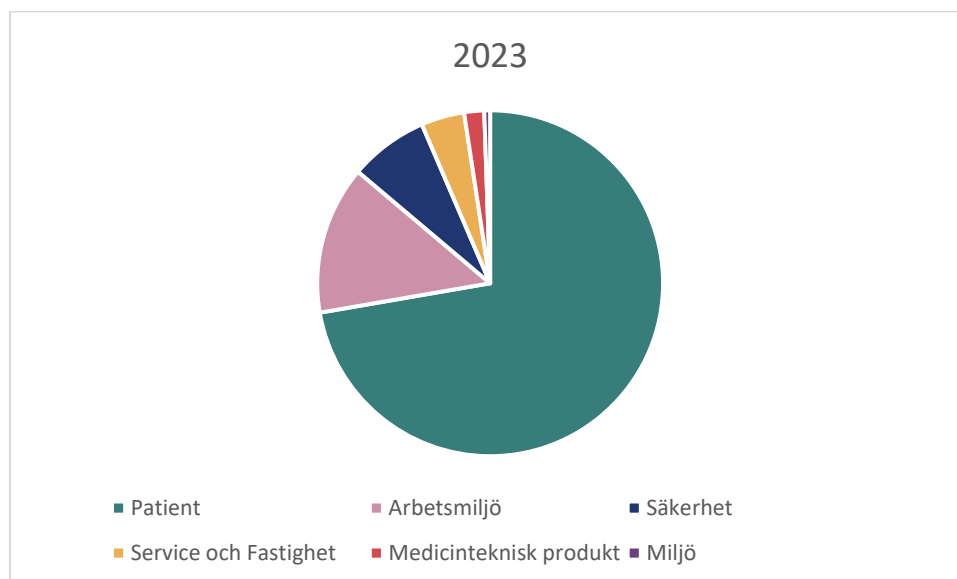
På ledningens genomgång ska varje verksamhetsområde rapportera avvikelshantering och ange åtgärder om ärenden inte hanteras i tid. Vårdkvalitetsenheten har vårdutvecklare som arbetar som Centralkoordinatorer

Som ett exempel för uppföljning och utveckling finns avvikelser som en del i "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" i en utdatarapport som bland annat visar antalet hanterade och icke hanterade avvikelser. Med hjälp av utdatarapporten följs avvikelshantering kontinuerligt upp på ledningens genomgång.

Under 2023, på Akademiska sjukhuset förekom 1809 stycken arbetsmiljöavvikelser (jämfört med år 2022, 1966 st) och 9420 stycken patientavvikelser (jämfört med år 2022, 9311st).

Avvikelser Akademiska sjukhuset	2023
Patient	9420
Arbetsmiljö	1809
Säkerhet	962
Service och Fastighet	527
Medicinteknisk produkt	244
Miljö	71

Tabellbeskrivning: Antal avvikelser under 2023 i MedControl. Källa SAS Viya.



Diagrambeskrivning: Antal avvikelser under 2023 i MedControl. Källa SAS Viya.

Aktiviteter som uppmärksammats och genomförts av Centralkoordinatorer;

- uppmärksammat en trend på avvikelser i samverkan som lyftes som ett ärende till Länets Patientsäkerhetsgrupp.
- uppdrag att anordna Workshop för lärande med avvikelser i samverkan mellan ambulansen, sjukvårdens larmcentral, länets kommuner (kommunal vård och omsorg) samt representation av Nära vård och hälsa. Workshopen hölls på

Akademiska sjukhuset och avrapporterades tillbaka till Länets Patientsäkerhetsgrupp.

- fortbildning och handledning verksamhetsnära genom föreläsningar på avdelningar, lärandeseminarium, Kliniskt Utvecklingsår (KUÅ) och individuella genomgångar.
- uppdatering av rutiner som exempelvis, sjukhusövergripande rutin, remissinstans till uppdatering av samverkansrutin ViS Avvikelser i samverkan.
- identifierat behov av samverkan i Region Uppsala gällande rutinarbete, lärande och samverkan mellan förvaltningarna.



