



Årsredovisning 2009 Akademiska sjukhuset

1 Viktiga händelser

- Ekonomiska läget var stabilare mot slutet av året men fortsatt bekymmersamt. Sjukhuset resultat blev -70 miljoner kronor. I resultatprognosen ingår de 73 miljoner kronor som först 2010 medför helårseffekt i kostnadsanpassningar. Reglering har skett mot finansförvaltningen. Vidare har landstingsanslaget minskat med de 4,3 miljoner kronor för att den målrelaterade ersättningen 2008 inte fullt ut nåddes. Underskottet hänför sig bl. a. till hemtagningen av riks-/regionpatienter inom regionen, den ökade C-länsproduktionen inkl vårdgaranti, bildprojektet samt svårigheter att halvera antalet hyrläkare.
- Akademiska sjukhuset sökte 2009 rikssjukvårdsuppdragen svåra brännskador och kranofacial kirurgi. Akademiska har tidigare haft rikssjukvårdsuppdraget i svåra brännskador och ligger långt framme gällande vård, rehabilitering och forskning. Den 13 maj beslutade socialstyrelsen att Akademiska sjukhuset och Universitetssjukhuset i Linköping får rikssjukvårdsuppdraget för svåra brännskador.
- Under året införde sjukhuset verksamhetsfilosofin Lean healthcare, ett komplett synsätt på systematiskt arbete med förbättringsåtgärder. Arbetet omfattar sjukhusets alla processer. Grunden är att skapa kompletta, mångdisciplinära team som samarbetar kring patienten. Generellt uppvisar lean-teams kortare ledtider för patienter, minskad spiltid och ökad produktivitet. Akademiska hade som mål att alla medarbetare skulle utbildas i konceptet Lean healthcare under 2009. Under 2009 har ca 4 000 medarbetare genomgått utbildning.
- Den 10 och 11 december arrangerades kvalitetsdagar för all personal för första gången på Akademiska. Dag ett var temat vårdrelaterade infektioner, dag två presenterade divisionerna resultat från förbättringsarbetet bland annat inom områdena tillgänglighet, trycksår, fallskador och smärta.
- All forskning som bedrivs på sjukhuset har redovisats i ett forskningsbokslut för 2008. Sjukhusets första forskningsbokslut sammanställdes förra året.
- Akademiska ligger långt framme när det gäller att hantera vårdrelaterade infektioner, men vill bli ännu bättre. Målet är att halvera antalet vårdrelaterade infektioner under 2009. Kostnaden för dessa infektioner på Akademiska är idag omkring 110 miljoner kronor om året, främst på grund av förlängda vårdtider. Denna summa ska sänkas till 55 miljoner kronor. En utvärdering av VRISS-projektet (vårdrelaterade infektioner ska stoppas) under hösten visade att förekomsten av infektioner bland inläggande patienter halverats på ett år.

- Psykiatrins hus är ett av sjukhusets större byggprojekt framöver. Huset ska rymma totalt 33 600 kvadratmeter och större delen av psykiatridivisionens verksamhet ska ha sina lokaler här. Bygget har påbörjats.
- Magnetkamerans nya hus på Akademiska sjukhuset invigdes i juni. Kameran, som har funnits i två år, kan nu användas mer effektivt med personalen samlad i de nya lokalerna alldeles intill PET-centrum. Kameran, en så kallad 3Tesla, stärker den kliniska verksamheten, forskningen och utbildningen vid sjukhuset.
- Akademiska sjukhuset blev i maj först i landet med att introducera en metod för brachyterapi som behandling vid ändtarmscancer. Målgruppen är framförallt patienter med inte alltför långt framskriden ändtarmscancer. Metoden har med framgång använts i Kanada sedan början av 1980-talet.
- I augusti lanserades webbsidan ”Självhjälp på vägen” för ungdomar med adhd, Aspergers och Tourettes syndrom och andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt deras föräldrar, lärare och vårdpersonal. Bakom satsningen står Barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala och Riksförbundet Attention.
- En forskargrupp vid Uppsala kliniska forskningscentrum, kardiologen vid Akademiska och institutionen för klinisk kemi fick i juni Hjärt-Lungfondens stora forskningsanslag på 15 miljoner kronor. Pengarna ska användas till forskning som handlar om att individanpassa diagnostik och behandling för hjärtpatienter.
- Rehabiliteringsmedicin vid Akademiska sjukhuset fick högsta betyg i en kvalitetsgranskning gjord av det oberoende internationella granskningsorganet Carf. Ackrediteringen gäller under tre år och innebär att såväl rehabiliteringens utformning som säkerhetsrutiner och personalens kompetens bedöms hålla högsta internationella standard.
- I oktober startade en rehabiliteringsmedicinsk intermediärvårdsavdelning (RIMA), som ska förbättra omhändertagandet av svårt hjärnskadade patienter. Genom att samla kompetensen vid en avdelning vill man säkra en oavbruten vårdkedja och erbjuda de svårast skadade rätt vård vid rätt tidpunkt.

2 Måluppfyllelse

Ägaruppdrag

Av 16 uppdrag/mål är 11 uppfyllda, 1 delvis uppfyllt, 2 ej uppfyllda och 2 ej tillämpliga.

Ej uppfyllda uppdrag är:

- Antal *reoperationer för knäplastiker* ska ligga under genomsnittet vid jämförelse med andra universitetssjukhus.
- Fullfölja arbetet med *chefsuppdrag*

– En plan för strategisk personalförsörjning ska tas fram utifrån landstingets inventeringsmodell som grund.

Övriga mål är uppfyllda/delvis uppfyllda och kommenteras under respektive rubrik i bilaga 8.1.

Vårdöverenskommelse

Av totalt 55 uppdrag/mål är 39 uppfyllda, 8 delvis uppfyllda och 5 mål ej uppfyllda. Några mål kan ej klassificeras då de samordnas av beställaren eller ej varit tillämpliga under året.

Ej uppfyllda uppdrag är:

- *Läkemedelskommitténs förskrivningsmål* ska uppnås
- *Beroendesjukdomar*: Området behöver prioriteras med särskilda åtgärder och resurser
- *Konsultläkarinsatser* 1) Konsultinsatserna skall regelbundet följas upp tillsammans med primärvården och Enköping. 2) Uppföljning av överenskommelsen mellan Habilitering och Hjälpmedel och utföraren
- *Screening av kolorektal cancer*: Utbildning av skopisjuksköterskor
- *Handläggningstider på akutmottagningen*: Målet är att uppnå en hållbar förbättring vad gäller handläggningstider på akutmottagningen. 90 procent av patienterna ska vara klara för inläggning/hemgång inom 4 timmar.

Övriga mål är uppfyllda/delvis uppfyllda och kommenteras under respektive rubrik i bilaga 8.1.

Miljöprogram

Av 16 uppdrag/mål är 6 uppfyllda, 5 delvis uppfyllda och 5 mål ej uppfyllda.

Ej uppfyllda uppdrag är:

Läkemedel:

- Minska användningen av *sömnmedel* till högst 3,4 procent av den totala läkemedelsanvändningen.
- Minska användningen av *diklofenak* till högst 40 procent av den totala NSAID-användningen
- Inte öka användningen av *fluorkinoloner* under 2009
- Ökning av andelen *startförpackningar* till minst 1 procent

Avfall:

- Andelen *källsorterat avfall* ska vara 48 procent av den totala avfallsmängden vid utgången av år 2009

3 Produktionsutveckling

Vårdtillfällena (utskrivna) ökade med 2,6 procent jämfört med samma period föregående år. Ökningen återfinns såväl inom C-länssjukvården (2,4 procent) som inom riks- och regionsjukvården (3,0 procent). Inom Psykiatridivisionen fortsätter C-länssjukvården att öka kraftigt medan riks- och regionvården i stort sett är oförändrad. Största ökningen inom riks- och regionvården står Kirurgdivisionen för där man ökar antalet riks- och

regionvårdstillfällena med 5,9 procent. Även neurokirurgen har ökat kraftigt under senare delen av 2009. Den avtagande utvecklingen som vi tidigare noterade inom riks- och regionvården för Onkologi-, thorax- och medicindivisionen har vänts och istället ser vi en klar ökning om ca 2,0 procent. Av våra köparlandsting står Gävleborg för den största ökningen med hela 7,6 procent exklusive prisuppräknningen. Därefter följer Dalarna och Stockholm.

Läkarbesöken har under 2009 ökat kraftigt jämfört med 2008 (8,7 procent). Hänsyn har tagits till korrigerings av dialysen som registrerades som läkarbesök 2008 men som sjukvårdande behandling 2009. Av ökningen så återfinns en stor del inom riks- och regionvården som ökar med 14,9 procent. Ökningen syns inom samtliga divisioner men framför allt inom Onkologi-, thorax- och medicindivisionen och Neurodivisionen.

I och med bytet av patientadministrativt system ändrades registreringen av sjukvårdande behandling till att endast gälla huvudaktivitet. Om vi korrigerar 2008 för detta kan vi se att vi har en kraftig ökning av sjukvårdande behandling under 2009. Ökningen är på 14,4 procent och inom riks- och regionvården ännu större. Största ökningen står Onkologi-, thorax- och medicindivisionen för och där framför allt inom onkologi och strålbehandling. Ökningen kan dock ses över hela sjukhuset med undantag för Akut- och rehabiliteringsdivisionen som ligger i stort sett oförändrat mellan åren.

4 Personal

Hela 2009 har kännetecknats av olika aktiviteter för att nå målet att minska antalet årsarbetare med 200. Ett antal åtgärder har vidtagits under 2009.

Central anställningsprövning

Central anställningsprövning har gällt fr.o.m. februari. En divisionschef och personaldirektör har granskat alla anställningsprövningar, tillsvidare- och vikariatsanställningar men även timanställda. Merparten av anställningsprövningarna har varit förlängning av vikariat vilket betyder att samma förlängning kan komma att anställningsprövas flera gånger. Arbetet med att granska, ifrågasätta och avslå sker till största delen på divisionsnivå. På många anställningsprövningar kan man se att önskemål om antal, tidsperiod eller annat redan korrigerats på divisionsnivå.

Nedan redovisas anställningsprövningar på det sätt som skickats in löpande under året. Under juni och juli var redovisningsnivån ej uppdelad på tillsvidare och vikariat utan endast totalt.

Personalkategori juni 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V
Sjukvårdspersonal	69		
-varav läkare	32		
Administrativ personal	4		
-varav chefer	3		
Övriga	30		

Personalkategori juli 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V
Sjukvårdspersonal	217		
-varav läkare	40		
Administrativ personal	34		
-varav chefer	10		
Övriga	23		
Personalkategori aug 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V
Sjukvårdspersonal	112	25	87
-varav läkare	30	7	23
Administrativ personal	13	4	9
-varav chefer	2		2
Övriga	21	6	15
Personalkategori sept 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V
Sjukvårdspersonal	145	44	101
-varav läkare	53	18	35
Administrativ personal	15	5	10
-varav chefer	5	1	4
Övriga	13	3	10
Personalkategori okt 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V
Sjukvårdspersonal	252	74	178
-varav läkare	48	14	34
Administrativ personal	23	10	13
-varav chefer	6	4	2
Övriga	45	9	36
Personalkategori nov 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V
Sjukvårdspersonal	192	39	153
-varav läkare	45	18	27
Administrativ personal	12	9	3
-varav chefer	5	2	3
Övriga	22	9	13
Personalkategori dec 2009	Beviljade totalt	Beviljade T	Beviljade V

Sjukvårdspersonal	276	47	229
-varav läkare	82	19	63
Administrativ personal	30	11	19
-varav chefer	7	6	1
Övriga	19	4	15

Insatsstyrkan

Under hela 2009 har en s.k. insatsstyrka haft genomgångar med divisionerna varje månad utifrån månadsrapport och åtgärdsplaner. En mer omfattande genomgång skedde efter tertial 1 och 2.

Varje division har löpande under året redovisat en åtgärdsplan avseende personalreduceringar. I åtgärdsplanen framgår det vilken kategori det avser och när det ska vara effektuerat. Åtgärdsplanen inkluderar även särskild ålderspension och avgång med trygghetsavtal. I december 2009 hade 148 årsarbetare identifierats i divisionernas åtgärdsplaner.

Bemanningsmål

En översyn av bemanningsmålen och bemanningsplanering påbörjades våren 2009 med syfte att ta fram förslag på basbemanning för olika enheter utifrån vårdplatser och verksamhet. Vi har nu tagit fram ett material som beskriver närvarotid per disponibel vårdplats för sjukhuset olika enheter. Vi har under våren 2009 anlitat Ledningsbolaget för att få en benchmarking kring hur andra sjukhus med motsvarande verksamhet är bemannade. Arbetet med detta har fortsatt under hösten och ute på divisionerna har man på olika sätt arbetat med detta underlag. En viss revidering i bemanningsmål har gjorts för några enheter.

Antalet årsarbetare

Landstinget centralt har tagit fram ett målvärde för 2009 att minska 200 årsarbetare till utgången av 2009. I december 2009 ligger sjukhusets närvarotid 47 årsarbetare över målvärdet. Förklaringar se avsnitt 5 *Ekonomiskt resultat*.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron har fortsatt att minska totalt sett och följer samma mönster som tidigare år. Akademiska sjukhusets mål för 2009 var 5,3 procent och vi redovisar för 2009 5,0 procent sjukfrånvaro i förhållande till total ordinarie arbetstid. Det är första gången sedan en målnivå för sjukfrånvaron infördes, som sjukhuset har uppnått målet.

Övrigt

Ett aktivt arbete har genomförts vad gäller särskild avtalspension (SAP) och 19 SAP har beviljats för Akademiska sjukhuset.

Ytterligare kompletterande åtgärder för att minska personalkostnader som genomförts är att varje division har fått i uppdrag att skapa arbetsätt och rutiner för samordning av personella resurser inom divisionen. Detta för att minimera nyttjandet av mertid/övertid och timanställda. Det ska även finnas dokumenterade rutiner för användning av timavlönade.

Resursen, sjukhusets interna "bemanningföretag" upphörde den 31 augusti 2009. Resursens anställda, 45 personer, har placerats på andra anställningsprövade vakanser, en person har beviljats särskild avtalspension och ett antal har valt egen uppsägning.

I samband med att beslut togs om att Resursen skulle upphöra fick sjukhuset i uppdrag att göra en översyn av hur en organisation för korttidsbemanning skulle kunna se ut. Denna fråga kom sedan att gälla för hela landstinget och arbetet med detta startade under hösten 2009 då med landstingsperspektiv.

5 Ekonomiskt resultat

Sjukhuset redovisar i bokslut 2009 ett negativt resultat på -70 miljoner kronor att jämföras med 2008 års resultat som uppgick till -166 miljoner kronor. Under 2009 har sjukhuset erhållit 73 mkr i temporär kompensation för att vidtagna åtgärder under året medför helårseffekt först 2010. Produktiviteten har ökat med 9,4 procent och kostnadsutvecklingen är betydligt lägre 2009 än 2008, se nedan. Trots detta redovisas ett underskott som hänförs till hemtagningen av riks-/regionpatienter inom regionen, den ökade C-länsproduktionen inkl vårdgaranti, bildprojektet samt svårigheter att halvera antalet hyrläkare. Årsavvikelsen motsvarar 1,1 procent av omslutningen och 1,8 procent av ersättningen från hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Motsvarande siffror 2008 var 2,6 respektive 4,3 procent. I bilaga "Ekonomiskt årsbokslut 2009" redovisas sjukhusets resultat jämfört med budget 2009 och bokslut 2008.

Budgetavvikelsen mot verksamhetens kostnader uppgick till -134 miljoner kronor, 2,1 procent. Motsvarande siffra 2008 var -217 miljoner kronor, -3,3 procent. Verksamhetens kostnader ökade med 3,9 procent jämfört med 2008. Motsvarande siffra 2008 var 7,3 procent. Verksamhetens intäktsöverskott blev 8 miljoner kronor eller 0,3 procent mot budget. Intäkterna ökade med 7,9 procent jämfört med 2008. Vid en analys måste förutom löne- och prisutveckling hänsyn tas till produktionsutvecklingen.

Personalkostnaderna ökade under 2008 med 104 miljoner kronor eller 2,8 procent jämfört med 2008 års utfall, att jämföra med en ökning med 5,9 procent 2008. Käkkirurgien som tillkommit med 8 månader under 2009 svarade för 15,5 mkr, 0,4 procent. Allmän psykiatri i Enköping samt mammografiverksamheten som övergått till annan leverantör innebar minskade personalkostnader med -6,7 mkr, 0,2 procent. Budgeterade personalkostnader för 2008 uppgick till 3 811 miljoner kronor och redovisat utfall uppgick till 3 778 miljoner kronor varför ett överskott på 33 miljoner kronor, 0,9 procent, redovisas. Drygt 20 miljoner kronor av överskottet redovisas inom psykiatri som inte kunnat rekrytera utan tvingats till att anlita hyrläkare istället.

2009 års löneavtalsnivå inklusive överhäng från 2008 uppgick till 4,6 procent och svarade för 126,4 miljoner kronor, 3,4 procent av totala personalkostnadsökningen. Höjt OB motsvarade 10 miljoner kronor, 0,3 procent.

Av personalkostnadsutvecklingen framgår det att antalet årsarbetare minskat med i genomsnitt -39 årsarbetare, -0,5 procent efter hänsyn tagen till organisatoriska

förändringar under året. Timlönekostnaden har ökat med 4,5 procent vilket innebär att det inte var någon löneglidning på total nivå. Samtliga yrkeskategorier har minskat med undantag av ST läkare som ökat med 17 årsarbetare. Detta är en medveten och nödvändig satsning för att säkra kompetensen framöver. I förhållande till landstingets fastställda målvärde, -200 årsarbetare var sjukhuset 47 årsarbetare för många vid utgången av 2009. Externt finansierad verksamhet (externa projekt, Alf, driftsprojekt) var 42 årsarbetare fler än målvärdet. Vidare har under året beslut tagits om utökningar motsvarande 30 årsarbetare inom vissa områden för att dels klara verksamheten och dels klara utökning pga. regionens behov:

- Bränskadeavd pga. riksspecialitet, 8 årsarbetare
- 8 vårdplatser Kirurgdivisionen pga. överbeläggning, 7 årsarbetare
- RIMA för regionen, 7 årsarbetare
- 2 vårdplatser på NIVA för att klara patienter från regionen, 6 årsarbetare
- Patologen för att klara av att analysera prover i rimlig tid, 2 årsarbetare

Samtidigt har ett större semesteruttag gjorts under 2009 motsvarande 71 årsarbetare.

