

# Strategi for kvalitet og patientsikkerhed 2022-2026

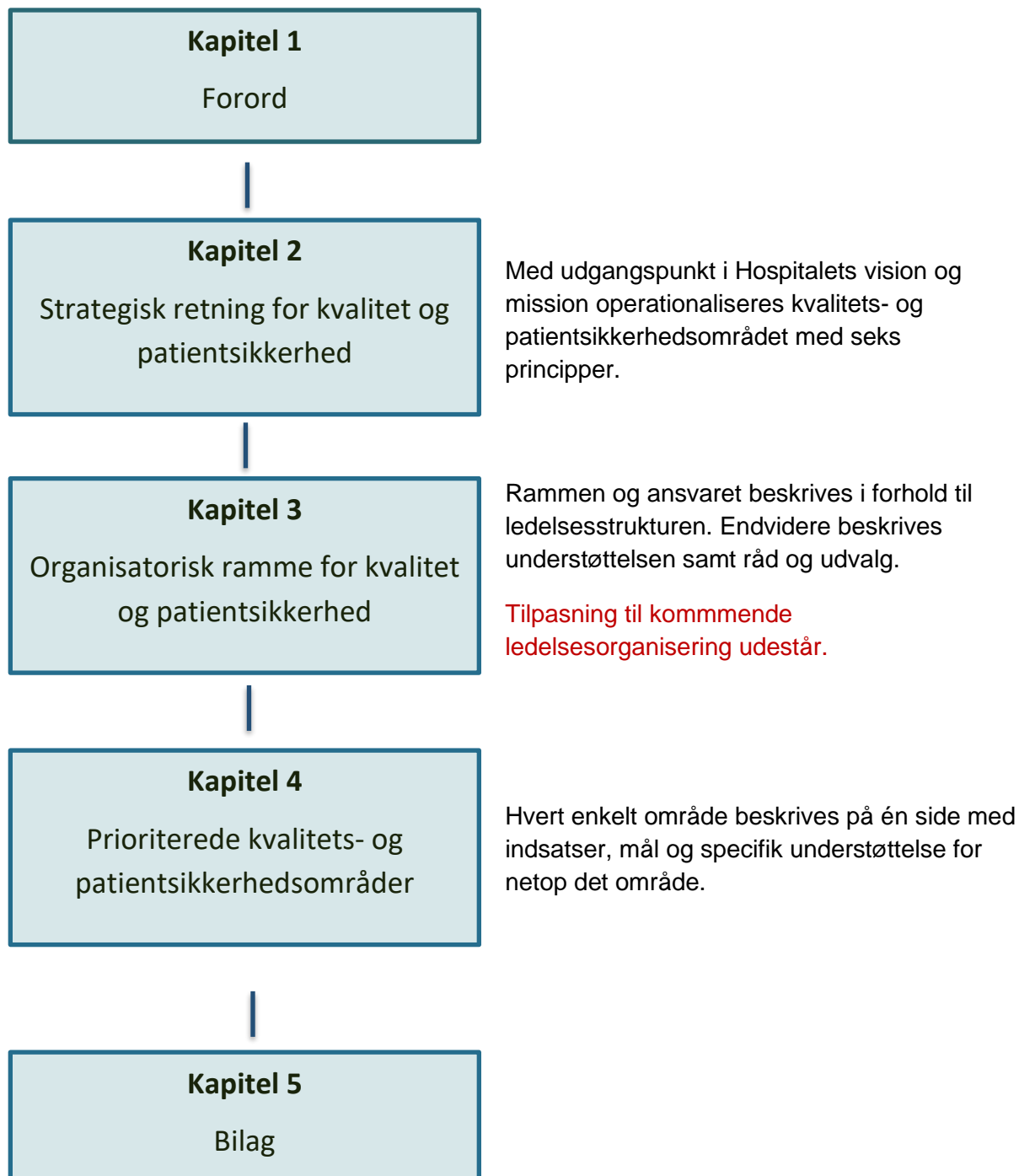
Version 1 – november 2022



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL  
- i gode hænder



# Kapiteloversigt



# Indholdsfortegnelse

1	Forord .....	4
2	Strategisk retning for kvalitets- og patientsikkerhedsområdet .....	5
3	Organisatorisk ramme for kvalitets- og patientsikkerhedsområdet .....	6
4	Prioriterede kvalitets- og patientsikkerhedsområder .....	12
	Kommunikation i det tværsektorielle samarbejde .....	14
	Overgange mellem afsnit, afdelinger eller matrikler .....	15
	Patientansvarlig læge og Patientens Team .....	16
	Patientkritiske tekniske forsyninger, fysiske forhold og infrastruktur .....	17
	Ernæring .....	18
	Forebyggelse af hospitalserhvervede tryksår .....	19
	Hospitalserhvervede infektioner – Håndhygiejne .....	20
	Hospitalserhvervede infektioner – Intravenøse katetre .....	21
	Hospitalserhvervede infektioner – Urinvejsdrænage .....	22
	Klagesager og erstatningssager .....	23
	Patientsikkerhed – Utsigtede hændelser .....	24
	Sikker kirurgi .....	25
	Sikker medicinering .....	26
	Sundhedsfagligt tilsyn .....	27
	Tidlig opsporing af kritisk sygdom .....	28
	Diagnostiske undersøgelser .....	29
	Dokumentstyring – PRI .....	30
	Kliniske kvalitetsdatabaser .....	31
	Kræft .....	32
	Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser - LUP .....	33
	Patient- og pårørendeinddragelse .....	34
	Sundhedsfremme og forebyggelse .....	35
5	Bilag 1: Nationale mål for sundhedsvæsenet 2021 - Oversigt over indikatorer, der er relevante for hospitalet .....	36
	Bilag 2: Kommissorium for afdelingers kvalitetsudvalg .....	37

# 1 Forord

Denne strategi er fundamentet for Aalborg Universitetshospitals kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde frem mod 2026. Med strategien får du som leder hjælp til at sætte retning og sikre fokus på faglig kvalitet, organisatorisk kvalitet og patientoplevels kvalitet.

Men alle er naturligvis velkomne til at læse med – især vil det være relevant, hvis du er udpeget til særlige opgaver inden for kvalitet, patientsikkerhed og dokumentstyring.

Rammerne om arbejdet er dels det lovgivningsmæssige grundlag, dels det nationale kvalitetsprogram, de regionale fokusområder og hospitalets egen handleplan.

Her har vi som hospital valgt at prioritere en række kvalitets- og patientsikkerhedsområder, der operationaliserer indikatorerne i det nationale kvalitetsprogram og de regionale fokusområder. Det er også i hospitalets handleplan, at du finder de kvalitetsområder, vi fra år til år vil give et særligt fokus.