Diagram 11. De vanligaste händelseklassificeringarna under 2022.

Händelseanalys

En händelseanalys genomförs då en patient skadats eller kunde ha skadats i en undvikbar händelse. Händelseanalysen ligger ofta till grund för chefsläkarnas och chefstandläkarnas lex Maria-bedömning. Det är viktigt för alla inblandade att händelseanalysen startar snarast efter inträffad avvikelse och att den genomförs så snabbt som möjligt.

Syftet med händelseanalys: Händelseanalys gör vi för att organisationen ska lära sig om de bakomliggande orsakerna till risker i verksamheten och för att de inblandade ska kunna lära av händelsen. Rutiner, arbetsmiljö, kompetens, bemanning, ledarskap och organisation är exempel på sådant som utreds. Händelseanalys är ett viktigt verktyg i patientsäkerhetsarbetet.

En händelseanalys ska ge svar på frågorna:

- Vad har hänt?
- Varför hände det?
- Hur kan en upprepning förhindras?

Efter detta är det återrapport; möte där riskanalysteamet berättar vad som framkommit i utredningen. Möjlighet till eventuella korrigeringar ges. Till mötet kallas förutom riskanalysarbetsgruppen berörda chefer och uppdragsgivare.

När återrapporteringsmötet är genomfört så skrivs en slutrapport som skickas till uppdragsgivare.

2023 utfördes 13 centrala händelseanalyser och en hybridhändelseanalys. De centrala händelseanalyserna är ofta omfattande och inbegriper flera verksamheter och/eller komplexa händelser, vilket innebär att varje analys innehåller flera bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag. Åtgärdsförslagen rapporteras därefter till chefsläkare att de är genomförda hos respektive verksamhet. Exempel på bakomliggande orsaker som framkommit i analyserna är:

- 3 ärenden handlar om omhändertagande av kritisk patient
- 2 ärenden handlar om dokumentation/informationsöverföring
- 3 ärenden handlar om läkemedel/infusioner,
- 1 ärende handlar om utlokalisering/ ansvarsfördelning
- 1 ärende handlar om resursbrist
- 2 ärenden handlar om att tydlig överrapportering saknas
- 1 ärende handlar om stor kirurgi som misslyckas

Organisation

Arbete pågår med att skapa en gemensam organisation kring risk-och händelseanalyser. En inventering av utbildade risk-och händelseanalysledare har skett i form av en enkät som skickats ut till alla verksamhetschefer.

Utbildning

Under 2023 genomfördes även en risk-och händelseanalysledarutbildning på Akademiska sjukhuset samt en händelseanalysledarutbildning på lasarettet i Enköping med team (läkare och sjuksköterska) från flera verksamhetsområden.

Under 2023 genomfördes 13 centrala händelseanalyser av de centrala händelseanalysteamerna. I flertalet av dessa medverkade patient och/eller anhörig. Även ett stort antal interna händelseanalyser är utförda under året, där verksamheterna själva har utfört utredningarna.

Ett nytt koncept med hybridhändelseanalys har utarbetats som innebär att personal från centrala händelseanalysenheten bildar team med personal från internt händelseanalysteam på berört verksamhetsområde. Detta både för att stötta och vidareutveckla de interna teamen men också för att få ett utifrånperspektiv i händelseanalysen. Under 2023 genomfördes 3 hybridhändelseanalyser på försök vilket utföll väl varför arbetssättet implementeras. Det finns tre nivåer av händelseanalysutredningar; central, hybrid och intern på Akademiska Sjukhuset.

Under 2023 har Medicinsk teknik utrett 223 negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter, 19 av dessa har anmälts till Läkemedelsverket. Antalet inkomna medicintekniska ärenden i Medcontrol har ökat med 16% jämfört med 2022 och 23% sedan 2020 vilket är glädjande då vi tror att det finns en underrapportering.