Sjukfrånvaron fortsätter att minska. Jämfört med samma period föregående år har sjukfrånvaron minskat med 0,6 procent per anställd och uppgår till 5,0 procent att jämföra mot målvärdet 5,3 procent.

Övriga kostnader förutom personal ökade med 142 miljoner kronor, 5,4 procent. År 2008 uppgick ökningen till 223 miljoner kronor, 8,6 procent. Budgetavvikelse, utifrån av divisionerna/sjukhuset gemensamt gjord budgetfördelning, uppgår till -96 miljoner kronor, -3,4 procent. Budgetunderskottet ska ses mot bakgrund av kostnadsänkningskrav, infektionsbekämpning, ökad produktion, problem med nytt bildsystem, hyrläkare, ökade nya och dyra läkemedel och köpt vård.

Läkemedel ökade med 3,0 procent mer än budget, vilket motsvarade -17 miljoner kronor i underskott. Jämfört med förra året uppgick ökningen till 3 procent vilket är betydligt lägre kostnadsökningstakt än under 2008 då ökningen var hela 9 procent. Sjukvårdsmaterial ökade med 12,2 procent mer än budgeterat motsvarande -36 mkr. Jämfört med 2008 var ökningen 8 procent. Sjukresor ökade med 11,5 procent eller 6,7 miljoner kronor. Sjukhusets mål att halvera kostnader för inhyrd personal har ej uppnåtts 2009. Kostnaderna för hyrläkare uppgick till 2 miljoner kronor mer än förra året och överskred budgeten med 24 miljoner kronor eller 114 procent.

Psykiatridivisionen var på god väg med läkarrekryteringar under våren men olyckliga omständigheter gjorde att dessa ej kunde genomföras till fullo. De har dock gjort några rekryteringar från december. Inom neuroradiologin innebär i dagsläget alternativet till hyrläkare köpt vård vilket skulle innebära ännu högre kostnader. Både inom psykiatri och neuroradiologi är det ett extremt svårt rekryteringsläge av läkare i hela landet. Den köpta vården ökade med endast 1,9 procent eller 4,7 miljoner kronor. Enligt budget förväntades vidtagna åtgärder minska kostnaderna för köpt vård varför budgetöverskridande uppgick till 6,7 procent eller 15 miljoner kronor trots att kostnaderna inte ökat i någon större omfattning jämfört med förra året.

En fortsatt positiv utveckling för riks- och regionintäkter redovisas. Fakturerade riks- och regionintäkter har i löpande priser ökat med drygt 7,1 procent varav

prisuppräknningen svarar för 3,2 procent, jämfört med föregående år. I löpande priser motsvarar det 115 miljoner kronor och i fast pris 64 miljoner kronor. Jämförande siffra i löpande priser 2008 var 6,4 procent. En positiv budgetavvikelse redovisas på 15 miljoner kronor, 0,9 procent. Under andra delen av året har intäkterna utvecklats positivt. Trots att landstingen inom regionen etablerat egen verksamhet inom hematologi vilket resulterat i en negativ budgetavvikelse på -17 miljoner kronor och en lägre produktion inom thoraxkirurgin vilket innebar en negativ budgetavvikelse på -20 miljoner kronor, fick vi ett positivt utfall. Samtliga landsting med undantag för Västmanland ökade. Västmanland var i princip oförändrat jämfört med 2008 efter att hänsyn tagits till prisuppräknningen.

Under 2009 har C-länsvården varit anslagsfinansierad. Intäkterna faktureras löpande med 100 procent rabatt. Av redovisningen framgår att intäkterna för C-länsvård fortsätter att öka i takt med den ökade produktionen. Under 2009 redovisas en ökning av bruttofakturerat med 9,8 procent och i fast pris en ökning med 6,6 procent.

Arbetet med kostnadsanpassningar genom effektiviseringar/rationaliseringar, strukturförändringar och prioriteringar har pågått inom samtliga divisioner. Av bilaga 8.6 *Åtgärdsplan vid redovisat underskott* framgår att divisionerna vidtagit åtgärder motsvarande drygt 101 mkr. Detta är ett kontinuerligt arbete och vissa åtgärder förändras samtidigt som nya kommer till. Åtgärderna innebär bl. a.:

- Fortsatt arbete med att skapa optimala storlekar på avdelningar
- Ökat samarbete med primärvården och lasarettet i Enköping för rätt vårdnivå
- Ökat samarbete med kommunerna kring medicinskt färdigbehandlade patienter
- Förbättrad logistik/jämnare flöden
- Personal
 - Indragen delegation att tillsätta/återbesätta tjänster
 - Restriktivitet med återbesättning av tjänster
 - Rätt kompetens på rätt plats och vid rätt tidpunkt
 - Översyn av bemanningsnivåer och nyckeltal för bemanning
 - Översyn av jourlinjer, ökat uttag av jour i ledighet
 - Minskat antal hyrläkare
- Läkemedel
 - Bekämpa polyfarmaci - ta bort "onödiga" läkemedel
 - Ökad följsamhet till upphandlade läkemedel
 - Prioriteringar
- På sjukhus övergripande nivå har en insatsstyrka under ledning av bitr. sjukhusdirektör Björn Ragnarsson tillsatts. Uppdraget är att bistå divisionerna med stöd så att de genomför de effektiviseringar, prioriteringar och strukturella förändringar som finns i åtgärdsplanen för varje division.
- Beslut har tagits att avskaffa läkarrocken.
- Utvärdering av medicinsk service
- Investeringsstopp
- Striktare inköpsrutiner av förbrukningsartiklar

Förutsättningarna för 2010 med de kostnadsökningar utöver LUL:s prisuppräknning medför ett sparkrav på 150 miljoner kronor. Till detta kommer 2009 års underskott på 70 miljoner kronor samtidigt som redan vidtagna åtgärder ger helårseffekt 2010 på ca 50 miljoner kronor. Kvarstår att hantera 2010 170 miljoner kronor genom effektiviseringar/rationaliseringar, strukturförändringar och prioriteringar. Arbetet med anpassningar till budget 2010 pågår inom samtliga divisioner. Även om nyrekryterad specialistkompetens inom viktiga områden samt nya/utökade verksamhetsområden har kommit igång är läget beträffande riks- och regionintäkter osäkert.

Investeringar

Investeringsbudgeten för SU (särskild utrustningsinvestering) och ALF för 2009 var 182 miljoner kronor. Varav SU svarade för 151 miljoner kronor och EPJ:s andel var 31 miljoner kronor. Sjukhuset har investerat för 143 miljoner kronor, motsvarande siffra 2008 var 198 miljoner kronor. Varav EPJ svarade för 31 miljoner kronor inkl bildprojektet. Jämförande siffra 2008 var 43 mkr. Utöver detta så finns även ALF investeringsmedel där en mindre del går till utrustningsinvesteringar med en direktavskrivning.

Större investeringar som har skett under året är:

- Ny digital mammografiutrustning 9,5 mkr
- Utbyte av ambulanser 7 mkr
- IT utrustning MIT 5 mkr
- Utrustning ögonmottagningen 1,1 mkr
- Ny accelerator 6 mkr
- Slutbetalning av en CT 1 mkr
- Uppgraderingar på Röntgen för 2,7 mkr
- Ultraljudsutrustning 1,3 mkr

6 Arbetet med interna kontrollplaner

Inför internkontrollarbetet 2009 ersattes tre kontrollområden med tre nya. De tre kontrollområden som togs bort berodde på att två kontrollområdena inte längre var aktuella och ett kontrollmoment ansågs ha en väl fungerande rutin. De nya kontrollområdena 2009 var; följsamhet mot anställningsprövning, kassarutiner samt underlag från det patientadministrativa systemet. De två sistnämnda har tidigare varit kontrollområden på sjukhuset, de återinförs med anledning av övergången till Cosmic – PAS.

Divisionernas engagemang för internkontrollen är god. Den interna kontrollplanen har 2009 fungerat väl för att upptäcka och åtgärda avvikelser i rutinerna. När avvikelser upptäckts arbetar man metodiskt för att minska dem. Divisionernas internkontrollsamordnare uppger att internkontrollen innebär en systematisk förbättring av rutiner. I och med en noggrannare och mer preciserad kontroll upptäcks och åtgärdas fler avvikelser. Avvikelseernas karaktär är inte allvarligare eller mer systematiska än tidigare utan är ett led i en förbättrad kontroll.

7 Övrigt

8 Bilagor

- 8.1 Måluppfyllelse
- 8.2 Produktionsutveckling
- 8.3 Personalnyckeltal
- 8.4 Finansiellt bokslut, en siffersammanställning med noter
 - Bilaga RR*
 - Bilaga BR*
- 8.5 Ekonomiskt årsbokslut 2009
- 8.6 Åtgärdsplan vid redovisat underskott

Bilaga läkemedel insättningskriterier

Bilaga inventering kvalitetsregister

Förvaltningschef:
Marie Beckman Suurküla
Sjukhusdirektör

BILAGA 8.1 TILL ÅRSREDOVISNING 2009

Förvaltning: Akademiska sjukhuset

2010-02-09

MÅLUPPFYLLELSE

För att få en snabb och lättöverskådlig bild över graden av måluppfyllelse ska förvaltningen ange i vilken grad fastställda uppdrag och mål har uppnåtts genom att ange någon av följande tre symboler i högra spalten:

😊 = Målet är uppnått

😐 = Målet är delvis uppnått

😞 = Målet är inte uppfyllt

Respektive uppdrag/mål med kommentarer redovisas i vänstra kolumnen.

UPPDRAG OCH MÅL

LS:s ÄGARUPPDRAG/MOTSV.Produktivitet**Uppdrag/mål**

Antalet DRG-poäng per årsarbetare/närvarotid ska öka jämfört med 2008 (Definitioner enligt produktivitetsmodellen). *Redovisa antalet DRG-poäng per årsarbetare 2008 och 2009.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Under perioden har antalet DRG-poäng per årsarbetare ökat med 9,4 procent från 2,3 poäng per årsarbetare 2008 till 2,6 poäng 2009.

**Uppdrag/mål**

Det totala antalet läkarbesök per årsarbetare läkare/närvarotid inom psykiatrin ska öka jämfört med 2008. *Redovisa antalet läkarbesök per årsarbetare läkare inom psykiatrin 2008 och 2009.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Om man korregerar antal årsarbetare läkare inom psykiatrin med de läkare som kommer från bemanningsföretag (inhyrda) har besöken per läkare ökat med 6,6 procent. 2008 var det 27,6 läkarbesök per årsarbetare läkare och 2009 var det 29,4 läkarbesök per årsarbetare läkare.

Lokalutnyttjande**Uppdrag/mål**

Utnyttjande av operationslokaler ska öka mellan 2008 och 2009. *Redovisa anestesi- och operationstid per operationssal dag- kvälls- respektive nattetid 2008 och 2009.*

<p>Kommentar Målet är uppnått. Operationssalsutnyttjandet har ökat dag- kvälls- och nattetid jämfört med 2008. Totalt sett har operationstiden ökat med 3,6 procent och anestestiden med 3,7 procent.</p>	😊
<p>Uppdrag/mål Tillgängligheten till lokaler där allmänheten har tillträde ska förbättras genom att hinder för funktionshindrade tas bort. Arbetet ska ske i samarbete med Landstingsservice. <i>Redovisa genomförda inventeringar, åtgärdsprogram samt vidtagna lokalanpassningar i enlighet med gällande riksdagsbeslut.</i></p>	
<p>Kommentar Målet är inte uppfyllt. Inventering är utförd. Entrén ingång 85 är ombyggd enligt tillgänglighetsprincipen. Entrén ingång 50 är anpassad. Planering pågår för en renovering/ombyggnad av WC utrymmet ingång 70 Sammanställande för fortsatt arbete ligger hos LSU.</p>	😞
<p><u>Personal/medarbetare</u></p>	
<p>Uppdrag/mål Fullfölja arbetet med chefsuppdrag <i>Redovisa måluppfyllelse</i></p>	
<p>Kommentar Målet är inte uppfyllt. Arbete pågår på personalavdelningen och ett förslag till individuellt styrkort finns. Under 2010 skall detta implementeras på sjukhus- och divisionsnivå. Arbetet utgår från att våra chefer ska ha ett särskilt anställningsavtal och att sjukhusets övergripande chefsuppdrag kompletteras med ett individuellt ”styrkort”. Ingår som ett mål i ägaruppdraget även under 2010. En översyn pågår avseende rutiner och riktlinjer inom chefs- och ledarområdet.</p>	😞
<p>Uppdrag/mål Insatser för att förstärka arbetsgivarrollen hos cheferna ska genomföras <i>Redovisa vidtagna insatser</i></p>	
<p>Kommentar Målet är uppnått. Fortsatt satsning på sjukhusets interna chefsprogram för nya chefer. Under året har ytterligare ett chefsprogram startat på landstinget med målgrupp verksamhetschefer, vårdcentralschefer motsv. ”Alla chefers möte” med olika teman exempelvis LEAN har genomförts. Diskussioner har pågått med Akademos om/hur chefsprogrammet kan förstärkas med en LEAN-modul. Introduktionsprogram för chefer är under utarbetande. På divisionerna arbetar man med riktade insatser och individuellt stöd från ekonomi, personal, IT och vård till alla chefer i såväl gruppinsatser på planeringsdagar och APT som i individuella ärenden.</p>	😊
<p>Uppdrag/mål</p>	

En plan för strategisk personalförsörjning ska tas fram utifrån landstingets inventeringsmodell som grund.

Redovisa huvudsakligt innehåll

Kommentar

Uppdraget har ändrat inriktning.

Under våren 2009 pågick ett projekt för kompetensförsörjning på Diagnostik-, anesthesi- och teknikdivisionen. Detta projekt fullföljdes inte. Istället arbetar sjukhuset på en sjukhusgemensam process för strategisk kompetensförsörjning. Arbetet är påbörjat och kommer att pågå hela 2010. I arbetet ingår bl. a. att registrera kompetens i lönesystemet PRIMULA vilket är en viktig grundförutsättning för en strategisk kompetensförsörjning.

Processen har en övergripande nivå med koppling till landstingsplan, ägaruppdrag och förvaltningens verksamhetsplan. På enhetsnivå är den kopplad till det som händer under året; budget, planeringssamtalet mm. Till detta måste det kopplas ett antal verktyg.

Uppdrag/mål

Utvecklingsplan för verksamhetsförlagd utbildning ska tas fram

Redovisa huvudsakligt innehåll

Kommentar

Ej aktuellt för Akademiska sjukhuset att svara på.

Hänvisar till landstingsstyrelsens beslut om att en gemensam utbildningsorganisation för studenter och elever ska inrättas inom landstinget from 2010. Den kommer bl.a. att ansvara för administrationen av verksamhetsförlagd utbildning.

Uppdrag/mål

Den totala sjukfrånvaron ska vara högst 5,3 %

Redovisning av sjukfrånvaro

Kommentar

Målet är uppnått.

Sjukfrånvaron har fortsatt att minska totalt sett och följer samma mönster som tidigare år. Akademiska sjukhusets mål för 2009 var 5,3 procent och vi redovisar för 2009 5,0 procent sjukfrånvaro i förhållande till total ordinarie arbetstid.



Patientsäkerhet och kvalitet

Uppdrag/mål

Målet är att skador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete.

Redovisa omfattningen av genomförda risk- och händelseanalyser.

Kommentar

Målet är uppnått.

Alla divisioner och i stort sett alla verksamhetsområden gör riskanalyser. Akademos bedriver utbildning i riskanalys flera gånger per år och flera team per division är nu utbildade och i början av 2010 startar egen kurs i händelseanalys. Den modell för händelseanalys vid allvarliga händelser (Lex Maria) som tagits fram de senaste åren presenterades vid nationella patientsäkerhetskonferensen 2-3 februari 2010.



Mellan 7-30 riskanalyser och 0-14 händelseanalyser har gjorts per division under 2009. Utöver detta har cirka 20 händelseanalyser gjorts med anledning av Lex Maria-händelser.

Flera större riskanalyser har genomförts/är under genomförande och gäller gränsöverskridande processer. Erfarenheterna från Lex Maria-händelser har sammanställts och presenterats vid alla chefers möte. Slutsatserna är viktiga i det riskförebyggande arbetet. Brister och åtgärder i samband med Lex Maria-anmälningar presenteras på externa hemsidan sedan maj 2009.

Uppdrag/mål

Fortlöpande insatser ska göras för att förbättra hygienförhållandena vid sjukhuset. *Rutiner för kontroll av hygienstatus.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Fortlöpande insatser har genomförts. Sjukhuset har ett övergripande system för att kontinuerligt följa förbrukningen av handsprit, vilket visar att trenden är en stigande förbrukning per patient och dag. Förbrukningen har tredubblats sedan tredje kvartalet 2005 när mätningarna inleddes.

Sjukhuset följer fortlöpande utvecklingen av de vårdrelaterade infektionerna genom punktprevalensmätningar 2 gånger årligen i Sveriges kommuner och landstings regi. I mätningarna under 2009 kunde ses en förbättring av resultatet, från 12 procent till 11,5 procent. En satsning på att reducera antalet vårdrelaterade infektioner (VRISS) vid avdelningar och mottagningar har pågått under 2009 och skall fortsätta under 2010. Detta innebär bl.a. regelbunden mätning av följsamhet till klädregler och basala hygienregler. Infektionsregistrering i COSMIC av vårdrelaterade infektioner som ventilatorassocierade pneumonier, blodförgiftning vid centralvenös venkateter, urinvägsinfektioner och postoperativa infektioner har kommit igång under 2009.

En obligatorisk utbildning i basal hygien för samtliga medarbetare på Akademiska har startats genom läroplattformen Ping-Pong.

En riskanalys av postoperativa infektioner vid proteskirurgi är slutförd, och många åtgärder är genomförda. En riskanalys vid thorax är genomförd, åtgärderna kommer att genomföras under 2010. Hygienronder är genomförda på avdelningarna 70H, 70E2, 50C, 30F, 50D.