Som leder på hospitalet er du automatisk en del af kvalitetsorganisationen og med til at tage beslutninger om kvalitet inden for dit ledelsesområde. Derfor er det dit ansvar at:

- Orienter dig i de nationale mål og hospitalets prioriterede kvalitetsindsatser
- Definere relevante indikatorer for egen afdeling
- Igangs sætte initiativer til at understøtte indikatorer med forbedringspotentiale eller kvalitetsbrister
- Sikre tid, ressourcer og kompetencer til arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed

I perioden frem mod 2026 tager vi desuden den nye matrikel i Hospitalsbyen i brug. Her venter nye arbejdsgange og i tilrettelæggelsen af dem skal kvalitet og patientsikkerhed naturligvis veje tungt.

For vi skal sammen gøre det bedre for patienterne. Vi skal sikre og forbedre kvaliteten og til stadighed højne patientsikkerheden. Vi ser det som en naturlig opgave, at alle ledere støtter personalet i at reflektere over og udvikle den kvalitet og patientsikkerhed, som ydes hver evig eneste dag.

Hospitalsledelsen



## Hvad med den nye ledelsesorganisering?

Med den nye fremtidige patientnære ledelsesorganisering vil det være nødvendigt snart at opdatere strategien i forhold til ansvarsplaceringer.

De prioriterede kvalitets- og patientsikkerhedsområder vil være de samme.

## 2 Strategisk retning for kvalitets- og patientsikkerhedsområdet

Arbejdet med kvalitets- og patientsikkerhedsområdet på Aalborg Universitetshospital er rammesat med hospitalets vision:

Patientens hospital • Vores arbejdsplads  
Patientens behov er vores opgave

Hospitalets mission er, at vi sammen skaber sikre og effektive forløb til den enkelte patient, udvikler morgendagens behandling og uddanner morgendagens medarbejdere.

Kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet skal involvere alle medarbejdere. Hospitalets vision og mission operationaliseres for kvalitets- og patientsikkerhedsområdet gennem følgende seks principper:

### **Skabe kvalitet tæt på patienten**

Organisationens fokus er på det patientnære og på at forbedre de processer, patienten indgår i. Patienternes oplevelse af kvalitet er i stor udstrækning bestemt af de medarbejdere, som patienten møder i sit forløb.

### **Bruge patienternes oplevelser aktivt**

Patienternes oplevelser, erfaringer og præferencer indgår aktivt såvel i planlægningen af det enkelte patientforløb, som i den løbende udvikling af hospitalets ydelser.

### **Forankre kvalitetsarbejdet i ledelsen**

Det er ledelsernes ansvar, at kvalitetsarbejdet indgår som en naturlig del af praksis.