Medicinsk teknik har hanterat 39 säkerhetsmeddelanden från tillverkare och haft en stor roll i riskbedömning, samordning samt information till berörda avdelningar vilket gjort att påverkan på vården blev så liten som möjligt. 11 stycken egentillverkningar/riskanalyser har utförts och Medicinsk teknik har varit väl representerat i olika nationella uppdrag som rör medicinteknisk säkerhet.

Under år 2023 har Redaktionsrådet inlett en revidering av ViS Avvikelser i samverkan. Här har vårdutvecklare på Vårdkvalitetsenheten och koordinators på Akademiska sjukhuset varit delaktiga i revideringen.

Ärenden som är av samverkanskaraktär bereds av centralkoordinatorer tillsammans med Chefläkare, Chefsjuksköterska och Enhetschef för Vårdkvalitetsenheten. Ärenden som är av allvarlig karaktär och behov av lösning i samverkan tas upp i Länet's Patientsäkerhetsgrupp. Olika ärenden har under året lyfts för dialog. Centralkoordinatorer har under 2022 uppmärksammat trend på avvikelser i samverkan som lyftes som ett ärende till Länet's Patientsäkerhetsgrupp. Uppdrag gavs åter till Centralkoordinatorerna att anordna Workshop under 2023. I början på 2023 anordnades Workshop för lärande gällande avvikelser i samverkan mellan ambulansen, sjukvårdens larmcentral, länet's kommuner (kommunal vård och omsorg) samt representation av Nära vård och hälsa. Workshopen hölls på Akademiska sjukhuset och avrapporterades tillbaka till Länet's Patientsäkerhetsgrupp.

Palliativ vård

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Sjukhusövergripande mål är sedan tidigare att:

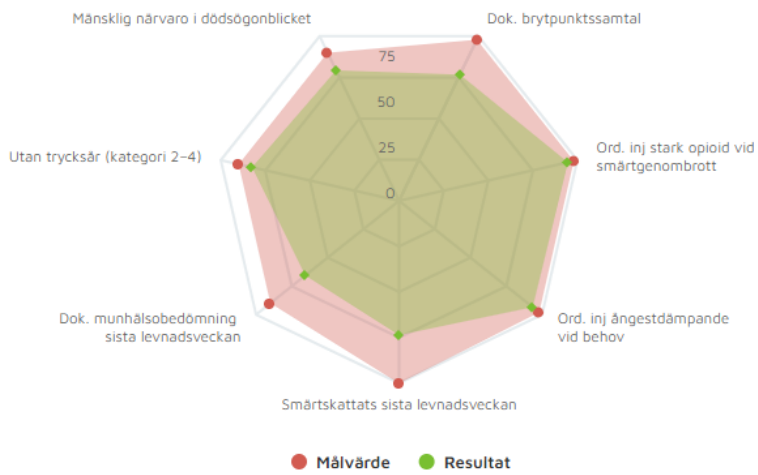
- öka kunskap om palliativ vård
- öka täckningsgraden i Svenska palliativregistret
- följa Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård
- riktad utbildningsinsats mot läkare om brytpunktsamtal och beslut om begränsad behandling
- utveckla vården i livets slut
- initiera ett kontinuerligt lärande och ständigt förbättringsarbete

Under 2023 avled 1262 (jmf 1274 år 2022) patienter på sjukhuset och 803 (jmf 708 år 2022) dödsfall fanns registrerade i Svenska Palliativregistret. Täckningsgraden för sjukhuset beräknas för år 2023 till 64 % (jämfört med 2022 55%). Detta visar en ökning i täckningsgraden i Svenska Palliativregistret.

Uppföljning av kvalitetsindikatorer enligt Socialstyrelsen kan i dagsläget visualiseras genom detta spindeldiagram där källan är Svenska Palliativregistret (se bild nedan).