Ett projekt har inletts som syftar till att förbättra städkvaliteten på Akademiska; uppdelat på vårdens åtagande respektive ISS.

Utbildningar av hygienombud har hållits inom ämnena tarmsmitta, i vinterkräksjuka, i *C. difficile* och i resistenta bakterier. Ett tarmsmitteprojekt har genomförts som syftar till att minska stängningar till följd av norovirus; åtgärds paket framtaget.

Dessutom har utbrottsbekämpning gällande: acinetobacter, ESBL E. coli av



typen o25b:ST131, MRSA, VRE, BORSA och B. cepacia genomförts.

Uppdrag/mål

All förekommande inrapportering av uppgifter/data, t.ex. till patient- och kvalitetsregister, väntetidsdatabas, samt dokumentation av patientuppgifter ska kvalitetssäkras. *Redovisa handlingsplan för arbetet med att kvalitetssäkra inrapportering av data.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Inrapportering av väntetider till SKL's väntetidsdatabas

2009 >90 procent kvalitetssäkrade siffror har rapporterats.

Data kvalitetssäkras genom kontrollrapporter som utarbetats tillsammans med utdataenheten, där enheterna får möjlighet att rätta till eventuella fel eller missar. Efter den sista i varje månad tar väntetidssamordnarna (en på varje division) ut siffror för varje verksamhetsområde och respektive verksamhetschef får granska de siffror som ska rapporteras in.

Kvalitetssäkring av faktureringsunderlag från Cosmic

Projekt Skattjakten, har som syfte att skapa effektivare rutiner för registrering och bevakning av ekonomi i Cosmic. Projektet är påbörjat under hösten 2009 och avslutas under 2010. Projektets mål är dels att rapportering av ekonomiska händelser i Cosmic ska ingå i den dagliga rutinen för berörd personal enligt fastställda rutiner samt att faktureringsunderlag från Cosmic ska hålla god kvalitet och överensstämma med prislista, avtal och fastställda regler.

Kvalitetssäkring av DRG-gruppering

DRG-ansvariga sekreterare på varje division och verksamhetsområde och DRG-ansvariga läkare arbetar med kvaliteten på kodning av diagnos och DRG-gruppering bl.a. via kontroll av bevakningslistor. En centralt DRG-ansvarig läkare har deltidsanställts vid Akademiska vars främsta uppgift är att öka kvaliteten i läkarnas diagnossättning.

Remisshantering

En kvalitetsuppföljning av remisshanteringen har inletts vid Akademiska där remisser som regelvidrigt väntar längre än fem dagar på signering identifieras och följs upp.

Patientavvikelsehantering i Medcontrol

Ett arbete för att säkerställa ett system för att mäta latenstider i kommunikationen mellan nyckelrollsinnehavare i avvikelsehanteringssystemet medcontrol har inletts.

Standardvårdplaner

Standardvårdplaner införs i allt större omfattning för att standardisera och därmed kvalitetssäkra inmatning av repetitivt förekommande information.

Kvalitetsregister

Ett pågående projekt föreligger för att koppla inmatning av data i Cosmic till



export av data till kvalitetsregister för att minska dubbelarbete och risken för överföringsfel i kvalitetsregistreringsprocesserna.

Cosmic indata

Det pågår ett arbete med att säkerställa registreringsprocessen med riktlinjer och regelverk för hur registreringsprocessen skall fungera.

Det pågår även ett arbete med att tydliggöra de administrativa regelverken i syfte att skapa en bättre förståelse för regelverken i verksamheten.

Dels föreligger ett arbete om att via utdata och bevakningslistor av olika sorter följa upp att vissa processer flyter, exempelvis ”hur länge ligger diktat innan de blir utskrivna?”

Chefsläkargruppen har uppdragit till projektledare för andra vågens införande av Cosmic att göra en översyn över all information och alla instruktioner om remisshantering i Cosmic.

Uppdrag/mål

Andel reoperationer inom fem år för knäplastiker vid sjukhuset ska ligga under genomsnittet vid jämförelse med andra universitetssjukhus i riket.

Redovisa andel reoperationer för knäplastiker jämfört med andra universitetssjukhus under 2009.

Kommentar

Målet är inte uppfyllt.

Frågan kan inte besvaras korrekt då det i årsrapporten 2009 – Svenska Knäprotesregisteret – Del II redovisas relativ revisionsrisk per klinik 1997-2006, dvs. en 10 års period och inte 5 års period. Resultaten gäller för:

Operation: cementerade totala knäproteser, TKA, diagnos osteoartros. Denna operationstyp och -diagnos utgör den absoluta majoriteten av ingrepp vid knäproteskirurgi.

	Antal TKA	revision	RR 95%CI
Linköping	482	2	0,33
Östra Sjukhuset, Gbg	884	9	0,56
Sahlgrenska sjukhuset, Gbg	447	5	0,62
UMAS, Malmö	256	3	0,69
Karolinska sjukhuset, Solna	1183	18	0,71
Örebro	736	13	0,88
Umeå	632	13	1,01
Karolinska sjukhuset, Huddinge	650	15	1,04
Lund	164	7	1,33
Mölndal	455	19	1,62
Akademiska sjukhuset	873	46	2,12
Antal op. resp. revision vid US (medeltal för 11 US)	6 762	150	0,99

Akademiska sjukhuset har en dubblerad risk för knäprotesrevision över 10 års tid jämfört med medeltalet för landets universitetssjukhus.

Ett åtgärdsprogram är framtaget och innefattar:

a.) Infektioner: Registrering av infektioner sker regelbundet. Hygienen har skärpts. Antibiotika administreras alldeles innan operationsstart. Utredning av



ventilation i operationssalar pågår

b.) Implantat: Man har bytt knäprotesimplantat sedan två år och använder det implantat som uppvisar lägst revisionsrisk i Knäprotesregistret.

Riks- och regionvård

Uppdrag/mål

Intäkterna av försåld riks- och regionvård ska, exklusive priskompensation, vara minst på samma nivå år 2009 jämfört med år 2008. *Redovisning av försåld vård 2008 och 2009.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Totala riks- och regionintäkterna har ökat med 7,1 procent varav ca 3,2 procent är prisuppräknig. Ökningen av såld vård exklusive prisuppräknigen motsvarar ca 64 miljoner kronor. Samtliga landsting med undantag för Västmanland ökar under perioden. Västmanland är princip oförändrat jämfört med 2008 efter att hänsyn tagits till prisuppräknigen.

Kund	Bokslut 2008	Bokslut 2009	Förändr 08-09
Riks- och regionvård			
Dalarna	271 238	291 147	19 909
Gävleborg	281 205	311 474	30 269
Västmanland	236 909	244 930	8 021
Sörmland	203 590	215 160	11 570
Stockholm	186 000	200 161	14 161
Värmland	110 251	120 641	10 390
Örebro	92 455	97 724	5 269
Norra regionen	82 525	90 914	8 389
Åland	31 842	36 008	4 166
Övrigt	60 203	74 982	14 779
Summa*:	1 556 218	1 683 141	126 923
Uppbokning 2008	20 000		
Övrig högspevård			
Uppsala Care	41 352	49 797	8 445
TOTALT	1 617 570	1 732 938	115 368

Utlandsvård

Vårdexport till i Sverige icke folkbokförda patienter

Förutsättningar för hur Uppsala Care kan utvecklas inom verksamhetsområden där kapacitet finns ska klargöras under 2009. *Redovisning av rapport under 2009 om utveckling av Uppsala Care.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Ekonomi och medarbetare

Målet 2009 har varit att öka omsättningen från 36 miljoner kronor (2008) till 40 miljoner kronor på befintligt antal anställda (2.5 heltidstjänster). Vid omsättning över 40 miljoner kronor planerades att nyanställa en heltidstjänst koordinator för att kunna vidareutveckla och kvalitetssäkra verksamheten. En koordinator anställdes på prov 15 september och tillsvidareanställdes från och med 1 januari 2010.

Omsättningen 2009 uppgår till 48 miljoner kronor. Vi har fakturerat 525 vårdtillfällen från 78 olika länder. Detta att jämföra med år 2008 då vi fakturerade 426 vårdtillfällen från 60 olika länder.

Marknad

Av stor vikt i all affärsaktivitet – även vårdexport – är att kunna förmedla vilka tjänster vi kan utföra och hur våra processer fungerar för att göra detta på smidigaste sätt. Detta underlättas i hög grad vid personliga möten och kontakter – dels på kundens hemmaplan och dels med studiebesök på Akademiska sjukhuset - men även genom att bygga nätverk med andra aktörer inom svensk export och offentliga verksamheter som Exportrådet och flera departement.

Under det gångna året har därför delegationsresor genomförts bl. a. till Warszawa, Aten, Bryssel, Nashville och Hong Kong där vi presenterade vår och även svensk medicinteknisk export och möjligheter till samarbete. Vidare ingår vi i svenska/internationella nätverk vad gäller framtida utvecklingsmöjligheter i Irak och Ryssland samt även diskuterat framtida samarbete med en delegation från Saudi Arabien.

FoUU och God vård

Vi har sedan tidigare arbetat med logistik bl. a. genom att upprätta ett praktiskt/processtyrt operationsplaneringsprogram som används av i stort sett alla operationsavdelningar på sjukhuset.

Ett arbete tillsammans med avdelningen för Onkologisk endokrinologi och Nuklearmedicin har påbörjats för att utforma checklistor, informationsmaterial och kallelsebrev till patienter. Detta för att säkerställa processerna speciellt vad gäller utländska patienter men kommer givetvis alla patienter till del. Vi har också planer på att använda operationsplaneringsprogrammet för Nuklearmedicins planering.



Vi har tillsammans med sjukhusets IT avdelning och Ekonomiavdelning skapat en betalningstjänst via webben för våra patienter. Denna kommer att finnas tillgänglig från vår hemsida från och med januari 2010.

Vidare har vi undersökt inköp av ett kundhanteringssystem – SuperOffice - för att säkra flöden runt varje patient.

Kontinuerligt utvecklar och uppdaterar vi vår hemsida.

Forsknings- utvecklingsarbete (FOU)

FOU-arbetet inom landstinget ska utvecklas. *Redovisa FoU-bokslut, samt organisation, resurser och handlingsplan för FoU-arbetet.*

<p>Kommentar Målet är uppnått Akademiska sjukhusets forskningsbokslut för 2009 håller på att sammanställas. Innehåller förutom projektbeskrivningar även uppgifter om forskningens finansiering samt personalens akademiska status. Den organisatoriska delen av sjukhusets strategiska forskningsplan antogs under T3 och i enlighet med denna plan håller ett sjukhusövergripande forskningsråd med två representanter från varje division på att bildas.</p>	
HSS:s VÅRDÖVERENSKOMMELSE	
<p><u>Målrelaterad ersättning</u></p> <p>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård: Uppdrag/mål Andelen patienter med diagnostiserad stroke som vårdats på strokeenhet ska <i>bibehållas</i> i jämförelse med föregående års redovisning. <i>Redovisa andel vårdade på strokeenhet i förhållande till det totala antalet patienter med diagnostiserad stroke.</i></p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Andelen vårdade på strokeenhet är 87,5 procent. Det bör noteras att det inte går att uppnå någon högre siffra, men väl bibehållas, anledningen är det betydande antalet Riks- och Regionpatienter som vårdas med akut stokediagnos på främst neurologisk intensivvårdsavdelning och thorax intensivvårdsavdelning, och som inte skall/kan vårdas på 85 AM pga. att deras sjukdomsbelastning kräver intensivvårdsresurser. Ca 1/3 av dessa patienter registreras i RiksStroke på Akademiska sjukhuset och hamnar i vår statistik med lägre "andel vårdade på strokeenhet" som följd. 2/3 av patienterna skrivs ut till hemortssjukhuset med påföljande registrering där.</p> <p>Det som styr var registreringen sker är huruvida eftervård för stroken sker på hemortssjukhuset eller inte, vilket betyder att de som skrivs ut till hemmet hamnar i vår statistik. Därtill finns några procent som inte tas över till 85AM trots akut stokediagnos, en selekterad liten grupp bedömdes inte kunna tillgodogöra sig vården på 85AM eller direkt kunna flytta till rehabilitering utan att passera 85AM, efter vår konsultbedömning.</p> <p>Uppdrag/mål Från följande register ska resultat redovisas för tre parametrar (<i>som av Utföraren bedöms vara viktiga och som främst behöver förbättras</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nationella diabetesregistret - Riks-Stroke - Riks-Hia <p><i>Redovisa parametrar och resultat</i> <i>Kommentar: Syftet är att målet ska ge ett underlag för mål på längre sikt där</i></p>	

minst två av dessa tre parametrar ska förbättras (för hjärtsjukvården bibehållas).

Kommentar

Målet är uppnått.

Nationella diabetesregistret:

1. Det föreligger en måluppfyllelse vad gäller lipider/LDL 2,5 mmol/l på 37 procent räknat på samtliga registrerade diabetespatienter vid Akademiska år 2009.

Målsättningen är att förbättra denna parameter till 40 procent.

2. Det föreligger en måluppfyllelse vad gäller blodtryck/systoliskt <130 mmHg på 68 procent. Målsättning att bibehålla detta resultat. En komplicerande faktor som gör att målsättningen inte bör skärpas nu är att Europeiska Hypertonisällskapet nyligen kommit ut med en rekommendation kring diabetes och blodtryck som inte ligger helt i linje med de öppna jämförelserna. utan föreslår systoliskt målblodtryck i intervallet 130-139 mmHg

3. Det föreligger en måluppfyllelse vad gäller blodtryck/diastoliskt <80mHg på 91 procent.

Riks-Stroke:

1. Målet uppnått. Öka andelen direktinläggningar på strokeenhet 85AM.

Fortsatt god förbättring på denna parameter vars andel 2009 var 67,4 procent mot 62,7 procent år 2008.

2. Målet uppnått. Öka andelen registrerade med national institute of health stroke scale NIHSS. 49,7 procent 2009 jmf 14,6 procent 2008.

3. Målet inte uppfyllt. Förbättra patientens upplevelse av erhållen information. Andelen nöjda och mycket nöjda patienter minskade 2009 jmf 2008.

RiksHia:

Målet uppnått.

1. Andel reperfusionbehandlade patienter med akut ST-höjningsinfarkt.

2. Tid till reperfusion vid akut ST-höjningsinfarkt

3. Ökad andel patienter med blodfettssänkare efter hjärtinfarkt.

Uppdrag/mål

Psykiatrin ska påbörja ett kvalitetsarbete i syfte att ta fram metoder för att mäta effekter av insatta åtgärder vid

- depressionssjukdomar
- psykossjukdomar
- ångestsjukdomar

Redovisa arbetet

Kommentar

Målet är uppnått.

Pågår i samverkan med Primärvården.

BUP-s program är under bearbetning.

Psykosjukdomar: symtommetring GAF 5720 mätningar gjorda.

Funktionsmätning CAN 117 mätningar gjorda. TOP-projektet och Stockholms vårdprogram antas med tillägg av omvårdnadsdel. Riskskattning enligt BÖSET sker på akutavdelningarna.

Ångest- och depressionssjukdom: Vårdprogram är under utvecklande men vi avvaktar socialstyrelsens slutliga version för ångest och depressionssjukdomar



som kommer under våren 2010. Vi följer ett flertal parametrar GAF, MADRS-S, AUDIT. Vi har påbörjat arbete för att kunna följa upp parametrar från suicidpreventionsprogrammet bl. a. patienter som träffat specialist inom 24 timmar respektive inom 3 dygn samt användandet av strukturerade instrument vid suicidskattning.

Beroende: arbete pågår med vårdprogram avseende alkohol.

Uppdrag/mål

Utföraren ska för läkemedel enl bilaga 1.1 redovisa följande:

- Finns kvalitetsregister?
- Finns skriftliga insättningskriterier?
- Om sådana finns, ange insättningskriterier
- Hur följs effekten upp?

Särskild redovisning

Kommentar

Målet är uppnått.

Dessa läkemedel används inom flera verksamhetsområden och på flera indikationer. Tabellen är en sammanställning av vissa indikationer och användningsområden. För mer information se särskild *bilaga läkemedel insättningskriterier*.



Läkemedel	Kvalitetsregister	Insättn.krit.	Vilka	Effektuppföljn
etanercept (TNF-a hämmare)	ARTIS	finns se bilaga	Bristande effekt av annan behandling	Efter 3 eller 6 mån
somatropin	SF36	finns se bilaga	finns se bilaga	Slutlängd se bilaga
trastuzumab	Vårdprogr. +studie	Se vårdprogram	Her2uttryck (3+)	Behandling x9 eller x17
docetaxel	Uppf via kliniska prövningar	Se vårdprogram	Vårdpr.+metast	Utvärderas efter 3 cykler
erythropoietin	finns för dialyspat	finns se bilaga	finns se bilaga	HB-ökn 120-130g/L*
influximab (TNF-a hämmare)	ARTIS	finns se bilaga	Bristande effekt av annan behandling	Efter 3 eller 6 mån
darbepoetin	finns för dialyspat	finns se bilaga	finns se bilaga	HB-ökn 120-130g/L*
botulinumtoxin	Uppföljn.program	finns se bilaga	finns se bilaga	Effektutv inför varje behandling
metylfenidat	Busa-registret	finns se bilaga	finns se bilaga	Var 6:e-12:e månad
adalimumab (TNF-a hämmare)	Bla PSO-reg	finns se bilaga	Bristande effekt av annan behandling	Efter 3 eller 6 mån

ranibizumab	Reg. Mac.diseases	finns se bilaga	Våt makula	Kronisk behandling se bilaga	
<p>*Utebliven ökning av HB behandling avslutas</p> <p>Säker hälso- och sjukvård: Uppdrag/mål Utförarens system för avvikelshantering och förebyggande riskarbete ska bidra till att öka säkerheten i vården. Under 2009 utför alla divisioner riskanalyser. <i>Redovisa antal riskanalyser</i></p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Divisionerna har genomfört mellan 7-30 riskanalyser var. Se utförligare redovisning under rubriken patientsäkerhet/kvalitet.</p> <p>Uppdrag/mål Utföraren ska införa en metod för att mäta patientsäkerhet/-identifiera patientskador. <i>Redovisa arbetet med införandet av metoden</i></p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Ett arbete har påbörjats för att införa en metod för mätningen med start inom Onkologi- thorax och medicindivisionen. Information för chefer och utbildning i GTT (Global trigger Tool) för 3 läkare och 3 sjuksköterskor som ska göra den strukturella journalgranskningen har genomförts inom Onkologi- thorax och medicindivisionen.</p> <p>Uppdrag/mål Utföraren ska utarbeta sjukhusövergripande rutiner för dokumentation och uppföljning av kvalitetsindikatorerna</p> <ul style="list-style-type: none"> - trycksår - nutrition - fallskador - smärta <p>I cosmic, på inneliggande patienter. <i>Redovisa rutiner</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - redovisa resultat av punktprevalensmätning (trycksår) - beskriv det fortsatta arbetet med trycksårsprevention för identifierade riskgrupper enligt SKL's riktlinjer¹ - redovisa hur stor andel av riskpatienter som utvecklar trycksår under vårdtiden <p>Kommentar</p>					



¹ Nationell satsning för ökad patientsäkerhet

Målet är delvis uppnått.