### **Dataunderstøttet ledelse**

Kvalitetsdata anvendes som ledelsesmæssigt styringsredskab på lige fod med øvrige data om økonomi og aktivitet. Der skal være et effektivt flow af kvalitetsdata og idéer på tværs af ledelsesniveauerne. Data bør løbende drøftes med personalet, så alle kender relevante kvalitetsdata for egen praksis og har viden om, hvilke mål der stræbes efter.

### **Tænke kvalitet og økonomi sammen**

Arbejdsgange, tiltag og løsninger, der på en gang forbedrer kvaliteten og reducerer omkostninger, skal prioriteres.

### **Forbedre løbende**

Der arbejdes kontinuert med at sikre bedre forløb, bedre behandling og pleje, mere effektive processer og mere tilfredse patienter. Det er vigtigt løbende at lære af patientforløbene, iværksætte de rette handlinger og sprede de gode idéer på hospitalet.

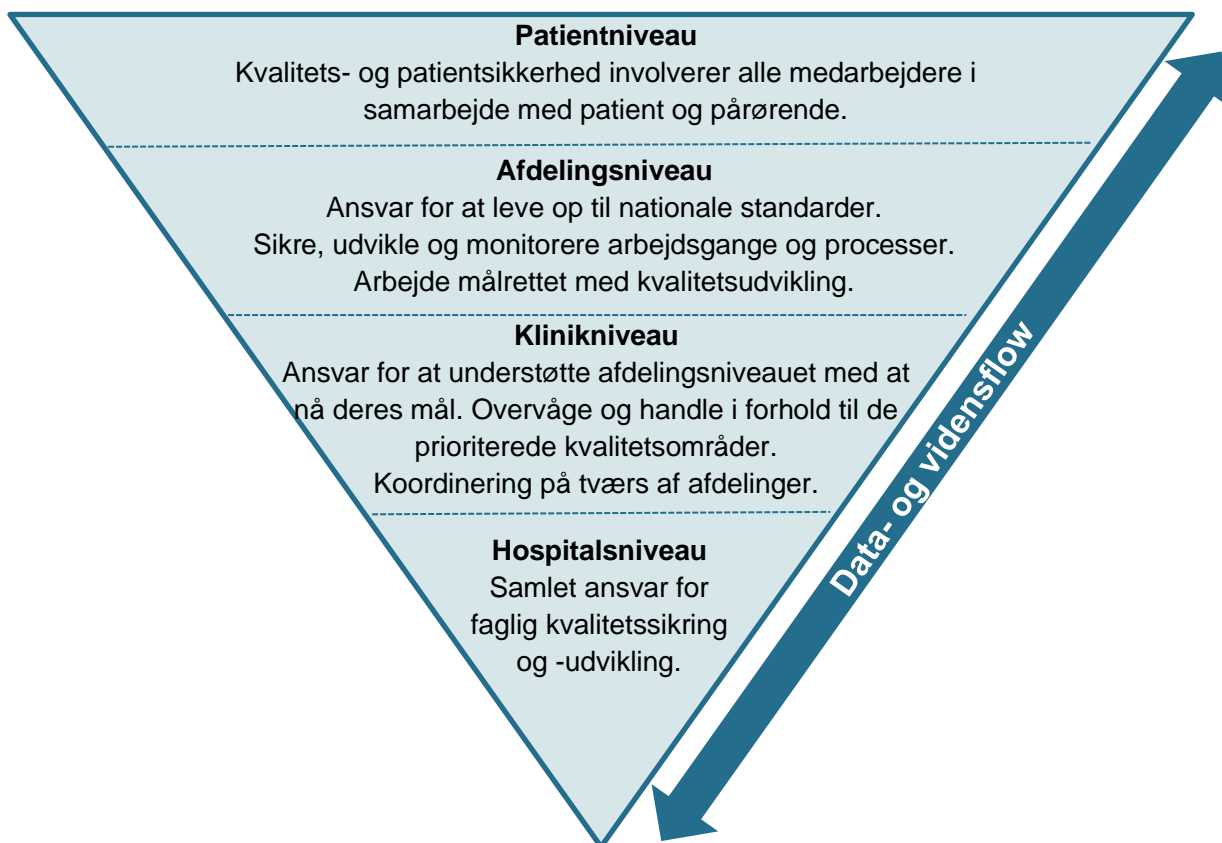
### 3 Organisatorisk ramme for kvalitets- og patientsikkerhedsområdet

Den overordnede ramme for området udgøres af Det Nationale Kvalitetsprogram, som er udviklet af regeringen, regioner og kommuner for at skabe større værdi for patienten. Kvalitetsprogrammet består af et nationalt ledelsesprogram, lærings- og kvalitetsteam samt en række nationale mål. Region Nordjyllands strategiske fokusområder for sundhedsområdet er direkte koblet til Det Nationale Kvalitetsprogram. Fokusområderne er:

- Respekt for patientens tid
- Sammenhæng og nærhed
- På patientens præmisser
- Sikkerhed og kvalitet for patienten

Ledelsesorganisationen på Aalborg Universitetshospital udgør kvalitetsorganisationen, hvilket betyder, at beslutninger om kvalitet træffes i eksisterende ledelsesfora. Dette suppleres med specifikke råd og udvalg. Ansvar og beslutningskompetence i kvalitetsarbejdet er dermed indarbejdet i ledelsesstrukturen.