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

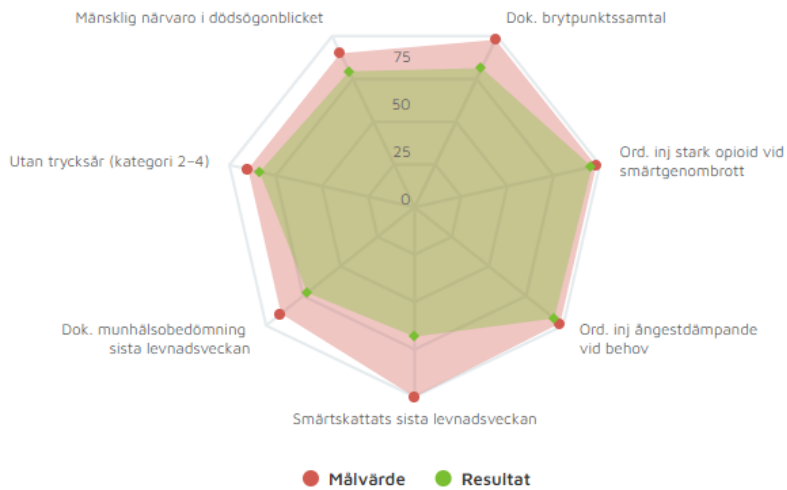
Period 2023-01 - 2023-12



Spindeldiagram: Resultat för kvalitetsindikatorer enligt Svenska Palliativregistret 2023

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



Spindeldiagram: Resultat för kvalitetsindikatorer enligt Svenska Palliativregistret 2022

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	76,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,7
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	93,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	73,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	65,6
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	82,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	79,3

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,6
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	93,9
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	68,2
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	72,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	83,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	79,5

Tabell Spindeldiagram: Resultat för kvalitetsindikatorer enligt Svenska Palliativregistret 2023 jämfört med 2022

Under 2023 har ett arbete inletts med att ta fram nya mål och en handlingsplan gemensamt med specialister i palliativ vård och arbetet kommer att fortsätta under 2024. Vårdkvalitetsenheten har tillsammans med Palliativa konsultteamet hållit lunchföreläsning, föreläsning, dialog med verksamheterna och nätverksträffar med palliativansvariga och palliativombud. Verksamhetsbesök genomfördes med fortbildningsinsatser och möten med palliativansvariga tillsammans med respektive chefer. Uppföljning tillsammans med kontaktpersoner för kvalitet och patientsäkerhet genomfördes inom de verksamhetsområden som hade eget intresse eller fler än 10 dödsfall på sin enhet. Verksamhetsbesök tillsammans med representation av specialister i palliativ vård (både medicin och omvårdnad) genomfördes i flertal verksamheter med riktade insatser utifrån brytpunktssamtal och vårdnivåbedömning.

Ett uppmärksammat behov av utskrivning av patienter i livets slutskede uppmärksammades och insatser tillsammans med Produktionsenheten genomfördes. Dessa aktiviteter kommer fortsätta under 2024. Som en del i "Baspaketet för kvalitet och patientsäkerhet" har arbetet med en utdatorapport tillsammans med enheten för Beslutsstöd inletts. Detta kommer underlätta uppföljningen för verksamheterna och möjliggöra registrering i Svenska Palliativregistret.

Sjukhusövergripande uppmärksammades Palliativ vård i livets slutskede genom en uppmärksamhetseftermiddag där även deltagare från andra vårdförvaltningar deltog. Planering skedde tillsammans med representation från Palliativa konsultteamet och Vårdkvalitetsenheten. Som del i att stärka kunskapen och kompetensen planeras fler tillfällen både länsövergripande tillsammans med LPO Äldres hälsa likväl som sjukhusövergripande dagar med fokus på barn och vuxna under 2024 då behovet identifierats.

Vårdkvalitetsenheten har tillsammans med verksamhetsområdet Akademiska barnsjukhuset identifierat behov av arbete med palliativ vård och barnperspektivet med stöd av RCC. Detta har bidragit till processarbete för alla avdelningar inom Akademiska barnsjukhuset där Vårdkvalitetsenheten varit en resurs i arbetet tillsammans med verksamheten. Under 2023 har även Vårdkvalitetsenheten tillsammans med Enheten för vårdprocessstöd bistått i processkartläggningen för palliativ vård till verksamhetsområdet Geriatrik. Både med deras nulägesorientering

och önskeläge. Detta har även lett till mer stöd till Geriatriken som verksamhetsområde och utbildningsinsatser tillsammans med Palliativt centrum och Produktionsenheten.