Trycksår: De preliminära resultaten visar att det var ungefär lika många patienter med trycksår jämfört med 2008. I år deltog 691 patienter, varav 121 hade trycksår. Detta ger en prevalens (förekomst) på 17.5 procent. När hudrodnader (grad 1) räknas bort var prevalensen 7.2 procent. Motsvarande siffror för 2008 var 18.1 procent och 8.1 procent.

I den fortsatta analysen ska vi undersöka hur många patienter som har utvecklat trycksåren under sjukhusvistelsen, olika riskfaktorer och vilka förebyggande åtgärder som användes.

En kvalitetsnorm, baserad på Sveriges Kommuner och Landstings åtgärdspaket "Förebygg trycksår i samband med vård", finns tillgänglig i sjukhusets elektroniska Kvalitetshandbok. Den av systemförvaltningsrådet beslutade trycksårsmallen finns tillgänglig för hela sjukhuset och alla avdelningar får resultat av hur många patienter som utvecklat trycksår under vårdtiden. Ett utvecklingsarbete pågår för att kvalitetssäkra informationen från EPJ i samarbete med utdatagruppen.

Fallskador: En grupp från geriatriken har deltagit i Sveriges Kommuner och Landstings satsning "steget före" och tagit fram enkel skattning av risk samt åtgärdsprogram. Detta var klart under hösten 2009 och skall nu spridas på de enheter som har högst risk för fallskador i första hand därutöver har kontakt tagits med TKL-gruppen för att landsting och kommunövergripande projekt att minska fallskador. Fallskadorna i slutet vård viktigt minska men står ändå för bara en liten del av antalet fallskador.

Nutrition: PM som beskriver indikatorer för nutritionsbedömning inlagt i kvalitetshandboken. Riktlinjer för nutritionsbedömning för sjukhuset under utarbetande.

Smärta: Den årligen återkommande "dagen smärta" vid Akademiska sjukhuset innebär en sjukhusövergripande punktprevalensmätning av smärta i ett antal perspektiv som jämförs med föregående år. Resultaten är en återkoppling på effekten av den smärtlindring som ges och hur den ges. Resultaten ska användas till riktat förbättringsarbete.

Uppdrag/mål

Utföraren ska vid berörda verksamhetsområden genomföra systematisk kvalitetskontroll av läkemedelsanvändning för äldre.

- Geriatrik
- Akutsjukvård
- Äldrepsykiatri
- Ögon
- Kirurgi
- Ortopedi

Redovisa hur kvalitetskontroll genomförts samt resultat av kvalitetskontroll.



² Med undantag av Diagnostik- anesthesi- och teknikdivisionen, Barnsjukhuset och Hospice.

³ Screeningfråga som fångar hög konsumtion och riskkonsumtion.

Kommentar

Målet är uppnått.

Bakgrund

12 maj 2009 publicerades den största randomiserade studien på patienter 80+ i tidskriften Archives of Internal Medicine. Studien pågick mellan 2005-2006 med ett års uppföljning. Studien är ett samarbete mellan läkare och apotekare vid sjukhuset. 400 patienter ingick i studien, 200 fick sedvanlig behandling och 200 fick läkemedelsgenomgång samt sedvanlig behandling.

Resultat

Resultaten visade att sjukhusinläggningar orsakade av läkemedel minskade med 80 procent efter läkemedelsgenomgång. Totala antalet återinläggningar och akutbesök minskade med 16 procent jämfört med kontrollgrupp.

Den apotekare som var huvudansvarig för studien har nu också anställts vid sjukhuset, och är ansvarig för att garantera kvaliteten på läkemedelsgenomgångarna.

Ovan beskrivna arbetssätt med läkemedelsgenomgångar är det som nu tillämpas på sjukhuset.

Läkemedelsgenomgångar (LMG) har utförts på Geriatriken och inom Akutsjukvården,

Läkemedelsavstämningar har utförts inom Kirurgi och Ortopedi. Verksamheten har finansierats via stimulansmedel från Socialdepartementet och det är sammanlagt 2,3 apotekartjänster som har bekostats av stimulansmedlen. Läkemedelsgenomgångarna har utförts av apotekare från Apoteket Farmaci.

Läkemedelsgenomgångar har inte utförts på Ögon eller inom Äldrepsykiatrin eftersom det inte funnits stimulansmedel för denna verksamhet. Från och med februari 2010 kommer läkemedelsgenomgångar att starta även inom Äldrepsykiatrin. Pengar har tillkommit från besparing i sjukhusavtalet med Apoteket Farmaci.

Kvalitetskontroll

Läkemedelsgenomgångar har utförts på nyinskrivna patienter på följande avdelningar;

30 E, 30C, 35D, 85AM, 85A och 30A.

Vårdenhet	LMG
Avd 30 E	901
Avd 30 C	374
Avd 35 D	418
Avd 85AM och 85 A	517
Avd 30 A	76
Totalt	2 286

Apotekarna finner i genomsnitt 3,5 läkemedelsrelaterade problem per patient. Av dessa föreslår apotekarna i genomsnitt 3 åtgärder per patient.



I genomsnitt åtgärdas 2 av de 3 läkemedelsrelaterade problemen av avdelningsläkare. Cirka 60 procent av de identifierade problemen bedömdes vara kliniskt relevanta. Kvaliteten i förskrivningen mättes med MAI (Medication Appropriateness Index). Ju högre poäng ett läkemedel får desto sämre kvalitet på förskrivningen. MAI sänktes i genomsnitt med 4 enheter mellan inskrivning och utskrivning. Ett resultat som stämmer väl med erfarenheter från liknande arbetssätt med läkemedelsgenomgångar.

Resultat från Kirurgi och Ortopedi se redovisning under rubriken läkemedelsavstämning.

Diskussioner om nytt arbetssätt med läkemedelsgenomgångar pågår med Akut- och Rehabiliteringsdivisionen. Målsättningen är att nå fler patienter som är över 75 år med > 7-8 läkemedel.

Uppdrag/mål

Utföraren ska inleda ett arbete med att säkerställa hur läkemedelsavstämning ska ske på sjukhuset för patienter 80 år och äldre med fem eller fler läkemedel.

Redovisa arbetet

Kommentar

Målet är uppnått.

Arbetet med läkemedelsavstämning inleddes redan 2008 och arbetet har också fortsatt 2009. Läkemedelsavstämningen sker enligt kriterier utarbetade från Sveriges Kommuner och Landsting. Läkemedelsavstämning används främst för att identifiera läkemedelsfel i vårdens övergångar. Studier visar att överföringsfel förekommer hos 43-85 procent av patienter som byter vårdform. Arbetet med läkemedelsavstämning har koncentrerats till Kirurgdivisionen för att på så vis hitta ett arbetssätt som kan tillämpas på övriga delar på sjukhuset. Arbetet har utförts av farmaceuter från sjukhusapoteket Apoteket Farmaci. En halvtidstjänst har finansierats via stimulanspengar från Socialdepartementet. I arbetet har inkluderats patienter som är 65 år och äldre.

Resultat

Antal läkemedel/per patient

Avdelning	Totalt (utan apodos+apodos)	Utan apodos
	Apodos	
70 E1	11,9	8,5
	14,6	
70 A2	7,8	6,9
	10,6	
70 D	9,4	12,3
	7	

Överföringsfel

70 E1	3,6 per patient
70 A2	1,6 per patient
70 D	2,9 per patient



Den vanligaste typen av överföringsfel;

Ordinerat läkemedel saknas på avdelningens läkemedelslista	61 procent
Fel dosering/doseringstillfälle	16 procent
Fel styrka	16 procent
Läkemedel finns på listan men borde ej finnas med	6 procent

Kartläggningen av överföringsfelen vid inskrivning visade att ca 50 procent har något överföringsfel. Även vid hemgång och utskrivning är det brister i hur läkemedel dokumenteras läkemedelslistan.

Sammanfattning

Kartläggningen på Kirurgdivisionen visar brister i hur läkemedel dokumenteras. Arbetet med att införa läkemedelsavstämning är ett sätt att råda bot på detta. Andra åtgärder har också vidtagits inom divisionen, såsom rutiner för framtagande av Apodoslista, satsning på utbildning i e-dos och införande av en instruktion för läkare gällande läkemedelslistor. I projektredogörelsen finns mycket information om alla moment från inskrivning till utskrivning, där finns också en enkät som visar att sjuksköterskor och läkare är mycket positiva till samarbetet med farmaceuter.

En säker läkemedelshantering är en förutsättning för en god patientsäkerhet. Inför arbetet med det nya Vårdavtalet finns högt ställda mål för att minska överföringsfelen när det gäller läkemedel. För att detta ska kunna genomföras krävs en omfattande resursförstärkning och införandet av läkemedelsmodulen i Cosmic. Sjukhusets Läkemedelsråd kommer att diskutera denna fråga på kommande sammanträde.

Patientfokuserad vård**Uppdrag/mål**

Utföraren ska ha ett system för att systematiskt och regelbundet ta reda på patienters och närståendes behov och förväntningar på vården liksom hur patienten värderar information, tillgänglighet, bemötande, delaktighet och hur rätten till integritet tillgodoses. *Redovisning av analyserade resultat samt vidtagna eller planerade åtgärder föranledda av resultatet.*

Kommentar

Målet är delvis uppnått.

Onkologi-, thorax- och medicindivisionen:

Reumatologen: Arbetar fortlöpande med tillgänglighet, bemötande, och utskrivningssamtal.

Onkologen: egenvårdwebplats www.cellgiftsbehandling.se, tillgängliga datorer på ODA och avdelning. Tillgängligheten har förbättrats genom information om mailadress för ändring av tider, recept etc., samt skriftlig info- ”Vem ansvarar för vården”.

Hud: *Tillgänglighet:* inlett förbättringsarbete inom slutenvård, eliminerat interna remisser, tydliga prioriteringar, åter remisser som ej är adekvat vårdnivå, gått igenom alla patienter som väntat > 3 mån, ökat bemanningen under sommaren. *Information:* uppdaterat all information till patienten.

Specialmedicin: arbetar med identifierade förbättringsområden exempelvis;



tydligare PAS, möjlighet till enskilt samtal, tillgänglighet, större tydlighet gällande väntetid, säkerställa provhanteringen samt minska tid mellan prov och svar. Vikten av att information till patient om svar har betonats vid läkarmöten. Lunga/allergi: Resultatet har diskuterats, brister medvetandegjorts, rutiner förbättrats. Förbättringsområde: ej tillräcklig information om sin sjukdom av läkare. Tydliggjort läkarnas ansvar för adekvat information till patienter som har förbättrats väsentligt. Hematologi förbättringsområde: mat - nutritionsstudie pågår, sängar - madrasser utbyta. Onkologisk endokrinologi förbättringsområde: sängar- inköpt nya madrasser. Information: förbättrat informationsmaterial, checklistor till personalen. Kardiologen: Djupintervju med patienter angående rondan har genomförts. Färgmarkeringar av salar och personal för att tydliggöra vem som ansvarar för vården vilket också finns med i kallelsen.

Akut- och rehabiliteringsdivisionen:

Uppföljning av resultat sker genom den nationella patientenkäten. Målen kommer att uppnås.

Översikt av vidtagna åtgärder för aktuella förbättringsområden:

Informationsgrupp utarbetar skriftlig information, ansvarig läkares namn noteras i patientrummen, skriftligt besked om utskrivande läkare, strokepatienter erbjuds informationsamtal tillsammans med anhöriga, apotekare har läkemedelsgenomgång med patienterna inför utskrivning. Telefonsvarare på fast telefon, användning av bärbar telefon, telefontid för vaccinationsrådgivning, bokning av telefontid genom mottagningars telefonrådgivning samt läkarsekreterare.

Smärtansvariga sjuksköterskor utsedda och utbildade.

Kvinno- barndivisionen:

Inom området barnsmärta har man på divisionsnivå arbetat vidare med utbildningsaktiviteter, rutiner och riktlinjer. Kvinnokliniken: Inom obstetrik kommer man att under 2010 systematiskt och kontinuerligt följa graden av patientnöjdhet. Påbörjar också arbetet att följa upp detta inom områden av gynekologin. Detta är en process som är i begynnelsen ur nationell synvinkel och man avser att delta här. Inom FBH finns en pågående enkät till barn, föräldrar och remitterande. Mer än 90 procent av föräldrar och barn uttrycker att de är nöjda med vårdinsatserna. Barnonkologi: NOBABenkät genomförs vartannat år, se förra årets redovisning. Föranledde ingen åtgärd pga. mycket gott betyg. Ett system med förslagslåda finns sen tidigare, med regelbunden genomgång av patienters förslag med personalgrupperna, samt uppförande av förbättringsförslag på nyinköpt whiteboard. Barnmedicin: Har genomfört en seminarierie om bemötande av patienter och anhöriga samt startat prevalensmätningar av upplevd patientsmärta.

Psykiatridivisionen:

Patientenkäten är redovisad. Fokusgrupper har genomförts med brukarna. Vissa enheter har specifika enkäter. Ett av verksamhetsområdena har en brukare adjungerad tillika verksamhetsledning. Möte med brukarna på

divisions- och verksamhetsnivå. Anhöriginformation för brukarna. Psykosvård- och rättspsykiatrisk vård: patientenkät genomförs oktober varje år. Närståendeenkät genomförs i april varje år. Enkäterna genomförs på samtliga enheter. Genomgångar på chefsmöten och arbetsplatsmöten. På allmänpsykiatri har ett antal enheter egna patientenkäter. Arbete ska påbörjas för att samordna så att alla enheter har likvärdiga enkäter. Vid CEOS finns en egen patientenkät, som lämnas ut löpande under året. Resultatet sammanställs och analyseras årsvis. Patienternas kommentarer och önskemål har medfört förändringar i verksamheten i kvalitetshöjande syfte.

Diagnostik-, anesthesi- och teknikdivisionen:

KUPP-enkät genomförd vid Anestesi- och intensivvård och Bild- och funktionsmedicinskt centrum med gott resultat.

Inom Anestesi- och intensivvård har även en enkät till närstående vid CIVA genomförts. Lokalerna vid Venportmottagningen är förbättrade. Det pågår översyn av extern hemsida avseende information till patienter och deras närstående.

Akademiska laboratoriets tillgänglighetsmätning genomförd avseende väntetider vid provmottagning ingång 70. Analys av resultat pågår.

Bild- och funktionsmedicinskt centrum mäter tillgänglighet i telefon månadsvis, resultatet är mycket bra (mellan 95-100 procent). Bra flyt pågår inom flera modaliteter. Ombyggnad lokaler akutrontgen planeras starta våren 2010.

Medicinsk informatik och teknik har under året arbetat med nätåtkomst (trådlöst) för patienter, men ej klart pga. olösta teknik- och avtalsdetaljer.

Kirurgdivisionen:

Svarsfrekvensen i KUPP enkäten var låg varför resultatet inte kan användas. Dock har delanalyser på inkomna svar gjorts och till viss del kunnat användas till verksamhetsutveckling.

Kirurgen - En vårdforskningsstudie inklusive intervention där ett patientkort med patientens egna mål för dagen testas. I studie används patientenkäten KUPP för att värdera hur patienten upplever bemötande och delaktighet.

Etik-projektet är uppskjutet på obestämd tid pga. resursbrist.

Ortopeden - handlingsplan utifrån KUPP är framtagen och ortopederna har arbetat med svaren.

Neurodivisionen:

Samtliga verksamhetsområden arbetar vidare på de brister som framkommit. Inom ögon har handlingsplaner arbetats fram för att förbättra tillgängligheten. Spinalrehabiliteringen har särskilda patientenkäter som bl. a. resulterat i tätare patienttrönder. I plastikkirurgens rikssjukvårdsansökan avseende brännskadevård finns en noggrann redovisning.

Uppdrag/mål

En remissbekräftelse ska sändas till patienten inom 14 dagar. Om patienten ska undersökas/-behandlas på Akademiska sjukhuset ska det av remissbekräftelsen

framgå.

- inom vilken tidsperiod besöket beräknas ske
- om väntetiden bedöms längre än tre månader ska information lämnas om landstingets regler om vårdgaranti

Redovisning av hur rutinen efterlevs

Kommentar

Målet är uppnått.

Alla divisioner redovisar att målet är uppnått. Diagnostik-, anesthesi- och teknikdivisionen har problem med Bild- och funktionsmedicinskt centrum och det landstingsövergripande bildhanteringssystemet för att helt uppnå målet men detta är utanför divisionens ansvar varför målet måste anses uppfyllt.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid:

Uppdrag/mål

Utföraren ska arbeta för att förkorta väntetider och uppfylla vårdgarantins regler för *besök* och *behandling/operation*. Utföraren ska genomföra förändrings-/utvecklingsarbete som leder till en hållbar förbättring av tillgängligheten.

För respektive division ska redovisas:

- *förändrings-/utvecklingsarbete.*
- *uppmätta effekter på tillgänglighet/väntetider*

Särskild redovisning ska lämnas för följande verksamhetsområden

- *Ortopedi*
- *Ögon*
- *Gynekologi*

Kommentar

Målet delvis uppnått.

Vårdgarantisatsningar har bidragit till att landstinget klarat målet för kömiljarden (42 diagnoser för behandling och vissa specialistmottagningar för nybesök). Vissa enheter på sjukhuset har dock inte klarat vårdgarantimålet 80 procent.