Strategien skal understøtte, at der på tværs af de forskellige organisatoriske niveauer arbejdes med at sikre kvalitet og patientsikkerhed i alle forløb. I alle hospitalets funktioner udføres dagligt en lang række indsatser for at sikre, udvikle og monitorere kvaliteten i det enkelte patientforløb. Kvalitetssikring skal ske systematisk ved at følge udvalgte områder. Data opsamles fra det enkelte patientforløb og giver personalet direkte feedback på egen praksis og anvendes desuden i hele organisation. Dette er grundlæggende for at skabe læring og bedre patientforløb. Der sikres endvidere en kobling til forskningsområdet, hvor dette er relevant.



## Afdeling

### Afdelingsledelsens ansvar

Afdelingsledelserne har på ethvert tidspunkt ansvaret for, at kvaliteten og patientsikkerheden i afdelingen er i orden. Ligeledes har de ansvaret for at leve op til nationale standarder og løbende arbejde med kvalitet og patientsikkerhed, herunder de prioriterede kvalitetsområder.

Afdelingsledelsen har ansvar for, at de relevante kvalitetsdata registreres, valideres og vurderes. Afdelingsledelsen har også ansvar for, at årsagerne til manglende målopfyldelse afdækkes, og at der bliver fulgt op på konstaterede kvalitetsbrist.

### Understøttelse i afdelingen

I alle afdelinger er der medarbejdere, som er udpeget til særlige opgaver inden for kvalitet, patientsikkerhed og dokumentstyring (PRI). Sammen med afdelingsledelsen arbejder ressourcepersonerne med prioriterede opgaver og understøtter formidlingen af kvalitetsarbejdet til de øvrige ansatte. Sammen med kvalitetsmedarbejderne på klinik- og hospitalsniveau er ressourcepersonerne en vigtig støtte for, at kvalitetsdagsordenen kan løftes af de patientnære ledelser. Ressourcepersonerne er eksempelvis: Kvalitetsnøglepersoner, patientsikkerhedsnøglepersoner, PRI-redaktører, ernæringsteams, hygiejnekontaktpersoner, tryksårsnøglepersoner, databaseansvarlige samt styregruppemedlemmer for de kliniske kvalitetsdatabaser, overlæger, NAU-fellows, IV-nøglepersoner, forløbsledere og forløbskoordinatorer for kræft. Det er afdelingsledelsernes ansvar at koble de prioriterede indsatsområder til de medarbejdere, det er relevant for.

### Råd og udvalg i afdelingen

Der skal være et lokalt kvalitetsudvalg, som håndterer kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet samt sikrer arbejdet med de prioriterede kvalitetsområder. For at skabe ensartethed i afdelingernes kvalitetsarbejde er der udarbejdet et standardkommissorium til inspiration for afdelingernes kvalitetsudvalg; kommissoriet er at finde som bilag til nærværende strategi.

#### Kvalitetsudvalg

Kvalitetsudvalget har som udgangspunkt den ledende overlæge som formand. Sammensætningen af udvalget bestemmes lokalt, og det anbefales, at Kvalitetsudvalget består af ledere, repræsentanter fra de primære faggrupper, patientsikkerhedsnøglepersoner, kvalitetsnøglepersoner og PRI-redaktører. Det er også en mulighed at inddrage patientrepræsentanter i Kvalitetsudvalget.

#### UTH-team

Alle afdelinger skal have et tværfagligt UTH-team, som har et særligt ansvar for at understøtte patientsikkerhedsarbejdet og analysere utilsigtede hændelser. Afdelingsledelsen skal være repræsenteret i teamet, og det sikres ligeledes, at den samlede afdelingsledelse er orienteret om analyseresultater, mønstre og tendenser. I UTH-teamet er fokus på læring og forebyggelse.

#### Ad hoc

Der kan være behov for ad hoc teams/arbejdsgrupper i forbindelse med kvalitetsudvikling, kvalitetsbrist eller afdelingsspecifikke projekter inden for kvalitet og patientsikkerhed.