Vårdkvalitetsenheten har även varit del i arbetet med aktiviteter i ackrediteringen för Regionalt Cancer Center med utgångspunkt för palliativ vård sjukhusövergripande.

Start av uppdatering och översyn av sjukhusövergripande rutiner inleddes. Samtidigt upptäcktes ett behov av att samarbeta mellan vårdförvaltningarna för att säkra övergångarna för patienterna. Ett nätverk skapades med funktioner som vårdutvecklare inom Palliativ vård med representation från Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping och Nära vård och hälsa. Tillsammans kunde arbete med flertal rutiner påbörja samt behov av samverkan inledas.

Inom kunskapsstyrningen har ett arbete pågått att ombilda LAG Palliativ vård till LSG Palliativ vård. Vårdkvalitetsenheten har representerat sjukhuset och samverkat med förberedande underlag i samband med utbildningen och beredning av ärenden.

Under 2023 representerades Akademiska sjukhusets specialiserade palliativa vård i det länsövergripande samarbetet mellan Region Uppsalas specialiserade palliativa enheter och länets kommuner. Fokus var på gränsöverskridande samarbete och lösningar utifrån Vård i samverkan och en Effektiv och nära vård – vård i hemmet med delprojektet palliativ vård i hemmet. Arbetet ledde till en utformning av samverkansmodell med länets kommuner och nytt remissförfarande till specialiserad palliativ vård och att ViS-dokumentet "Palliativ vård i samverkan" uppdaterades. I samband med lansering av nytt arbetssätt och uppdateringen av ViS "Palliativ vård i samverkan" höll arbetsgruppen en serie av seminarium som del i implementeringen. I samband med dessa inleddes arbete att uppdatera sjukhusövergripande rutiner varpå det upptäcktes skillnader i ViS- Palliativ vård i samverkan och det som hade kommunicerats via exempelvis implementationsseminarierna. På grund av detta har sjukhuset initierat start av omfattande och noggrann översyn med förtydligande av omfattningen av ViS Palliativ vård i samverkan. En central fråga som behöver tydliggöras är om ViS-riktlinjen ska tillämpas inom all specialiserad vård eller enbart inom det uppdrag som bedrivs av Palliativt centrum. Detta arbete startar i början på 2024 tillsammans med Vårdkvalitetsenheten, Produktionsenheten, Palliativt centrum och Effektiv och nära vård.

Regionövergripande har arbetet genom kunskapsstyrningen omstrukturerats där det skett tillsättning av LAG Täckningsgrad och utbildning av LAG Palliativ vård till LSG Palliativ vård. Under 2023 fick alla därmed ett uppdrag att avrapportera täckningsgrad var tredje månad och följa registreringarna i svenska Palliativregistret. Ett arbete inleddes med dialog med Svenska Palliativregistret för att säkra hantering och inrapportering. I detta arbete upptäcktes svårigheter med rapportering i databasen, tillgång till rätt länkning i databasen och åtkomst till databasen. Samtidigt utvecklades ett arbetsförfarande genom rapporten Palliativ vård i Sas Viya för att verksamheterna själva kunde efterregistrera de dödsfall som inte rapporterats in. Arbetet kommer fortsätta även under 2024 för säkrare hantering och registrering i Svenska Palliativregistret.

Sammantaget visar insatserna som genomförts under 2023 att fortsatt arbete och samarbete behövs för att nå målen, implementera personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp samt följa vårdprogram för barn och vuxna.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Enskilda synpunkter och klagomål samt patientnämndsärenden hanteras på verksamhetsnivå. Alla enskilda klagomål som kommer via IVO passerar chefsläkare som bedömer allvarlighetsgrad och inleder dialog med ansvarig verksamhetschef vid behov. Om ett enskilt ärende som hanterats via IVO medför klander av verksamheten sker likaså dialog med verksamheten. Lex Maria följs upp genom arbetssättet "Lex Maria-backspegel" där beslutade åtgärder på verksamhetsnivå följs upp.