Psykiatridivisionen

Målet är uppnått. Vårdgarantins regler har uppfyllts.

Inom Barn- och ungdomspsykiatri uppnås målet med 1 månads vårdgaranti från och med 1 november.

Väntetid till vuxenpsykiatri: 5,5 procent till besök, BUP: 2 patienter har väntat mer än 30 dagar.

Vården utmärks av god tillgänglighet och korta väntetider.

Sex genombrottsprojekt med Lean har startat för att förbättra tillgänglighet och kvalitet.

Pilotprojekt: "Mina vårdkontakter" på två mottagningar där patienterna elektroniskt kan omboka, avboka och framföra önskemål om kontakt- och eller receptförnyelse.

Inom Psykos- och rättspsykiatri är telefontillgängligheten hög.



Allmänpsykiatri: planering av kvälls- och lördagsmottagning i öppenvård, akuta läkartider vid ÖV-mottagningarna i Uppsala, konsultationer i primärvården, öppenvård för i första hand självskaepatenter.

Barn- och ungdomspsykiatri: telefonrådgivning, akutteam och SPBT utvecklade för ökad tillgänglighet. 60 procent av dem som får en ordentlig rådgivning återkommer inte. Planerar införande av stegvis vård - dvs. föräldrautbildning och behandling i grupp och webbaserad behandling. På NPUE bedrivs nätbaserat komplement till traditionell behandling för patienter som inte klarar individuella möten eller annan gruppbehandling (ca 20 st sedan ht -08). Genombrottsprojekt pågår.

Inom divisionen sker planering inför samordning av neuropsykiatri för vuxna. Konsultverksamheten är välfungerande. Inom Allmänpsykiatri har elektronisk remisshantering införts under våren när det gäller s.k. "Springkonsultationer". Konsultverksamheten har fungerat bra genom att fast konsultläkare har förbättrat kontinuiteten i bedömningarna.

Onkologi-, thorax- och medicindivisionen

Reumatologen: Ständigt förbättringsarbete och kontroll pågår. Arbete med att ta bort väntetider för återbesök pågår (Lean-arbete).

Lung och allergi: Öppen CPAP-mott och kvällsmottagning. Problem med allergimottagningen pga. läkarbrist och lokalproblem. Allergolog nyrekryterad hösten -09. Kvällsmottagning har genomförts under hösten. Kapaciteten för allergivaccination kommer att öka pga. bättre lokaler. Satsning på specialistutbildade sjuksköterskor för att minska antalet läkarbesök.

Kardiologen har haft kvällsmottagning. Gör omprioriteringar av långa väntetider till läkarbesök.

Kvinno- barndivisionen

Alla verksamhetsområdena förutom barnortopedin och barnneurologin har erbjudits besök/behandling inom ramen för vårdgarantin. Några patienter har inte kunnat erbjudas första besök i tid på barnneurologmottagningen. Köer finns också för undersökning inför och behandling med baklofenpump. Mycket långa köer finns för MRT i narkos på barn som skall undersöka hjärna och ryggmärg. Kösituationen har dock förbättrats något under året.

Barnmedicin arbetar för att förkorta väntetiden på barnakuten genom effektivisering av joursystemet och samarbete med primärvård och sjukvårdsupplysning.

Kvinnokliniken: Satsning på gynekologimottagning inom bäckenbottenproblematik, både mottagningskapacitet och behandlingskapacitet har byggts ut genom kompetenshöjning av främst läkare. Detta kommer att vara bestående.

Kirurgdivisionen

Alla patienter har erbjudits besök/behandling inom ramen för vårdgarantin. Ortopeden har arbetat med detta hela året. Väntelistor har rensats. Regelverk och rutiner har tagits fram. Ortopeden har arbetat med bl. a. följande aktiviteter:

- Information till patienterna på externa hemsidan om inskrivning,

vårdtid etc.

- Projekt sjuksköterskeåterbesök på protessektionen genomfört, utvärdering mycket positiv
- Starta Bra Flyt för traumamottagning.
- Snabbmottagning för en veckas återbesök infört, vilket lett till att väntelistan till mottagning för trauma har försvunnit

Inom kirurgen har man i samband med vårdgarantisatsningen gått igenom samtliga väntelistor och uppdaterat dessa. Målet för vårdgaranti har uppnåtts för såväl mottagning som behandling.

Samtliga väntelistansvariga genomför ett kontinuerligt arbete med att kontrollera och uppdatera befintliga väntelistor utifrån de väntetidsrapporter som månatligen presenteras för att kunna uppfylla vårdgarantikraven.

Ett projekt är startat för att se över väntelistfunktionen inom divisionen.

Handkirurgi: Genomgång av väntelista för besök och behandling görs kontinuerligt under året. Handkirurgin uppfyller vårdgarantin och har en mycket god telefontillgänglighet (98-100%).

Akut- och rehabiliteringsdivisionen

Alla patienter har erbjudits besök/behandling inom ramen för vårdgarantin. Divisionen vårdar och behandlar i huvudsak akuta patienter.

Diagnostik-, anesthesi- och teknikdivisionen

Målet uppnått för divisionen men arbetet fortsätter.

Fortsatt Leanutbildning av förstalinjens chefer och medarbetare.

Akademiska laboratoriet:

Tillgänglighetsmätning genomförd avseende väntetider vid provmottagning ingång 70. Analys av resultat pågår. Arbeta med att finna effektivare flöden vid Klinisk patologi och cytologi pågår för snabbare genomströmning av provmaterial. Kortare svarstider ökar patienters möjlighet till snabbare behandling och bidrar till minskade kötider.

Anesthesi- och intensivvård: Mycket få strykningar från op-program pga. bristande anestesiresurs. Sju patienter ströks från elektivt op-program pga. bristande iva-plats.

Venportmottagningen: Uppfyller vårdgarantin. 95 procent av patienterna får sin venport i önskad tid.

Bild- och funktionsmedicinskt centrum: God tillgänglighet per telefon (95-100 procent). Väntetiderna har under året reducerats avsevärt för de flesta modaliteter. Arbetet fortsätter 2010. Förbättrade väntetider till MR-undersökning genom kvällssatsningar och Bra Flyt har lett till minskad kö. Samarbete mellan radiologin i Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp förbättrar remissflödet för konventionell röntgen, MR- och CT-undersökningar.

Neurodivisionen

Extrasatsningar för att korta ned väntetider är genomförda. Vårdgarantin är uppfylld både avseende läkarbesök och operationer/behandlingar.

Utvecklingsarbete i form av bl.a. LEAN-införande pågår inom hela divisionen. Inom ögon har vårdgarantin uppnåtts till 96 procent för läkarbesök och 98 procent för operationer/behandlings. Kaizen-metoden används och värdeflödesanalyser pågår.

Uppdrag/mål

Åtgärder ska vidtas inom Akademiska sjukhuset (alla divisioner) där målet är att uppnå en hållbar förbättring vad gäller handläggningstider på akutmottagningen. Medelbehandlingstiden på akutmottagningen ska förkortas. 90 procent av patienterna ska vara klara för inläggning/hemgång inom 4 timmar. *Redovisa utfall.*

Kommentar

Målet är inte uppfyllt.

Kirurgen 65 procent (42 procent 2008), ortopederna 70 procent (44 procent 2008) och medicin 60 procent (38 procent 2008)

Diagnostik- anestesi och teknikdivisionen

Bild- och funktionsmedicinskt centrum (BFC): Ny organisation av akutröntgen genomförd. Målet är högst två timmars väntetid mellan remissen skrivs till dess att svar finns i Cosmic. Utvärdering ej gjord då datasystemen ännu ej stöder detta. BFC ingår i Bra Flyt mot akutmottagningen. Ombyggnad lokaler akutröntgen planeras starta vecka 7 2010.

Anestesi- och intensivvård: Diskussioner förs med akutvårdavdelningen (AVA) angående anestesi-läkarkontakter. Läkare An/Iva har i samarbete med kliniskt träningscentrum, KTC, deltagit i utbildning i MIG (mobil intensivvårdsgrupp) på AVA.

Neurodivisionen

Diskussioner påbörjade mellan neurologen och akutmottagningen för att förkorta handläggningstiden av akutfall i behov av neurologisk bedömning.

Kirurgdivisionen

Ortopeden och kirurgen har infört triageläkare (specialistläkare) på akutmottagningen.

Inom ortopedin har läkarresursen dubblerats och väntetiderna har kortats väsentligt. Ortopeden har ökat andelen patienter som är klara för inläggning/hemgång inom 4 timmar till 70 procent. Även inom kirurgen har läkarresursen på akutmottagningen fördubblats och andelen patienter med behandlingstid kortare än 4 timmar är ca 50 procent. En hel del kvarstår tillsammans med AR divisionen för att uppnå ett bättre flöde på akutmottagningen.

Psykatrikdivisionen

Diskussion pågår hur handläggning sker av patient i behov av vårdintyg. Utbildning om tvångvårdslagstiftning på akuten, akutvårdavdelningen och CIVA. Överenskommelse om samarbete med gemensamma patienter är klar. Konsultverksamheten fungerar bra. Inom Allmänpsykiatri har elektronisk remisshantering införts under våren när det gäller s.k. "Springkonsultationer".



Konsultverksamheten har fungerat bra genom att fast konsultläkare har förbättrat kontinuiteten i bedömningarna.

Akut- och rehabiliteringsdivisionen

Under året har följande aktiviteter för att uppnå målet genomförts:

- Kartläggning av flaskhalsar, ledtider och flöden vid akutmottagningen.
- Tillsammans med sjukhusets IT-avdelning har lösningar tagits fram för att mäta ledtider för de olika momenten vid akutmottagningen. Kommer att kunna registrera data från våra IT-system från 2010.
- Leanutbildning (särskild metodik i ständig förbättringsteknik) steg ett och två för samtliga fast anställda vid akutmottagningen (ca 150 personer) har genomförts.
- Nio akutläkare har anställts för att utbildas till specialister i akutsjukvård, ytterligare 4 utbildningsblock har utannonserats under året där nya doktorer kommer under 2010.
- Administratörsfunktion, lokaler, samt struktur och organisation för akutläkarverksamheten har byggts upp.
- Kirurg, Ortoped samt Medicinspecialister har tillställts akutmottagningen från moderkliniker för att möjliggöra läkarledd tidig bedömning (läkar-triage). Nu finns det dagtid måndag till fredag alltid en specialistläkare inom medicin, kirurgi och ortopedi placerad på akutmottagningen.
- Kardiologjouren är nu dagtid fast placerad på akutmottagningen.
- Efter en flödesanalys och riskanalys tillsammans med röntgen införde akutröntgensektionen ny bemanning och ökade tillgängligheten på akuta röntgentider avsevärt.
- Ny beredskapsplan med åtgärder är framtagen i syfte att ha säkra och tydliga rutiner vid fullbelagd akutmottagning.
- Gränssnitt vad gäller patienter inom de medicinska specialiteterna är framtagna i syfte att få rätt patient på rätt plats, samt minska antalet utlokaliserade patienter.
- Sjukhusövergripande vårdplatskoordinator har tillsatts.
- Personalens schemamodell har sagts upp och en ny, anpassad efter det nya arbetssättet, togs i bruk under april 2009 vilket lett till fler arbetspass per anställd samt något ökad helgtjänstgöring.
- Ett ytterligare kirurgteam kvällstid på kirurgen

Effektiv vård

Uppdrag/mål

Läkemedelskommitténs forskrivningsmål (enl bilaga 1.2) ska uppnås.

Redovisa måluppfyllelse.

Kommentar

Målet är inte uppfyllt.

Trots ett stort arbete i Läkemedelskommittén och i Läkemedelsrådet lyckades sjukhuset inte nå upp till samtliga forskrivningsmål, se bifogad tabell. Endast fyra av de tolv forskrivningsmålen uppnåddes 2009.

Läkemedelsrådet bildades under 2009 och det känns mycket bra att ha



representanter med ansvar för läkemedelsfrågor från de olika divisionerna. Förhoppningsvis kan vi under 2010 intensifiera arbetet och diskutera ny strategi för att uppnå de nya förskrivningsmålen i Vårdavtalet.

Läkemedel	Förskrivningsmål	Förskrivningsmål 4 kv.
ACE-hämmare	> 80 %	65%
Protonpumps-hämmare	> 85 %	83%
Statiner	> 85 %	71%
Patentlösa Antidepressiva	> 75 %	66%
Patentlöst alfuzocin	>80 %	36%
Patentlöst gabapentin	> 50 %	71%
Patentlöst lamotrigin	> 50 %	69%
Startförpackningar	>1 %	0,80%
sertralin	< 32 %	29%
diklofenak	< 40 %	59,30%
sömnmedel	< 3,4 %	4,20%
kinoloner till kvinnor	< 10 %	9,10%

Uppdrag/mål

Utföraren tillhandahåller konsultläkarinsatser till Lasarettet i Enköping enligt överenskommelse

- 90 procent av beslutade konsultinsatser ska vara utförda.

Redovisning av årets konsultinsatser.

Kommentar

Målet är delvis uppnått.

Onkologi: genomförts enligt avtal.

Reumatologi: Finns ingen överenskommelse om reumakonsult till Lasarettet i



Enköping. Enligt överenskommelse för flera år sedan överförs alla reumatiker som gick på Lasarettet i Enköping till Akademiska, patienter remiteras fortfarande enbart till Akademiska. Reumatologen på Akademiska sköter all sluten vård i länet.

Hud: 90 % är utförda.

Ögon: Mottagning 1,5 dagar per vecka (mål 2 dagar per vecka)

Uppdrag/mål

Utföraren tillhandahåller konsultläkarinsatser till Habilitering och hjälpmedel enligt överenskommelse

- 90 procent av beslutade konsultinsatser ska vara utförda.

Redovisning av årets konsultinsatser.

Kommentar

Målet är uppnått

Barnneurologi: Svarar helt och fullt för utlovade läkarinsatser på barnhabiliteringen

Rehabiliteringsmedicin: Tillhandahåller konsultinsatser för botulinumtoxinbehandling enligt överenskommelse, ca 15 patienter får regelbunden behandling, ca 3ggr/år.

Psykiatri: Målet uppnått, allt utfört enligt avtal. Psykosvård- och rättspsykiatrisk vård har läkarinsatser 0,5 dag/vecka. Allmänpsykiatri har konsultläkare på habiliteringen 4 timmar/vecka. Barn och ungdomspsykiatri har uppfyllt antal timmar.

Ortopedi: Konsultinsatserna utförda enligt plan.

Handkirurgi: Konsultinsatserna utförda enligt plan.

Öron: Konsultläkare från öron till Hörcentralen enligt plan.

Ögon: Barnögonläkare på Syncentralen enligt plan.

Neurologi: Neurolog på Habiliteringen enligt överenskommelse 2 gånger per år.

Uppdrag/mål

Utföraren tillhandahåller konsultläkarinsatser till Primärvården enligt överenskommelse

90 procent av beslutade konsultinsatser ska vara utförda.

Redovisning av årets konsultinsatser.

Kommentar

Målet är delvis uppnått.

Hud: Konsultinsatserna motsvarar 90 procent.

Gynekologi: Utfört enligt överenskommelse och med överenskomna undantag.

Onkologi: Konsult i Östhammar var 6:e vecka + vb. Tierp har inte önskat någon onkologkonsult.

Ortopedi: Målet ej uppnått. 84 procent av konsultinsatserna är utförda.

Reumatologi: Uppfyller överenskommelsen.

Psykiatri: Målet är uppnått. Allmänpsykiatri bedriver telefonkonsultläkarverksamhet till primärvården 3 timmar, 3 dagar/vecka. Har även inlett läkarkonsultation på plats till Heby kommun. Bedriver transkulturell läkarkonsultation till ett antal vårdcentraler i Uppsala. Planering har startat för att utöka övrig konsultation i Uppsala. Husläkare har blivit



inbjudna till gemensamma utbildningar. Psykiatrin har medverkat på husläkardagarna. Äldrepsykiatri har telefonkonsultationer samt sällan förekommande second opinion insatser.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete:

Uppdrag/mål

Registrering av patienter som tillfrågats om tobaksvanor. Redovisa ett positivt resultat relaterat till 2008 års resultat. *Redovisa antal patienter som tillfrågats om tobaksvanor.*

Kommentar

Målet är uppnått.

Jämfört med 2008 har fler patienter tillfrågats om tobaksvanor. Totalt har 26 114 patienter tillfrågats. Till detta ska adderas ytterligare patienter som är tillfrågade men där dokumentationen skett på annat sätt exempelvis tillfrågas alla gravida kvinnor och alla patienter som ska få narkos.



Uppdrag/mål

Systematisk information om rökstopp inför planerade operationer.

Redovisa dokumenterade rutiner för preoperativ information om rökstopp inför operation.

Kommentar

Målet är uppnått.

Information och rekommendation samt broschyr om rökstopp inför operation lämnas till patienterna. Den vanligast förekommande rutinen är att patienterna tillfrågas om tobaksvanor och informeras om rökstopp i samband med operation vid operationsplaneringen exempelvis vid det preoperativa läkarbesöket. Inom ortopedien har ett utvecklat arbetssätt införts, "A non smoking operation". Utvecklingsarbeten inom området pågår på flera enheter.



Uppdrag/mål

Registrering av rökslutarstöd.

Redovisa antal rökande patienter som fått rökslutarstöd.

Kommentar

Målet är uppnått.

De patienter som får rökslutarstöd kanaliseras huvudsakligen till lungmottagningen samt att psykiatrin har utarbetat specifikt rökslutarstöd till patienter inom psykiatridivisionen, totalt har 574 besök i rökslutargrupp gjorts och 157 patienter har fått stöd. Det är något fler kvinnor än män. Till detta kommer de patienter som fått kortare information eller stöd via telefonrådgivning.



Uppdrag/mål

Minst 75 % av sjukhusets vårdavdelningar² bedriver ett alkoholarbete utifrån programmet "Drick mindre"/-AUDIT 3³.

Redovisa antal vårdavdelningar i % av sjukhusets vårdavdelningar som bedriver ett alkoholarbete utifrån programmet "Drick mindre"/-AUDIT 3

Kommentar



Målet är uppnått.