## Klinik

### Klinikledelsens ansvar

Klinikledelsen har ansvar for at overvåge relevante kvalitetsdata for klinikken og handle på konstaterede kvalitetsbrist. Klinikledelsen understøtter afdelingen i at nå deres mål. I den udvidede klinikledelse foregår opsamling, koordinering og erfaringsudveksling på tværs af afdelingerne.

Ved de regelmæssige møder mellem klinikledelsen og afdelingsledelsen er klinikledelsen ansvarlig for at drøfte den enkelte afdelings kvalitetsdata og arbejdet med de prioriterede kvalitetsområder. Endvidere drøftes fremdriften og resultaterne af handleplaner iværksat i afdelingen. Den udvidede klinikledelse skal sikre koordinering og sparring på tværs i klinikken samt medarbejdernes involvering og oplæring til opgaver, der relaterer til kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.

### Understøttelse på klinikniveau

I klinikkerne er der kvalitetskoordinatorer, som understøtter klinikkens og afdelingernes arbejde med kvalitet og patientsikkerhed – for eksempel i forhold til kvalitetsmonitorering, kliniske kvalitetsdatabaser, initialmodtager af utilsigtede hændelser, audits, rådgivning af kvalitets- og patientsikkerhedsnøglepersoner samt ledelsesinformation.

Kvalitetskoordinatoren indgår i Funktionsgruppen Kvalitet på hospitalsniveau, hvor opgaver sættes i gang og løses på tværs af hospitalet. Kvalitetskoordinatoren er dermed også med til at løfte udviklings- og implementeringsarbejdet på tværs af hospitalet.

I hver klinik varetager en person opgaven som administrativ PRI-redaktør. PRI-redaktøren har et særligt ansvar for at understøtte og yde support til de lokale PRI-redaktører. Den administrerende PRI-redaktør skal bidrage til ensartet anvendelse af PRI. Det sker gennem undervisning, support, vidensformidling og udvikling. De administrative PRI-redaktører indgår i et netværk på hospitalsniveau, hvor *Kvalitet og Sammenhæng* er tovholder. Gruppen drøfter og løser overordnede problemstillinger i forhold til anvendelsen af PRI.

Derudover bidrager øvrige medarbejdere på klinikniveau – eksempelvis de koordinerende professorer og professorer/lektorer/post.doc. i klinisk sygepleje.

### Råd og udvalg på klinikniveau

Klinikledelsen har et forum på tværs af afdelingsledelserne, hvor kvalitetsområdet behandles kontinuerligt. Det er den samlede ledergruppe, der skal understøtte klinikkens kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde. Patientforløb på tværs af hospitalet, generel erfaringsudveksling og læring drøftes. Endvidere sikres sammenhængen til økonomi og drift.

### Netværksgrupper for kvalitet, patientsikkerhed og PRI

Kvalitetskoordinatoren understøtter netværksgrupper i relation til kvalitet og patientsikkerhed. Den administrerende PRI-redaktør understøtter en netværksgruppe med de lokale PRI-redaktører.

### Ad hoc

Der kan være behov for ad hoc udvalg i forbindelse med kvalitetsudvikling, kvalitetsbrist eller projekter inden for kvalitet og patientsikkerhed.



# Hospital

## Hospitalsledelsens ansvar

Hospitalsledelsen har det overordnede ansvar for kvaliteten på hospitalet. Hospitalsledelsen har ansvar for at overvåge relevante kvalitetsdata for hospitalet og handle på konstaterede kvalitetsbrist. Den udvidede hospitalsledelse styrer og følger op på kvalitetsdata og kvalitetsindsatser. Hospitalsledelsen tager beslutninger om aktuelle indsatser, blandt andet på baggrund af indstillinger fra kvalitetsorganisationen. Kvalitet og kvalitetsdata samt koblingen til økonomi og aktivitet bliver løbende dagsordenssat i den udvidede hospitalsledelse. Den udvidede hospitalsledelse fastlægger den overordnede retning for kvalitetsområdet og understøtter de prioriterede kvalitetsområder.

## Råd og udvalg på hospitalsniveau

### Driftsforum i regi af sundhedsklyngerne:

Det overordnede formål med sundhedsklyngerne er tværsektorielt samarbejde om udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af hospitaler, praktiserende læger, psykiatri og kommuner.

Driftsforum arbejder med at omsætte og implementere Sundhedsaftalen. Der er fire sundhedsklynger; hver med et driftsforum. Der er tre driftsfora, som knytter sig til Aalborg Universitetshospital, organiseret under Sundhedsklynge Vest, Midt og Syd.