Figur 1. Antal klagomål och synpunkter per förvaltning

Akademiska sjukhuset

<i>Patientnämnden</i>	1146
<i>Enskildas klagomål</i>	80
<i>Lex Maria</i>	47

De 47 patientärenden som är inskickade till IVO gällande lex Maria, rör de flesta fallen omhändertagande av kritiskt sjuk patient. Även felaktig läkemedelshantering samt avsteg från gällande rutin är vanligt förekommande.

Under 2023 utfördes 13 centrala händelseanalyser. Resultatet av händelseanalyserna återrapporteras till berörd verksamhet med närvaro av chefsläkare. Händelseanalyserna har lett till förändringar inom bland annat läkemedelshantering och perioperativa procedurer.

Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att ständigt förbättra vården och genom Nationell Patientenkät (NPE), återförs patientupplevelser strukturerat inom hälso- och sjukvården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Under 2023 genomfördes mätningen inom specialiserad somatisk öppen- (diagram 1) och slutenvård (diagram 2).

Inom öppenvården har dimensionerna **Information och kunskap** tillsammans med **Emotionellt stöd** störst förbättringspotential. Inom slutenvården har dimensionerna **Information och kunskap** tillsammans med **Kontinuitet och koordinering** störst förbättringspotential.

Inom dimensionen **Information och kunskap** ingår frågor om patienten fått information om behandling, medicinering, biverkningar och varningssignaler att vara uppmärksam på men även frågor om förseningar samt om patienten får svar på sina frågor på ett begripligt sätt. För att öka patienternas chans att få den information och kunskap de behöver så testas en patientskärm inne på vådrum inom utvalda slutenvårdsenheter. Patientskärmen innehåller förutom underhållning och

sjukhusövergripande information en möjlighet att publicera specifik avdelningsinformation, (exempelvis vanligt förekommande undersökningar och behandlingar).

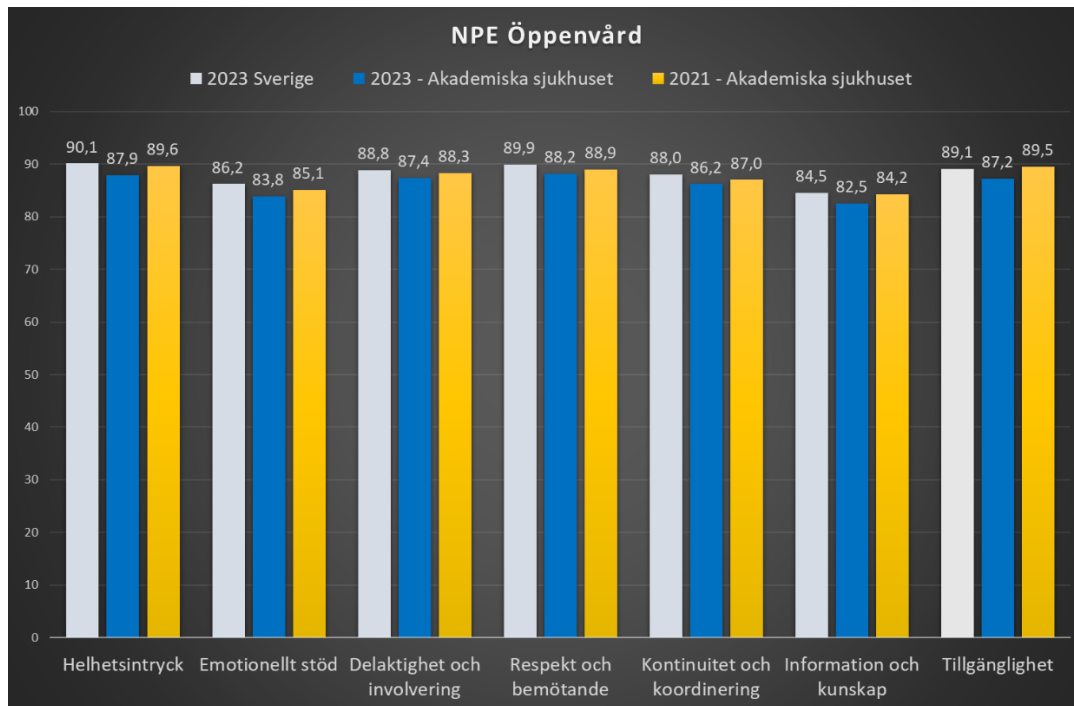


Diagram 1: visar dimensionerna inom Nationell patientenkät för öppenvård.