75 procent av sjukhusets vårdavdelningar arbetar efter alkoholpreventiva programmet ”Drick mindre”, därtill tillkommer även mottagningar . Ett utvecklingsarbete pågår som bland annat innefattar kvinnokliniken vilket är angeläget då befolkningsstudier indikerar en trend att kvinnor har en ökad konsumtion. Ett uppföljnings/utvärderingsarbete pågår som fokuserar på följsamhet till metod och patientperspektiv.

Uppdrag/mål

Riskbruk av alkohol uppmärksammas och patienter med riskbruk (positivt svar på AUDIT 3) får rekommendationer/-information om riskfri alkoholkonsumtion.

Redovisa antal screenade patienter

Redovisa andel screenade patienter med riskbruk (positivt svar på AUDIT 3) av alkohol fördelat på ålder och kön.

Kommentar

Målet är uppnått.

Under året har 21 861 patienter screenats med AUDIT ³ och av dessa hade 15 procent ett riskbruk. Det är något fler kvinnor än män som tillfrågats. Andelen män som har ett riskbruk är 21 procent och av kvinnorna är det 10 procent som har en riskfylld alkoholkonsumtion. Sett över samtliga divisioner varierar andelen patienter med riskbruk från 11 till 35 procent. Högsta andelen patienter som screenat för riskbruk finns inom Psykiatridivisionen med 35 procent och Kirurgdivisionen med 19 procent. Den division som har lägst andel screenade med riskbruk är Akut- och rehabiliteringsdivisionen. Flest patienter med riskbruk finns i åldersgrupperna 18 – 34 år och 50 – 64 år. Under året infördes en metodutveckling av screeningen på kvinno- och barndivisionen vilket inneburit en viss osäkerhet i statistiken i övergångsfasen.



Uppdrag/mål

Utveckla ett systematiskt arbetssätt för rekommendationer av fysisk aktivitet.

Redovisning av dokumenterade rutiner.

Kommentar

Målet är uppnått.

Rekommendation av fysisk aktivitet har införts i merparten av behandlingsriktlinjerna, huvudsakligen sjukgymnastiska behandlingsriktlinjer, med vissa undantag exempelvis på intensivvårdsavdelningar. Det är dock en relativt stor variation sett över sjukhuset som helhet, exempel på tydlig struktur och inarbetad arbetssätt finns inom psykiatrin. Ett annat område där det pågår en utveckling är inom den onkologiska vården där rekommendationer om fysisk aktivitet är en del i behandlingen. Alla patienter som haft en hjärtinfarkt erbjuds anpassad s.k. hjärtgymna.



Uppdrag/mål

Utveckla ett systematiskt arbetssätt för arbetet med Fysisk aktivitet på recept (FaR). *Redovisning av dokumenterade rutiner.*

Kommentar

Målet är uppnått.



Utvecklingen av stöd till fysisk aktivitet på recept (FaR) är nära förbunden med utvecklingen av stöd för rekommendation av fysisk aktivitet. Rutiner för dokumentation av FaR finns i behandlingsriktlinjerna och då huvudsakligen i de sjukgymnastiska. I cosmic finns mall för att förskriva FaR. Under året har ett uppföljningsarbete gjorts som visade på en ojämn och relativt låg nivå av förskrivning, därför har ett arbete påbörjats för att underlätta förskrivning av FaR som inriktar sig på att underlätta för förskrivarna och öka förskrivningen.

Utvecklingsområden

Förbättra det psykosociala omhändertagande av cancerpatienter

Uppdrag/mål

- 1) Uppföljning av hur stödet fungerar efter de förändringar som vidtagits 2008 då den onkologiska psykosociala mottagningen omvandlades
- 2) Utvärdering av projektet som erbjuder cancerpatienter samtalsterapi och yoga

Kommentar

Målet är uppnått.

- 1) En grupp för psykosocialt stöd har bildats med kuratorer, diakon, arbetsterapeut och sjukgymnast. Verksamheten presenteras på hemsidan. Alla nya patienter får skriftlig information. Enkätundersökning ska utföras februari 2010. Flera forskningsprojekt med inriktning på psykosocialt stöd pågår.
- 2) Verksamheten är mycket eftertraktad. En vetenskaplig utvärdering är påbörjad under 2009, ännu ej färdigställd. Verksamheten stöds av Curo, Cancerhjälpen och Landstinget och är dessutom avgiftsfriad. I samarbete med urologen har mansgrupper startat 2010 med fokus på prostatacancer som kommer att utvärderas vetenskapligt. Är landets enda rehabiliteringsprojekt för cancerpatienter som fått mycket nationell uppmärksamhet.



Information till och slussning av vårdgarantipatienter

Uppdrag/mål

Utforma egen organisation inom given budgetram

Kommentar

Målet är uppnått.

Alla patienter som får en remissbekräftelse utdragen från Cosmic får information om vårdgarantin och att de ska/kan vända sig till vårdgarantienheten om de vill ha hjälp att komma till annat landsting. Informationsbroschyr finns, samt information på landstinget hemsida. Vårdgarantienheten tar emot samtal mellan klockan 9-13 och kan då hjälpa patienter till annat landsting och/eller svara på frågor om vårdgaranti och valfrihet. Vårdgarantienheten har också en funktionsbrevlåda dit patienter, anhöriga och personal kan maila sina frågor och ärenden.



Samverkan med privata utförare inom mammografiverksamhet

Uppdrag/mål

Samverka med upphandlad entreprenör inom forskning, utveckling och klinisk verksamhet

Kommentar

Målet är uppnått



Kirurgdivisionen

Målet uppnått. En arbetsgrupp är bildad för att utveckla bröstverksamheten och samverka med den privata mammografiverksamheten. Sammanlagt 4 möten har genomförts under året. Representant från mammografienheten har deltagit i ett av dessa. MLA för bröstverksamheten har dessutom haft ett flertal möten med Avesina.

Onkologi-, thorax- och medicindivisionen

Samarbetet fungerar bra.

Diagnostik-, anestesi- och teknikdivisionen

Målet är uppnått. Klinisk patologi och cytologi - har startat ett fungerande samarbete genom möten mellan verksamhetschef och Avesina.

Bild- och funktionsmedicinskt centrum (BFC) samverkar med Avesina genom exempelvis MR undersökningar vilka utförs och bedöms av läkare på BFC samt genom rondsamarbete och stöd via BFC-IT. Diskussion pågår angående eventuell utlåning av rondlokaler till Avesina.

Samverkan med privata utförare inom öppenvårdspsykiatri**Uppdrag/mål**

- 1) Samverka med upphandlad entreprenör för att säkerställa kvalitet och kontinuitet i vårdkedjorna.
- 2) Följa upp kostnaderna för allmänpsykiatrisk öppenvård för invånarna i Heby kommun i
 - Landstinget Västmanland
 - Psykiatridivisionens allmänpsykiatriska mottagningar/enheter i Uppsala

Kommentar

Målet är uppnått

- 1) Chefen för Enköpings Närpsykiatri deltar i divisionens chefsmöten och entreprenör har kontinuerlig kontakt med VC och DC.

Slutenvården kallar till vårdplanering.

2) Heby	Antal besök	Produktvärde	Patientavgift
Läkarbesök	582	3 149 000	126 580
Övriga besök	966	2 512 000	86 970

Psykologinsatser inom Ungdomshälsan**Uppdrag/mål**

I samverkan med berörda parter utveckla en långsiktig struktur

Kommentar

Målet är uppnått






Samarbete är etablerat med psykologprojektet på Ungdomshälsan och ungdomsmottagningar i länet. Läkarkonsultationer regelbundet under våren och större del av hösten. Mot bakgrund av bl.a. bristen på specialistläkare har vi på Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) beslutat att remisser fortsättningsvis ska gå via RBG på BUP, precis som alla andra remisser.

Landstingsstyrelsen har beslutat att projektet ska permanentas.

Studentstöd**Uppdrag/mål**

Hjälpa målgruppen att fullfölja sina studier genom tidiga insatser inom



<p>arbetsterapiområdet</p> <p>Kommentar Målet är uppnått Samarbetsprojekt mellan Uppsala kommun, Uppsala Universitetet och Psykiatrin. Resursförstärkning är beslutat av HSS inför 2010</p>	
<p><i>En ingång/lots till vuxenpsykiatrin</i></p> <p>Uppdrag/mål Kartlägga möjligheten att inrätta en telefonrådgivningsfunktion och vid behov en databaserad intervjufunktion</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått Projekt är startat för en ingång till allmänpsykiatrin. Diskussioner angående s.k. egenmälan pågår.</p>	
<p><i>Utvecklad samverkan mellan psykiatri och primärvård</i></p> <p>Uppdrag/mål 1) Redogörelse för hur överenskommelsen efterlevs samt orsaker till eventuella avvikelser 2) Ta fram en överenskommelse som berör insatser riktade till barn och ungdomar</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått. 1) Målet är uppnått. Telefonkonsult fungerar. Aktuella konsultinsatser fungerar. En utökning av konsultverksamheten planeras. Regelbundna möten. 2) Arbete startat men överenskommelse återstår. Samarbete med BVC ang. barn med utåtagerande beteende som inte har normbrytande beteende. Utbildning av förskolepersonal genomförd. Barn- och ungdomspsykiatrin har deltagit i möten med primärvården. Överenskommelsen återstår att initiera.</p>	
<p><i>Hälsokontroller för personer med allvarlig psykisk sjukdom</i></p> <p>Uppdrag/mål Genomföra kartläggning i samarbete med primärvården</p> <p>Kommentar Målet delvis uppfyllt. Hälsokontroller utförs 1 gång/år på rehabteamet och ungdomsteamet. Kartläggning ska göras för att definiera målgruppen inom allmänpsykiatri, i samarbete med Primärvården</p>	
<p><i>Beroendesjukdomar</i></p> <p>Uppdrag/mål Området behöver prioriteras med särskilda åtgärder och resurser</p> <p>Kommentar Målet är inte uppfyllt. Ingen möjlighet att prioritera målet då finansiering för detta har saknats under</p>	

2009. Däremot kommer särskilda medel för detta enligt Vårdavtalet 2010.

Samarbete med kommunerna – äldre med en psykiatrisk problematik

Uppdrag/mål

Det förstärkta öppenvårdsteamets insatser i länet skall redovisas

Kommentar

Målet är uppnått

Samverkansprojekt tillsammans med Norra Upplands kommuner, hittills har man hunnit med att sammanställa resurser tillgängliga inom psykiatrin för den äldre befolkningen. En delrapport föreligger. Ett nytt samverkansprojekt med Heby kommun börjar ta form.

Handlingsplan med Uppsala Kommun framtagen.



Samverkan kring vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder

Uppdrag/mål

I samarbete med habiliteringen och primärvården tydliggöra ansvarsfördelningen

Kommentar

Målet är uppnått.

Gemensamt projekt med habilitering och primärvård pågår, fortsättning på STIVE-projektet.

NPF-portalen är införd, den fungerar som en gemensam ingång för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Målsättningen är att effektivisera insatserna, förkorta väntetiderna, hitta fungerande lösningar och därmed minska ohälsa hos brukarna och deras anhöriga.



Samarbete med kommunerna – personer med missbruksproblem

Uppdrag/mål

Påbörja samarbetsprojekt med kommunerna i övriga länet kring hur behoven för personer med dubbeldiagnostik kan tillgodoses

Kommentar

Målet är uppnått.

"Hängavtal" med Knivsta för 2009. Informationsmöten med Östhammars, Heby, Älvkarleby och Tierps kommuner har skett.

PLUS-mottagningen drivs gemensamt med kommunen för ungdomar 16-25 år.



Ökad tillgänglighet inom allmänpsykiatrin

Uppdrag/mål

Aktivt arbeta med ökad tillgänglighet och undersöka möjligheten att öka produktiviteten i form av fler läkarbesök

Kommentar

Målet är uppnått.

Avdelningscheferna arbetar med utökade mottagningstider (kväll-helg).

Remiss och konsultenhet har tillskapats. Stöttar patient i behandling på internet. Tillskapat akuttider för patient som varit på akutmottagning och är i behov av snabbt återbesök

Läkarbesöken har ökat med 16 procent (närvarotiden för läkare är oförändrad).



Medverka i arbetet med utveckling av närvård**Uppdrag/mål**

Ska medverka i projektet "Utveckling av närvård i Uppsala län" som samordnas av beställaren

Kommentar

Målet är uppnått.

Sjukhuset medverkar i projektet.

Psykiatridivisionen och dess verksamhetsområden har representanter i projektledningsgrupper och arbetsgrupper i de fyra nordliga kommunerna.

Enköping: avtal är under slutförande.

Medarbetare deltar i arbetet med modellkommun i södra länsdelen .

**Medicinska insatser i särskilt och ordinärt boende för äldre med stora vårdbehov****Uppdrag/mål**

- 1) Medverka i utredningen om förutsättningar för en s.k. Äldrelots
- 2) Utredda behovet av insatser från geriatriken i Heby kommun utifrån det avtal om hemsjukvård som finns mellan landstinget och Heby kommun
- 3) I samverkan med primärvård, kommuner och beställaren medverka i det arbete som pågår kring utveckling av vården av äldre med stora vårdbehov

Kommentar

Målet är uppnått.

1) Beställaren samordnar och vi medverkar

2) En överenskommelse om rutiner för geriatrikens hemrehabiliteringsinsatser för boende i Heby kommun har träffats hösten 2008 och godkänts av primärvårdsdirektören och kommunen.

En fortlöpande kontakt med kommunen sker i olika delfrågor.

3) Geriatriken har deltagit i träffar med Uppsala kommun om samarbete kring rehabiliteringsfrågor. Vi träffar också företrädare för Hemvårdsenheten i Uppsala regelbundet, vi har nu tillsammans skapat möjlighet till direktinläggning på geriatrikavdelning. Geriatriken har för närvarande läkartillsyn för två särskilda boende i Uppsala, där palliativ vård och vård av komplicerade icke-akut medicinskt sjuka bedrivs. I Tierp och Östhammar har vi hand om vården av de akutpatienter som primärvården lägger in.

**Utveckling geriatriken i länet****Uppdrag/mål**

Medverka i det fortsatta utvecklingsarbetet kring länsgeriatriken (ingår i projektet Utveckling av närvård i Uppsala län)

Kommentar

Målet är uppnått.

Geriatriken deltar i Närvårdsarbetet i fyra norduppländska kommuner där geriatrikens kontaktytor och samarbete lokalt med primärvård och kommun diskuteras och utformas. Som verksamhetschef har jag deltagit i arbetet med ett nytt uppdrag för Enköpings lasarett. Geriatriken i Enköping ligger organisatoriskt under Medicincentrum, man saknar dock rehabiliteringsplatser för ortopediska och kirurgiska sjukdomar på landstingsnivå. På primärvårdsnivå finns Westerlundiska Rehab. Om/hur denna brist ska avhjälpas



ligger på politisk nivå. Även frågan om organisation av geriatrik för boende i Enköping-Håbo måste tas högre upp, bl. a. frågan om Uppsala-avdelningarna som en "länsnivå" även för dessa länsbor.

Inom geriatriken försiggår ett arbete att skapa ett gemensamt uppdrag inom öppenvårdsrehabilitering på de tre orter där vi själva ansvarar för sådan.

Stimulansmedel för insatser inom vård och omsorg om äldre

Uppdrag/mål

Genomföra och/eller vara samverkanspart i projekten samt ansvara för uppföljning av projekten (se dnr HSS 2006-0093)

Kommentar

Målet är uppnått

Neurodivisionen (Länslogopedi),

Sammanfattningsvis visar analys av insamlade rådata att logopedinsatserna har signifikant effekt för såväl kommunikationsförmåga som för ät- och sväljförmåga. Samarbete med Uppsala kommun är etablerat och det har inrättats en logopedanställning vid Svartbäcksgården som samfinansieras av LUL och Äldrekontoret Uppsala kommun. Samverkan med handikapporg. har utvecklats ytterligare.

Akut- och rehabiliteringsdivisionen (Geriatrik)

Geriatrinen har för närvarande ett 3-årigt anslag från SoS till 1.0 sjuksköterska i sjukhusansluten hemsjukvård i Tierp respektive Östhammar, 2009 var sista året. Oklart idag om någon fortsättning av dessa stimulansbidrag. Rapport angående verksamheten finns hos Carina Bäckström på Landstinget.

En utredning kring avtal mellan landstinget och respektive kommun (daterat 080701) och organisation av SAH i Tierp, Östhammar och Älvkarleby är gjord, rapporten visar på olika alternativa vägar att gå. En arbetsgrupp från kommunerna, primärvård och geriatrik arbetar för närvarande med detta. Förutsättningarna för SAH i nuvarande form kan komma att påverkas.

Psykiatridivisionen (Äldrepsykiatri)

Målet är uppnått

1) Primärvårdsprojekt med ökad äldrepsykiatrisk tillgänglighet för pv - tv sjuksköterska på 50 procent vardera - de flesta vårdcentraler i länet har fått besök av teamet plus en läkare med information om projektet, efterfrågan har varit låg.

2) Demens hos äldre med utvecklingsstörning - gemensamt med vuxenhabiliteringen. Sex utbildningsdagar genomförda för framförallt kommunal omsorgspersonal, ett vårdprogram är på gång, en rikskonferens förbereds till hösten 2010.

3) Uppföljning av äldre med depression och risk för suicid - 50 procent kurator, tre anhörig- och patientkurser genomförda, fler planeras.