### Hygiejneråd:

Hygiejnerådet på Aalborg Universitetshospital har til formål at styrke koordinering af viden og indsatser på det infektionshygiejniske område. Rådet refererer til Hospitalsledelsen (HL) og fungerer som rådgiver og formidler for HL og Region Nordjylland inden for spørgsmål af infektionshygiejnisk karakter. Hygiejnerådets opgaver og ansvar varierer over tid afhængig af resistensproblematikker, nye infektionstrusler og nye fokusområder for nedbringelse af nosokomielle infektioner.

### IV ekspertgruppe:

IV-ekspertgruppe skal understøtte ensartet høj faglig kvalitet i relation til anlæggelse, pleje og behandling af IV-adgange. Fokus er bl.a. på opretholdelse og udbygning af den teoretiske viden og de praktiske kompetencer. Gruppen skal endvidere opsøge og implementere ny viden om IV-katetre og yde faglig sparring til brugergrupper i udbudsprocessen.

### Kost og Ernæringsudvalg

Formålet med et overordnet Kost- og Ernæringsudvalg er at have et tværfagligt udvalg, som kan rådgive hospitalsledelsen i kost- og ernæringssspørgsmål, samt kan medvirke til at fokus på kost og ernæring fremmes i relation til hospitalets planlægning og drift.

### POCT-råd:

POCT-rådet (Point-Of-Care-Testing) har til formål at sikre en hensigtsmæssig og sikker anvendelse af POCT-udstyr, der lever op til gældende standarder og retningslinjer for området. POCT-rådet skal overvåge anvendelsen af POCT på hospitalet, hvor analyser foretages uden for laboratorierne i Klinik Diagnostik.

### PRI-rådet:

Rådet er nedsat for at sikre udarbejdelsen af fælles tværgående kliniske retningsgivende dokumenter på Aalborg Universitetshospital. Denne opgave er central i forhold til at sikre ensartet

kvalitet via fælles retningslinjer og desuden løfte de retningsgivende dokumenter på så højt et organisatorisk niveau som muligt; det være sig også regionalt. Arbejdet med fælles dokumenter skal tage udgangspunkt i de behov for fælles dokumenter, som opleves i den kliniske hverdag.

Rådet varetager den overordnede koordinering af fælles dokumenter for Aalborg Universitetshospital og kan af egen drift udpege områder, som skal undersøges nærmere.

Rådet delegerer til relevante fagpersoner og afdelinger, der varetager den konkrete udarbejdelse af retningsgivende dokumenter.

#### Programledelser:

Der er etableret en række programledelser for kræftområderne. De er etableret for blandt andet at sikre overholdelse af kræftpakkernes standardforløbstider, de maksimale ventetider og indikatorerne i de kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet.

#### Rådet for Tryksårsforebyggelse:

Rådets formål er at understøtte fremdriften af tryksårsforebyggende praksisrelevante indsatser, både i den lokale drift i afdelingerne/afsnittene og på hospitalsniveau. Rådet har et overordnet, tværgående ansvar for at sikre, at indsatserne udspringer af problemstillinger og udfordringer fra klinisk praksis.

#### Ad hoc udvalg:

Der er løbende behov for ad hoc udvalg i forbindelse med vurdering, tilrettelæggelse og gennemførelse af indsatser til udvikling af kvaliteten. Som eksempel herpå kan nævnes: KAD, TOKS samt Lærings- og kvalitetsteams (LKT).

I grupperne sikres en bred repræsentation af klinikere fra afdelinger, som henholdsvis oplever udfordringer og kvalitetsbrist eller er specialister for emnet.

### Understøttelse på hospitalsniveau

*Kvalitet og Sammenhæng* er en del af Hospitalsledelsens stab og varetager tovholderfunktioner i forhold til kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet. Herunder varetager kontoret koordineringen på tværs af hospitalet og til de regionale og nationale enheder i forhold til en lang række indsatser i relation til de prioriterede kvalitetsområder og til kvalitet og patientsikkerhed generelt.

Funktionsgruppen Kvalitet er en fast tværorganisatorisk netværksgruppe, som består af kvalitetskoordinatorerne i klinikkerne og kvalitetsmedarbejderne i *Kvalitet og Sammenhæng*. Funktionsgruppen bidrager til sammenhæng i kvalitetsarbejdet på tværs af hospitalet. Gruppen er proaktiv og igangsætter indsatser til sikring af fremdrift og innovation. Gruppen understøtter ledelsesarbejdet med at monitorere kvaliteten på hospitalsniveau, analysere data, gennemføre audits og tracere, identificere kvalitetsbrist samt udarbejde forslag til implementeringsindsatser på hospitalsniveau.

Forløbscheferne har en central rolle i kvalitetsarbejdet. Med afsæt i de nationale mål for sundhedsområdet, de regionale fokusområder og hospitalets handleplan, har Udvidet Hospitalsledelse tildelt forløbscheferne et fagligt ledelsesansvar for specifikke højt prioriterede indsatser, der ikke alene kan løftes på afdelings- eller kliniskniveau, men kræver et særligt fokuseret og tværgående samarbejde.