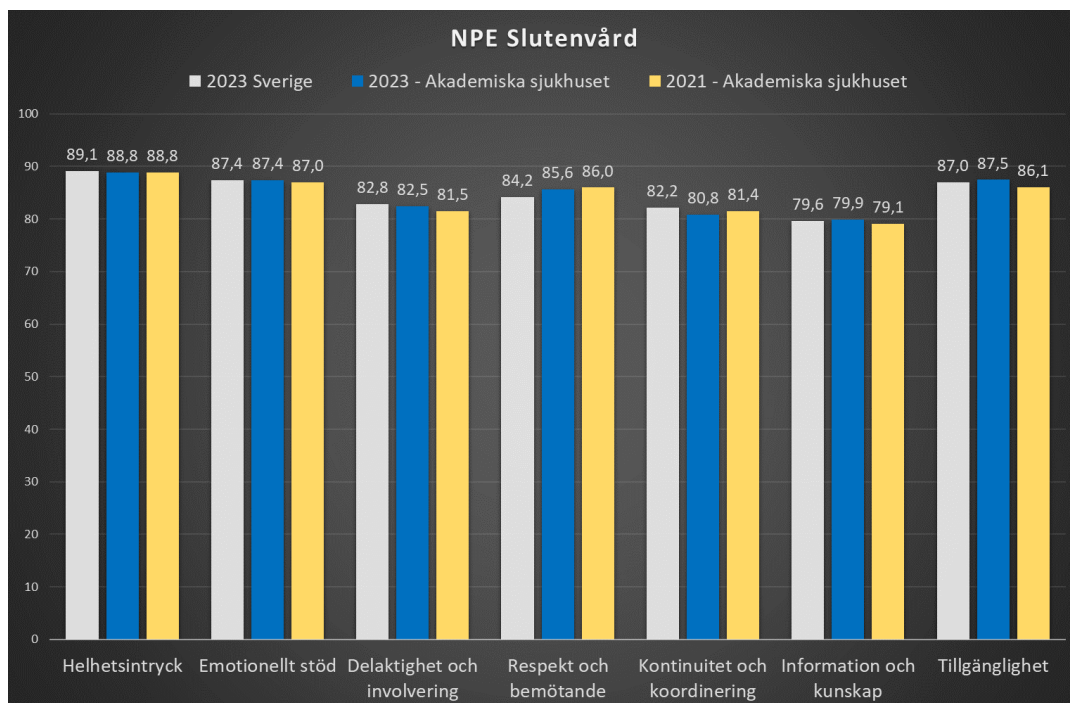


Diagram 2: visar dimensionerna inom Nationell patientenkät för slutenvård.

ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mycket av arbetet inom patientsäkerhet sker inom ramen för förflyttningen "arbeta datadrivet med kvalitet". Goda exempel är inrättandet av "Baspaket för kvalitet och patientsäkerhet" med en samlad rapport för generella kvalitetsindikatorer samt rapporten specifika kvalitetsindikatorer där 55 självvalda indikatorer återspeglar medicinsk kvalitet inom samtliga verksamhetsområden. Vid sjukhusets verksamhetsuppföljningar har kvalitet och patientsäkerhet lyfts systematiskt som ett led i att stärka arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Vidare har verksamhetsbesök med chefsläkare och chefsjuksköterska återupptagits efter en paus under pandemin. Ett arbetssätt "Lex Maria-backspegel" har utarbetats där åtgärder efter Lex Maria följs upp.