Kompetenscentrum för att stärka det hälsoinriktade arbetet för barn och unga inom landstinget

Uppdrag/mål

Aktivt delta i utvecklingen av ett kompetenscentrum för barn och unga



<p>Kommentar Målet är uppnått. <i>Kvinno- barndivisionen</i> Vi deltar i arbetet med medarbetare från staben, ungdomshälsan och barnhälsovården.</p> <p>Länsenhet för barn- och skolhälsovård Uppdrag/mål Medverka i arbetet att bilda en läns gemensam utvecklingsenhet</p> <p>Kommentar Ej aktuellt. Detta arbete pågår inte längre. Skolhälsovården finns dock lokalmässigt tillsammans med barnhälsovården.</p> <p>Utbildning i föräldrastöd Uppdrag/mål Redovisa aktiviteter för att stödja föräldrarna i deras föräldraskap</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. <i>Psykiatridivisionen</i> Målet är uppnått. Föräldrastödsgrupper finns på flera av rehabiliteringsteamerna (vuxna) och fler är på gång. Föräldrautbildning vid mottagning för unga vuxna. Generell utbildning tillsammans med kommunerna. Barn- och ungdomspsykiatri har ett diversifierat utbud av föräldrastöd och utbildningar. <i>Kvinno- och barndivisionen</i> Sker för obstetrikern inom ramen för MVC, dvs. ligger i de olika aktörernas åtagande. Inom barnhälsovården pågår kontinuerligt arbete med föräldrastöd. Vi har även medverkat i regeringens utredning kring detta.</p> <p>Utveckling av länsradiologin Uppdrag/mål Se över BFC i syfte att öka effektiviteten. Under 2009 genomföra en uppföljning av effektiviseringsinsatserna</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. <i>Diagnostik-, anestesi- och teknikdivisionen</i> Vi har idag ett välfungerande samarbete inom länet med syfte att utnyttja resurserna optimalt. Samarbete mellan radiologin i Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp förbättrar remissflödet för konventionell röntgen, MR- och CT-undersökningar. Bra Flyt inom Bild- och funktionsmedicinskt centrum har lett till minskad kö till MR-undersökning. Bild- och funktionsmedicinskt centrum deltar aktivt, dels i Akutprojektet, dels i samarbetet kring det nya landstingsgemensamma bildsystemet.</p> <p>Konsultläkarinsatser Uppdrag/mål 1) Konsultinsatserna skall regelbundet följas upp tillsammans med</p>	<p style="text-align: center;">😊</p> <p style="text-align: center;">😊</p> <p style="text-align: center;">😊</p>
---	--

<p>primärvården och Enköping</p> <p>2) Uppföljning av överenskommelsen mellan Habilitering och Hjälpmedel och utföraren</p> <p>Kommentar Målet är inte uppfyllt. Detta finns i sjukhusets handlingsplan för 2010.</p> <p>Screening av kolorektal cancer</p> <p>Uppdrag/mål Utbildning av skopisjuksköterskor</p> <p>Kommentar Målet är inte uppfyllt. Utbildningen är inställd och för närvarande är det oklart om någon utbildning kommer att planeras.</p> <p>Utveckling av strokerehabilitering</p> <p>Uppdrag/mål Beställaren ska i samarbete med utföraren, kommuner och primärvård studera möjligheten att förbättra rehabiliteringen</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Geriatriken har medverkat i utarbetande av rehabiliteringsavtalet för Norduppland för gränsdragningar mellan aktörerna. Under våren har även en uppföljning av avtalet ägt rum, där geriatriken var representerad. Stroke-koordinatorerna vid Akademiska sjukhuset kallar 2-4 gånger per år till Strokeforum. Där diskuteras rutiner och samarbete mellan huvudmännen. Kallade är representanter från avd 85A (geriatrik), avd 85AM (akutsjukvård), avd 170, Lasarettet i Enköping, samtliga länets kommuner samt från de olika lokala handikappförbunden. Under 2009 inleddes kontakter mellan geriatrikens strokerehabiliteringsavdelning och avdelningen för akut stroke-vård, 85AM gällande hur samspelet mellan framförallt arbetsterapeuter och sjukgymnaster skulle kunna göras smidigare. Uppföljning planeras.</p> <p>Medarbetare på Geriatriken har under hösten 2009 börjat delta i två forskningsprojekt som rör strokerehabilitering. Den ena involverar arbetsterapeuter. Hypotesen är att personer med stroke som får en ny klientcentrerad ADL-intervention blir mindre beroende i aktiviteter i dagligt liv (ADL) än de som får traditionell ADL-träning, och närstående upplever lägre börda. Den andra studien involverar sjukgymnast. Det är en kartläggning av motorik- och balansproblem, psykosocial situation och beteendemönster hos geriatriska patienter med tidigare stroke, samt utvärdering av en intervention grundad på beteendeförändring hos dessa patienter.</p> <p>Medicinsk fotvård för neurologiska och reumatiska patienter</p> <p>Uppdrag/mål Beställaren ansvarar för studien som skall göras i samarbete med utföraren och primärvården</p> <p>Kommentar</p>	<p></p> <p></p> <p></p>
---	--

Avvaktar kontakt från beställaren.

Reumatologin har fått förfrågan om det medicinska behovet av fotvård och skrivit till upphandlingsavdelningen men har varken fått svar eller blivit kallade till möte.

Utveckling av sjukhusets kvalitetsarbete**Uppdrag/mål**

Redovisa resurser för utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet vid sjukhuset

Kommentar

Målet är uppnått.

Patientsäkerhetsfrågorna ägs av linjecheferna som har ansvaret för detta. Sjukhusledningen har ett arbetsutskott för patientsäkerhet och verksamhetsutveckling där kvalitetsfrågor bereds. Till deras stöd finns nu avdelningen för verksamhetsutveckling och patientsäkerhetsstöd, Akademos. Akademos har utbildat chefer vid Akademiska i Lean inklusive metodik för ständiga förbättringar. Chefläkarna har fått en detaljerad uppdragsbeskrivning och har en tydlig roll i patientsäkerhetsarbete framförallt när det gäller uppföljning av Lex Maria-händelser och att identifiera och återföra sjukhusövergripande generella patientsäkerhetsfrågor. Kvalitetshandboken är en viktig del i patientsäkerhetsorganisationen och har utvecklats betydligt under 2009. Det elektroniska avvikelshanteringssystemet Medcontrol har omarbetats för bättre användarvänlighet och kostnadseffektivitet och en förbättrad version har tagits i drift. Medcontrols utdatadel i Diver har därmed med nödvändighet gjorts om, vilket inte var komplikationsfritt. Utdatadelen har därför med viss fördröjning färdigställt och är nu i drift. Uppsala Clinical Research center (UCR) som samägs av Akademiska har utvecklat interaktiva internetbaserade tekniker för kontinuerlig registrering och rapportering av kvalitetsdata och har specialistkompetens och kompletta lösningar för alla typer av databaser och register. UCR verkar för förbättrad klinisk forskning, klinisk prövning och kvalitetsutveckling.

Inom Neurodivisionen har det tillsatts en utvecklingschef, initialt på 40 procent. Denna ansvarar för området God Vård, framförallt det systematiska utvecklingsarbetet inklusive all kvalitetsuppföljning. Under 2009 har utvecklingschefen fått i uppdrag att prioritera arbetet med en divisionsövergripande strategi och ett ledningssystem för Leaninförandet vid divisionen. Neurodivisionen har etablerat ett lean-råd med representanter från varje verksamhetsområde som ansvarar för att tillsammans med utvecklingschef och respektive verksamhetschef implementera Lean inom alla verksamhetsområden.

Onkologi-, thorax- och medicindivisionen har vårdchef 100 procent, FoU-ledare 100 procent och driver ett arbetsutskott för verksamhetsutveckling, som leds av tf divisionschef/verksamhetschef. Utskottet består dessutom av verksamhetschef, avdelningschef, FoU-ledare, vårdsystemsamordnare och vårdchef. Utskottet träffas ungefär var 6:e vecka och diskuterar utveckling av det systematiska utvecklingsarbetet. Frågor som varit uppe är bl.a. Global



Trigger Tool, utdata, hur nå ut till verksamheterna med VÖK/VAL-arbetet, Medcontrol, hälsobladet/basinformation.

Medverka i kvalitetsregister

Uppdrag/mål

Inventering av vilka aktuella kvalitetsregister utföraren medverkar i

Kommentar

Målet är uppnått.

Inventering är utförd under 2009 (se *bilaga inventering kvalitetsregister*).



Minskat ohälsotal i befolkningen i Uppsala län

Uppdrag/mål

Utveckla arbetet i s k virtuella resursteam inom ortopedin och psykiatrin

Kommentar

Ej aktuellt. Rapport är skriven och kan erhållas via landstingskansliets processledare i ohälsotalfrågor, Birgitta Pleijel.

Remissregler

Uppdrag/mål

Genomgång av landstingets remissregler i syfte att tydliggöra remissförfarandet och utveckla samverkan mellan utföraren och primärvården

Kommentar

Målet är uppnått.

I samband med att elektronisk remiss i Cosmic införts under våren 2009 har översyn skett. Det har i samråd med primärvård och slutenvård skrivits ett regelverk för att bland annat tydliggöra när t ex ny remiss krävs för åtgärd, var remiss ska finnas m.m. Syftet är att skapa en tydlighet och underlätta samverkan.



Läkemedel för blödarsjuka

Uppdrag/mål

Utredning om ansvaret för läkemedel för blödarsjuka som förskrivs av sjukhus utanför länet







Kommentar

Målet är uppnått.

Läkemedel till personer med blödarsjuka i Uppsala län förskrivs av Karolinska sjukhuset, kostnaden för preparaten belastar landstingets läkemedelsbudget på central nivå. Behandling av blödarsjuka är komplicerad och det behövs mycket specialkompetens för att bedöma preparatval, kostnadseffektivitet m.m. Landstinget i Värmland bestämde av denna anledning att lägga kostnads- och uppföljningsansvaret för blödarpreparaten på sin klinik för Hematologi. När förutsättningar för att Uppsala skulle göra på liknande sätt undersöktes, framkom att det just nu saknas specialkompetens för att på ett bättre sätt lösa detta. Därför togs beslutet att inte gå vidare och göra någon förändring.



LF:s MILJÖPROGRAM	
<p>Transporter</p> <p>Uppdrag/mål 90 % av de personbilar som leasas ska drivas med förnyelsebara bränslen, jämfört med 83,3 % halvår 2008.</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått. Andelen bilar som drivs på förnyelsebara drivmedel har ökat till 88 procent under första halvåret 2009. Endast en bil behöver bytas ut ytterligare för att klara målet.</p> <p>Uppdrag/mål Minska utsläppen av CO2 från sjukhusets totala tjänsteresor med 5 % under år 2009, jämfört med år 2008. <i>Delmål:</i> Minska utsläppen av CO2 från tjänstebilar med 10 % under 2009 jämfört med 2008 <i>Delmål:</i> Minska användning av egen bil i tjänsten med 5 % under 2009 jämfört med 2008 <i>Delmål:</i> Minska flygresor i tjänsten med 5 % under 2009 jämfört med 2008</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Totalt så har utsläppen från tjänsteresor minskat med 23 procent. Samtliga delmål har gått åt rätt håll. Intressant är att även målet att minska flygresorna har uppnåtts.</p> <p>Uppdrag/mål Medverka till att minska utsläppen av koldioxid från resor till och från arbetet År 2010 ska utsläppen av koldioxid från resor till och från arbetet vara 4 % mindre per anställd jämfört med år 2006</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Enligt den enkätundersökning som genomförts har utsläppen från personalens resor till och från arbetet minskat med 1,5 procent. Detta innebär att sjukhusets personal har bidragit till minskade utsläpp.</p> <p>Uppdrag/mål Utreda möjligheten att minska antalet tjänsteresor genom ökad användning e-möten/ videokonferenser</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått. En arbetsgrupp bestående av personal från Akademiska, MIT, Miljö- och kemienheten och CK har arbetat med detta utredningsmål under 2009. Framkomna resultat har rapporterats till Sjukhusledningen. Arbetet med detta</p>	<p style="text-align: center;">☹️</p> <p style="text-align: center;">😊</p> <p style="text-align: center;">😊</p> <p style="text-align: center;">☹️</p>

<p>målområde kommer att fortsätta under 2010.</p> <p>Läkemedel</p> <p>Uppdrag/mål Minska användningen av <i>sömnmedel</i> till högst 3,4 % av den totala läkemedelsanvändningen</p> <p>Kommentar Målet är inte uppnått. Resultat vid årets slut 4,2 procent.</p> <p>Uppdrag/mål Minskning av andelen <i>sertralin</i> till högst 32 % av den totala förskrivningen av SSRI-preparat jämfört med 2008</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Resultat vid årets slut är 31 procent.</p> <p>Uppdrag/mål Minska användningen av <i>diklofenak</i> till högst 40 % av den totala NSAID-användningen</p> <p>Kommentar Målet är inte uppnått. Resultat vid årets slut är 58 procent.</p> <p>Uppdrag/mål Inte öka användningen av <i>fluorkinolon</i>er under 2009</p> <p>Kommentar Målet är inte uppnått. Jämfört med 2008 har användningen ökat 9,2 procent.</p> <p>Uppdrag/mål Ökning av andelen <i>startförpackningar</i> till minst 1 %</p> <p>Kommentar Målet är inte uppnått trots att en viss ökning noterats. Resultat vid årets slut är 0,7 procent.</p> <p>Kemikalier</p> <p>Uppdrag/mål Minska utsläppen av lustgas med 30 % under år 2009, jämfört med år 2008</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått. Utsläppen av lustgas från sjukhusets verksamheter har minskat med 23 procent jämfört med utsläppen under 2008. De minskade utsläppen har att göra med den nya destruktionsutrustningen för lustgas som installerats under februari månad i anslutning till förlossningsavdelningen. Utsläppen av lustgas har beräknats utifrån antaganden att 60 procent av lustgasen används vid förlossningsavdelningen samt att 70 procent av denna mängd destrueras. Den utredning av IVL som beställts för att klargöra flöden och destruktionsgrad är</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>
--	---

<p>fortfarande inte klar.</p> <p>Uppdrag/mål Fasa ut 30 % av de produkter som innehåller glutaraldehyd vid användning i diskdesinfektorer för flexibla endoskop</p> <p>Kommentar Målet är uppnått. Aktuella diskdesinfektorer har i viss omfattning bytts ut eller konverterats vilket gör att mindre farliga kemiska produkter kan användas för ändamålet.</p> <p>Uppdrag/mål Minskning av antalet utfasningsämnen 1 med 10 % vid Akademiska sjukhusets laboratorier, jämfört med registrerade ämnen 1 januari 2008 (= 150 stycken)</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått. Utfallet visar att strax över 8 % av de aktuella kemiska produkterna fasats ut vid årsskiftet 2009/2010.</p> <p>Uppdrag/mål Utreda förutsättningar för utbyte av etidiumbromid (vid gelgjutning) till mindre hälso- och miljöfarliga alternativ på Akademiska sjukhusets laboratorier</p> <p>Kommentar Målet är delvis uppnått. Arbetet med att hitta alternativa metoder som innebär att ”snällare” kemiska komponenter har pågått under 2009. En arbetsgrupp bestående av personal från Universitetet, Miljö- och kemienheten, CK och Akademiska laboratoriet har arbeta med detta utredningsmål. En del resultat och idéer har framkommit och rapporterats till Sjukhusledningen. Arbetet med detta målområde kommer att fortsätta under 2010.</p> <p>Avfall</p> <p>Uppdrag/mål Andelen källsorterat avfall ska vara 48 % av den totala avfallsmängden vid utgången av år 2009</p> <p>Kommentar Målet är inte uppnått. Avfallsstatistiken för 2009 visar på en källsortering motsvarande 45 procent. Positivt är att kompostprojekt kom igång under hösten och på sikt är förhoppningen att det ska medföra att källsorteringen ökar åtminstone några procent.</p> <p>Användningen av kontospapper</p> <p>Uppdrag/mål Minska användning av kontospapper med 1 % under år 2009 jämfört med år 2008. (A4 hålrat och ohålrat 80 gram)</p> <p>Kommentar</p>	<p style="text-align: center;">😊</p> <p style="text-align: center;">😞</p> <p style="text-align: center;">😞</p> <p style="text-align: center;">😞</p>
---	---

BILAGA 8.2 TILL ÅRSREDOVISNING 2009

Förvaltning: Akademiska sjukhuset

2010-02-09

PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET¹					
	Bokslut 2008	Bokslut 2009	Förändr 08-09 antal	Förändr 08-09 %	Not
Akademiska sjukhuset					
<u>Produktivitet</u>					
DRG-poäng per årsarbetare/närvarotid*	2,34	2,56	0,22	9,40 %	
Antal läkarbesök per årsarbetare, läkare	34,98	36,14	1,16	3,32 %	
Antal lb per årsarb, läkare korr dialys inom psykiatri*	34,25	36,14	1,89	5,50 %	1
inom psykiatri inkl hyrläkare	31,44	34,81	3,37	10,72 %	
	27,56	29,38	1,82	6,62 %	2
<u>Volymutveckling</u>					
Producerade DRG-poäng	157 991	170 299	12 308	7,79 %	
Vårdtillfällen (utskrivna)	57 984	59 489	1 505	2,60 %	
- varav riks/region	15 194	15 655	461	3,03 %	
Läkarbesök öppen vård	333 809	353 898	20 089	6,02 %	
Läkarbesök öppen vård korr för dialysen	325 559	353 898	28 339	8,70 %	1
- varav riks/region	37 406	42 992	5 586	14,93 %	
Övriga öppenvårdsbesök	349 127	399 281	50 154	14,37 %	3
- varav riks/region	21 188	32 269	11 081	52,30 %	

1) Under 2008 registrerades dialysbehandling som läkarbesök. 2009 ingår dialys i sjukvårdande behandling.

2) Såväl under 2008 som 2009 har psykiatri haft hyrläkare som genererat läkarbesök.

3) Korrigerat för byte av patientadministrativt system. 2008 registrerades såväl huvud- som biaktivitet. From nya PAS 2009 registreras endast huvudaktivitet

BILAGA 8.3 TILL ÅRSREDOVISNING 2009

PERSONALNYCKELTAL för Akademiska sjukhuset

I tabellen på yrkesgrupp redovisas endast större och/eller viktiga förändringar av antal årsarbetare mellan åren.

Närvarotid mätt i årsarbetare ¹				
	Genomsnittligt antal årsarbetare 2008	Genomsnittligt antal årsarbetare 2009	Förändring i antal	Procentuell förändring
Totalt ²	5688	5649	-39	-0,7
Varav urval på yrkesgrupp:				
Sjuksköterska	1157	1115	-42	-3,6
Undersköterska	1128	1078	-50	-4,5
Sjuksköterska specialist	411	465	53	13
Administratör	476	464	-12	-2,5
Överläkare	353	354	1	0,3
Vård och omsorg, övriga	334	331	-2	-0,7
Skötare	262	248	-14	-5,3
Ledning	234	226	-8	-3,4
Biomedicinsk analytiker	191	185	-6	-3,3
Läkare leg, ST	164	175	11	6,5
Specialistläkare	157	163	6	3,7
Handläggare	127	128	1	0,8
Sjukgymnast	91	88	-3	-2,8
Psykolog	80	87	7	9,1
Sjuksköterska, annan spec.inriktn	106	82	-23	-22
Kurator	68	65	-4	-5,1
Läkare leg, annan	49	59	10	21,1
Ingenjörer	86	58	-28	-33,1

⁴ Obs! Gällande utvecklingen av årsarbetare beakta effekten av organisatoriska förändringar, exempelvis Administrativt centrum

² Totalen på sjukhuset har justerats för Primulafel, organisatoriska förändringar såsom mammografien, administrativt centrum, öppenvårdspsykiatri i Enköping, käkirurgen samt effekter av strejken 2008. På yrkesgrupp-nivå har detta ej kunnat göras.