## Kompetenceudvikling

Det daglige spørgsmål om, hvad "vi kan gøre bedre i morgen i forhold til det, vi leverede i dag", bør sætte rammen for, hvilken kompetenceudvikling, der er nødvendig i de enkelte afsnit. Samtidig er spørgsmålet med til at identificere indholdet på de kurser, temadage, udviklingsforløb og lignende, som udbydes på hospitalet.

Det er vigtigt, at personalet og ledelsen deltager i udviklingen og forbedringen af arbejdsgangene i relation til patientforløbene. Afdelingsledelsen skal sikre, at personalet deltager i undervisning og kurser samt er aktive deltagere i afdelingernes og hospitalets kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde. Det er gennem nysgerrig og interesseret deltagelse, at refleksion over forbedring af arbejdet og patientbehandlingen sker.

Målet er, at ressourcepersonerne, som understøtter kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, har relevant viden og kompetencer. Når kompetencerne er etableret, skal afdelingsledelsen til enhver tid sikre, at kompetencerne vedligeholdes via deltagelse i relevante projekter, opfølgingskurser, temaeftermiddage mv.

## 4 Prioriterede kvalitets- og patientsikkerhedsområder

De prioriterede kvalitets- og patientsikkerhedsområder fordeler sig på de overordnede mål fra Det Nationale Kvalitetsprogram. Nedenfor ses en oversigt over de prioriterede kvalitetsområder på hospitalet i sammenhæng med de nationale mål:



### **Bedre sammenhængende patientforløb:**

Kommunikation i det tværsektorielle samarbejde  
Overgange mellem afsnit, afdelinger og matrikler  
Patientansvarlig læge og Patientens Team  
Patientkritiske tekniske forsyninger, fysiske forhold og infrastruktur



### **Styrket indsats for kronikere og ældre patienter:**

Ernæring



### **Forbedret overlevelse og patientsikkerhed:**

Hospitalserhvervede infektioner – Håndhygiejne  
Hospitalserhvervede infektioner – Intravenøse katetre  
Hospitalserhvervede infektioner – Urinvejsdrænage  
Hospitalserhvervede tryksår  
Klagesager og erstatningssager  
Patientsikkerhed – Utilsigtede hændelser  
Sikker kirurgi  
Sikker medicinering  
Sundhedsfagligt tilsyn  
Tidlig opsporing af kritisk sygdom



### **Behandling af høj kvalitet:**

Diagnostiske undersøgelser  
Dokumentstyring – PRI  
Kliniske kvalitetsdatabaser – RKKP



### **Hurtig udredning og behandling:**

Kræft



### **Øget patientinddragelse:**

Landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser – LUP  
Patient- og pårørendeinddragelse



### **Flere sunde leveår:**

Sundhedsfremme og forebyggelse

For hvert af de prioriterede kvalitetsområder er der i dette kapitel en én-sides-beskrivelse indeholdende:

- En beskrivelse
- Et eller flere mål
- Henvisning til, hvilke datakilder der anvendes
- Et eller flere konkrete indsatser for området
- Hvordan området understøttes ledelsesmæssigt og administrativt.



Nationalt mål: Bedre sammenhængende patientforløb

## Kommunikation i det tværsektorielle samarbejde

Der arbejdes med kommunikation og forløbskoordinering mellem kommune, almen praksis og hospital for at sikre sammenhæng i patientforløbene fra henvisning til udskrivelse og epikrise. Der skal sikres kvalitet og patientsikkerhed i overgange mellem hospital, kommune og almen praksis gennem faglig dialog og rettidig planlægning af udskrivelse.

For at styrke dialogen og den faglige sparring i overgange er det tværsektorielle samarbejde organiseret i fire sundhedsklynger. De tre af sundhedsklyngerne knytter sig til Aalborg Universitetshospital: Sundhedsklynge Vest, Midt og Syd.

### Mål til løbende opfølgning

- Der gennemføres kvalitativ audit på henvisninger og epikriser i de kliniske afdelinger en gang årligt i samarbejde med NordKap.
- Korrespondancer fra praktiserende læger besvares inden for fire dage.
- Minimum 90% af alle patienter får tilbudt at få epikrisen udleveret ved udskrivelsen.
- Rettidig afsendelse af plejeforløbsplan og udskrivningsrapport.