Arbetsterapeut	57	57	0	-0,7
Läkare ej leg, allmäntjänstg	52	49	-3	-6,4

Närvarotiden för sjukhuset har minskat under 2009 jämfört med 2008. Det är framförallt under senare hälften av 2009 som effekterna av minskning av personal har påverkat närvarotiden.

Sjukhuset har arbetat metodiskt och långsiktigt med att minska antalet anställda under 2009 utifrån sparkravet. Den yrkesgrupp som ökat sin närvarotid 2009 jämfört med 2008 är läkarna med knappt 17 årsarbetare. Det är ST- läkare samt gruppen ”läkare annan” som ökat. En effekt av att säkra den framtida personalförsörjningen för denna grupp.

Observera att det finns kvardröjande effekter av införande av AID kodningen i september 2008 som kan visa skeva utfall.

I tabellen på yrkesgrupp redovisas endast procentuell förändring större än 3 procent mellan åren. Enstaka uppgifter som är utpekande tas bort.

Redogör för de mest väsentliga kommentarerna i korthet nedan

Timlönekostnad			
	Genomsnittlig timlönekostnad år 2008	Genomsnittlig timlönekostnad år 2009	Procentuell förändring
Totalt	190,73	199,22	4,45
Varav urval på yrkesgrupp:			
Administratör	131,98	137,52	4,2
Arbetsterapeut	151,2	153,25	1,36
Audionom	129,33	134,2	3,77
Biomedicinsk analytiker	152,86	157,29	2,9
Dietist	151,05	150,49	-0,37
Distriktsläk/Spec allmänmed		1733,72	
Handläggare	189,79	199,65	5,2
Hantverksarbete med mera	116,74	118,43	1,45
Ingenjörer	183,15	188,53	2,94
Kultur turism och fritidsarbete	127,59	120,6	-5,48
Kurativt arbete, annat	148,98	150,48	1,01
Kurator	159,4	163,97	2,87
Köks- och måltidsarbete	111,1	120,28	8,26
Ledning	255,93	300,89	17,57
Logoped	179,19	208,83	16,55

Läkare ej leg, allmäntjänstg	173,89	174,49	0,35
Läkare leg, ST	281,77	285,25	1,24
Läkare leg, annan	273,04	267,05	-2,19
Psykolog	183,82	180,75	-1,67
Rehab-förebyggande arbete, annat	133,11	136,71	2,7
Sjukgymnast	147,93	151,96	2,72
Sjuksköterska	165,99	171,4	3,26
Sjuksköterska specialist	190,84	193,84	1,57
Sjuksköterska, annan spec.inriktn	182,61	180,57	-1,12
Skol- och barnomsorgsarbete	143,43	152,12	6,06
Skötare	143,17	146,87	2,58
Specialistläkare	399,36	393,28	-1,52
Städ- tvätt och renhållningsarbete	108,85	114,68	5,35
Tandhygienist	158,45	162,74	2,7
Tandläkare	350,76	364,2	3,83
Tandsköterska	136,45	139,86	2,5
Teknikarbete, övriga	194,84	204,25	4,83
Tekniker	166,84	173,74	4,13
Undersköterska	145,72	151,15	3,73
Vård och omsorg, övriga	166,5	171,88	3,23
Överläkare	429,96	452,14	5,16

Sjukhuset ökade sin timlönekostnad under 2009 med 4,45 procent. 2009 innebar en generell lönekostnadsökning på 4,63 procent inkl den överskjutande delen i lönerrevisionerna för 2008 som fick effekt 2009. Detta innebär att sjukhuset inte haft någon nämnvärd löneglidning under 2009. Men det finns andra faktorer som påverkat timlönekostnaden;

Närvarotidsminskning

Sjukhuset har under året minskat närvarotiden. Den personal som till övervägande del lämnat sjukhuset har lägre lönenivå än genomsnittet.

Det innebär att medellönen per person ökar vilket ger en ökning av timlönekostnaden.

Organisatoriska förändringar

Mellan 2008 och 2009 har framförallt administrativ personal flyttats till Administrativt centrum vilket medfört att gruppen administratörer timlönekostnad påverkats eftersom medellönen var lägre än sjukhusets genomsnitt.

Yrkesgrupperna -AID kodning

Även i timlönemodellen kan införandet av AID kodningen i september 2008 ge vissa skeva utfall. Därför är det mer intressant att analysera yrkesgrupperna mer övergripande

I Yrkesgruppen Ledning har timlönekostnaden ökat med 17,57 procent vilket beror på att läkare med chefsbefattningar förts till denna grupp samt effekter av AID-kodning. Generellt har inte lönerna i denna grupp ökat mer än genomsnittet.

Läkare vilket man kan se på gruppen läkare där lönekostnaden är förhållandevis låg 1,96 % I denna grupp har timlönekostnaden varit låg under året framför allt till följd av att andelen ST-läkare och yrkesgruppen ”läkare, annan” har ökat samt att ett antal chefer som tidigare kodats som läkare numera kodas som ledning.

Sjuksköterske- och BMA gruppen har tillsammans ökat timlönekostnaden med 2,69 %.

Undersköterskegruppen inkl skötare, barnsköterskor labbiträden mm har ökat sin timlönekostnad med 3,5% samtidigt som närvarotiden minskat med 4%.

Huvudgruppen ”**Rehabiliterings och förebyggande arbete**” där bla arbetsterapeuter, sjukgymnaster, logopedier och audionomer ingår har ökat med 2,99%. Gruppen logopedier har en hög ökning av timlönekostnaden på 16,55%. Det torde bero på AID kodning i kombination med strukturella förändringar under året. Vid jämförelse av lönenivån dec 2008 mot dec 2009 har löneökningen varit 2,33%.

Huvudgruppen ”**Tekniker arbete**” har ökat sin timlönekostnad med 2,74% . Gruppen som helhet har minskat sin närvarotid något i kombination med personalomsättning

Redovisningen av sjukfrånvaron sker i enlighet med lagkrav och Sveriges Kommuner och Landstings riktlinjer.⁵

Total sjukfrånvaro i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid, i procent									
	Samtliga			Kvinnor			Män		
	Total sjukfrånvaro i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid			Kvinnors sjukfrånvaro i förhållande till kvinnors ordinarie arbetstid			Mäns sjukfrånvaro i förhållande till mäns ordinarie arbetstid		
	År 2008	År 2009	Förändring mellan åren	År 2008	År 2009	Förändring mellan åren	År 2008	År 2009	Förändring mellan åren
Totalt	5,56	4,96	-0,6	6,21	5,55	-0,67	3,06	2,78	-0,27
- 29 år	3,28	3	-0,27	3,64	3,24	-0,4	1,56	1,91	0,35
30 - 49 år	4,96	4,49	-0,47	5,76	5,25	-0,51	2,15	1,91	-0,24
50 år -	6,95	6,03	-0,92	7,51	6,49	-1,02	4,69	4,2	-0,49

⁵ Enligt lagkrav ska sjukfrånvaro 60 dagar eller mer redovisas i förhållande till total sjukfrånvarotid. Dessa uppgifter tas i årsredovisningen fram centralt på landstingsnivå för i första hand landstinget totalt.

Sjukfrånvaro 60 dagar eller mer i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid, i procent									
	Samtliga			Kvinnor			Män		
	Sjukfrånvaro 60 dagar eller mer i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid			Sjukfrånvaro 60 dagar eller mer i förhållande till kvinnors ordinarie arbetstid			Sjukfrånvaro 60 dagar eller mer i förhållande till mäns ordinarie arbetstid		
	År 2008	År 2009	Förändring mellan åren	År 2008	År 2009	Förändring mellan åren	År 2008	År 2009	Förändring mellan åren
Totalt	3,67	3,1	-0,57	4,13	3,52	-0,61	1,92	1,57	-0,35
- 29 år	0,98	0,9	-0,08	1,15	0,99	-0,16	0,15	0,43	0,28
30 - 49 år	3,15	2,61	-0,54	3,75	3,16	-0,59	1,05	0,75	-0,3
50 år -	5,07	4,26	-0,81	5,45	4,58	-0,86	3,58	2,98	-0,6

Sjukhuset redovisar 2009 en total sjukfrånvaro på 4,96 % vilket är lägre än målnivån på 5,3 %. Det är första gången som sjukhuset uppnår målet för sjukfrånvaro sedan det infördes.

Mellan 2008 till 2009 har sjukfrånvaron minskat med 0,6 % Det är framförallt sjukfrånvaron mer än 60 dagar som står för minskningen.

Andelen kvinnor som är sjukfrånvarande är alltjämnt hög och yrkesgrupperna skötare/undersköterskor har en hög sjukfrånvaro och står för ca en tredjedel av alla sjukskrivningar.

Åldersgruppen + 50 år minskar sjukfrånvaron mest oavsett kön.

BILAGA 8.4 TILL ÅRSREDOVISNING 2009

Akademiska sjukhuset

Nämnd/styrelse/förvaltning

RESULTATRÄKNING (tkr)	Bokslut 2009	Bokslut 2008	Not
VERKSAMHETENS INTÄKTER	2 615 542	2 423 639	1
VERKSAMHETENS KOSTNADER	-6 537 228	-6 290 826	2
AVSKRIVNINGAR/NEDSKRIVNINGAR	-163 101	-139 405	3
VERKSAMHETENS NETTOKOSTNAD	-4 084 787	-4 006 592	
- Finansiella intäkter	519	203	4
- Finansiella kostnader	16 035	-51 763	5
- Landstingsanslag		0	
- Ersättning från HSS	3 989 260	3 885 533	
- Övrig finansiering	8 568	6 997	6
ÅRETS RESULTAT	-70 405	-165 622	
INVESTERINGAR (tkr)	142 503	198 236	7

1. Verksamhetens intäkter har ökat med +192 mkr eller med 7,9%.

Såld vård har ökat med +115 Mkr eller 7,1 %. Exkl prisökning på 3,2% en volymökning med 3,9%.

Ökning: Dalarna +29 Mkr, Gävle +42 Mkr, Västmanland +23 mkr, Sörmland +18 mkr, Värmland +11 mkr,

Örebro +5 mkr. Stockholm +12 mkr och utlandsvården +8 mkr.

Patientavgifterna har ökat med närmare +5 Mkr eller drygt 6,5 %. Ökningen förklaras framför allt av volymökningar.

Övriga intäkter har ökat med knappt +77 Mkr eller drygt 10,2 %. Fsg av laboratorie-/röntgentjänster och tandvårdstjänster förklarar en större del av ökningen. Under 2009 ingick Käkkirurgen med helårseffekt att jmf med ett tertial 2008.

Utskrivningsklara patienter ökade med +2 mkr eller med 30%.

2. Verksamhetens kostnader har ökat med +246 mkr eller med 3,9%

Personalkostnaderna ökar med +104 Mkr eller nästan 2,8%. Käkkirurgen svarar för 15,5 mkr, 0,4 % av ökningen.

Allmänpsykiatri i Norduppland samt Mammografiverksamhetens övergång till annan leverantör innebär minskade personalkostnader med -6,7, 0,2%. Löneavtal 2009 och helårseffekt av 2008 års avtal inkl ökade kostnader för

OB samt jour och beredskap var +126,4 mkr, 4,6%.

Övriga kostnader har ökat med +142 Mkr eller drygt 5,4%. Större poster som förklarar ökningen är köpt medicinsk service,

10 Mkr, IT-kostnader med 8 Mkr och läkemedelskostnader med 17 Mkr. Lokalhyror 22 mkr. Sjukvårdsmaterial inkl tandvårdsmaterial har ökat med 54 Mkr varav implantat 18 mkr. Sjukresor med 7 Mkr, lokaler med 22 Mkr.

3. Avskrivningarna ökar med 23 Mkr eller drygt 17%. Ökningen förklaras av "bildprojektet" och helårseffekt av tunga rtg investeringar 2008.

4. De finansiella intäkterna ökar med 0,3 Mkr eller 67%. Förklaras av valutakursvinster.
5. De finansiella kostnaderna minskade med 68 Mkr. Det förklaras av att det temporära tillskott på 73 mkr redovisas här. Exkl det temporära tillskottet 2009 ökade de finansiella kostnaderna med 5 mkr, 10%. Denna ökning förklaras av ökad internränta och ökade dröjsmålsräntor till en del förklarad av införandet av EFH.
6. Övrig finansiering har ökat med +1,6 mkr, 23%. De personalpolitiska medlen har ökat med +1,8 mkr och utvecklingsmedel minskat med -0,2 mkr.
7. Investeringarna har minskat med -56 mkr. Investeringar för EPJ var 18 mkr lägre 2009 jmf med 2008. På grund av investeringsstoppet blev utfallet för utrustningsinvesteringar lägre 2009. Under 2008 var det också flera tunga investeringar inom rtg. Av bilaga framgår större investeringar 2009.

Akademiska sjukhuset

Nämnd/Styrelse/Förvaltning:

BALANSRÄKNING (tkr)	2009-12-31	Förändring		Not
		2009-12-31	2008-12-31	
Immateriella anläggningstillgångar	69 895	-17 720	87 615	1
Mark och byggnader		0		
Maskiner och inventarier	489 856	-23 849	513 705	2
Finansiella anläggningstillgångar		-500	500	
SUMMA ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR	559 751	-42 069	601 820	
Förråd	57 453	2 795	54 658	3
Fordran på Landstingets koncernföretag		0		
Kortfristiga fordringar	555 259	39 080	516 179	4
Kortfristiga placeringar		0		
Kassa och bank	295	-126	421	5
SUMMA OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR	613 007	41 749	571 258	
SUMMA TILLGÅNGAR	1 172 758	-320	1 173 078	
Årets resultat		-70 405		
Reglering av över-/underskott 2008		15 000		6
SUMMA EGET KAPITAL	-922 029		-866 624	
Avsättningar		0		
SUMMA AVSÄTTNINGAR	0	0	0	
Långfristiga skulder		0		
Skuld till Landstingets koncernföretag	1 387 512	57 009	1 330 503	7
Kortfristiga skulder	707 275	-1 924	709 199	8
SUMMA SKULDER	2 094 787	55 085	2 039 702	
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	1 172 758	-320	1 173 078	

- 1) Överföring av anläggningar till CK uppgår till 21 Mkr netto och årets investeringar har minskat med 12 Mkr jmf 2008
 - 2) Nyinvesteringarna för året ligger 44 Mkr lägre än 2008
 - 3) Förrådsvärdet har ökat med 2,8 Mkr främst beroende på ökade förråd inom Röntgen och AL
 - 4) Kortfristiga fordringar har ökat med 39 Mkr fr a för kundfordringar vårdavgifter
 - 5) Från jan 2009 upphörde central kontanthantering
 - 6) Det egna kapitalet har försämrats med årets underskott 70 Mkr men förbättrats genom reglering av 15 Mkr
 - 7) Skuld till Landstingets koncernföretag har ökat pga. underskott, samt ökning av kundfordringar och minskad kapitalbindning i anläggningar
 - 8) Leverantörsskulder har ökat med 3 Mkr pga. att utländska fakturor nu ingår i reskontran. Dock har de LUL-interna lev.skulderna minskat med 40%
- För övr kortfristiga skulder beror minskningen bl a på att personalskulder minskat med 17 Mkr samtidigt som balanserade projektmedel har ökat

BILAGA 8.5 TILL ÅRSREDOVISNING 2009

EKONOMISKT ÅRSBOKSLUT						
mkr	Bokslut 2008	Budget 2009	Bokslut 2009	Budget- avvikelse	Förändr 08-09	No t
Riks-/regionsjukvård	1 618	1 718	1 732	14	114	
Patientavgifter	75	75	80	5	5	
Övriga intäkter	751	763	825	63	74	
Verksamhetens intäkter	2 444	2 555	2 637	82	193	
Personalkostnader	-3 669	-3 811	-3 778	33	-109	
- varav läkarlöner	-976	-1 034	-1 035	-2	-60	
- varav lön övrig personal	-2 693	-2 778	-2 743	35	-50	
Inhyrd personal	-43	-21	-45	-24	-2	1
Läkemedel	-577	-577	-594	-17	-17	
Medicinsk service	-88	-93	-96	-3	-8	
Hyror	-455	-476	-478	-2	-22	
Övriga kostnader	-1 466	-1 429	-1 552	-122	-85	
Verksamhetens kostnader	-6 298	-6 408	-6 542	-134	-244	
Avskrivningar/nedskrivningar	-139	-156	-163	-7	-24	
VERKS. NETTOKOSTNAD	-3 994	-4 009	-4 068	-59	-75	
Landstingsanslag						
Fast ersättning från HSS	3 002	3 978	3 973	-4	971	2
Rörlig ersättning från HSS	870	0		0	-870	
Finansiell nettokostnad	-52	18	16	-2	68	3
Övrigt	7	13	9	-4	2	
PERIODENS RESULTAT	-166	0	-70	-70	95	
INVESTERINGSVERKSAMHET						
Fastighetsinvesteringar						
- varav nyinvesteringar						
- varav värdehöjande ombygg.						
Investeringar i utrustning och immateriella tillgångar	198	182	143	40	-56	
- varav > 1 mkr	100		50		-50	
Försäljning av anläggningstillg.						

Not 1 Konto 5551 o 5552 motpart 060 samt rensat för Uppsala universitet

Not 2 Av fullmäktige beslutade HSS ersättning har justerats med -34 672 tkr för Adm C,

Not 3 Temporärt underskottsstöd 73 000 tkr ingår i finansnettot

8 342 tkr för öv psykiatri Norduppland, 20 520 tkr käkkirurgi, 2 378 tkr externa intäkter mammografi