#### Datakilder:

MedCom (E-breve), som på hospitalet tilgås via epj  
Koncern Info – Sundhedsaftalens Dashboard  
Audit på "Epikrisen med i Hånden" to gange årligt

### Indsatser

Afdelingsledelserne:

- Igangsætter indsatser i egen afdeling.
- Samarbejder med Kvalitet og Sammenhæng samt almen praksis om planlægning af audit på henvisninger og epikriser. Målet er sikring af kvaliteten i korrespondancemeddelelser, henvisninger og epikriser.
- Sikrer kvalitet i indhold af plejeforløbsplaner og rettidig afsendelse. Der vil i samarbejde med Kvalitet og Sammenhæng blive gennemført pilottest om indsatser.
- Sikrer, at der er adgang til telefonisk specialistrådgivning for almen praksis.
- Sikrer rettidig besvarelse af korrespondancer fra praktiserende læger.
- Gennemgår halvårligt visitationsmanualer og sikrer opdatering.

### Understøttelse

Kvalitet og Sammenhæng, Patientforløb og Økonomi, Klyngestyregrupper, forløbschefer, chef for det nære sundhedsvæsen og praksiskonsulenter.

### Øvrigt

[Sundhedsaftalen og samarbejdsaftaler \(rn.dk\)](#), [Korrespondancemeddelelser mellem almen praksis og sygehuse i Region Nordjylland](#), [Henvisning af akutte og elektive patienter til sundhedsvæsenet i Region Nordjylland](#) (koncept for opfølgning/audit er i bilag), [Kommune- og tværsektorielt samarbejde – generelt \(rn.dk\)](#), [Epikrise – udarbejdelse og indhold af den gode epikrise](#) (koncept for opfølgning/audit er i bilag), [Praksiskonsulenter - NordKAP](#)



## Overgange mellem afsnit, afdelinger eller matrikler

En patientsikker overflytning forudsætter et godt kendskab til hele organisationen og bygger på respekt for og tillid til hinanden samt accept af de forskellige forhold, der gør sig gældende i afsnittene.

Overgange mellem afsnit, afdelinger eller matrikler kan være årsag til tab af information og brud i kontinuiteten af behandling, pleje, udredning og rehabilitering. Når en patient overflyttes er det derfor yderst vigtigt, at relevant og dækkende information videregives.

Formålet er, at patienter og pårørende oplever overgange som koordineret, hvor relevant information videregives, og at tab af information og brud i kontinuiteten af behandling, pleje, udredning og rehabilitering forebygges.

### Mål til løbende opfølgning

- Reduktion i antal henvendelser fra modtagende afsnit, afdelinger eller matrikler til "afsender".

#### *Datakilder:*

Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

### Indsatser

Afdelingsledelserne har ansvaret for at:

- Understøtte sikre patientovergange og drage læring af utilsigtede hændelser relateret hertil.
- Forløb og fremtidig behandlingsplan dokumenteres fyldestgørende.
- Sikre personalets inddragelse og viden om indsatsen.

Hospitalsniveau har ansvaret for at:

- Udarbejde, implementere og vedligeholde en instruks - med afsæt i lokale forhold - om patientsikker overgang.

### Understøttelse

Forløbschefer, kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik- og hospitalsniveau.

### Øvrigt

[Dokumentsamling for Sikkert patientflow](#)

[PNet Sikkert patientflow](#)



Nationalt mål: Bedre sammenhængende patientforløb

## Patientansvarlig læge og Patientens Team

Patientens Team er bygget op omkring følgende elementer: Tværfaglighed og teamsamarbejde, patient- og pårørendeinddragelse, patientansvarlig læge og forløbskoordinering, som afspejles i hospitalets vision.

Visionen er, at patientansvarlig læge og Patientens Team er en naturlig og systematisk samarbejds- og organiseringsform i alle fagligt relevante patientforløb på Aalborg Universitetshospital.

Implementering af patientansvarlig læge og Patientens Team har tre hovedformål:

- Inddragelse af patient og pårørende som partnere.
- Koordinering af det enkelte patientforløb.
- Kontinuitet i de centrale fagpersoner, som patienten møder.

### Mål til løbende opfølgning

- 90 % af alle kræftpatienter har en patientansvarlig læge og dette er registreret i den elektroniske patientjournal.
- Alle relevante patienter har en patientansvarlig læge.

#### Datakilder:

Epj samt den Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser i forhold til spørgsmålet: *"Oplevede du, at en bestemt læge tog et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser?"*

### Indsatser

Afdelingsledelserne sikrer:

- Rammen for patientansvarlig læge, Patientens Team og patient- og pårørendeinddragelse.
- Registrering af patientansvarlig læge i epj.
- At patienter og pårørende informeres om patientansvarlig læge og Patientens Team – både mundtligt og skriftligt.

Hospitalsniveau:

- Der foretages løbende erfaringsudveksling i Udvidet hospitalsledelse.
- Registrering af patientansvarlig læge for kræftforløbene drøftes på UHL fire gange årligt.

### Understøttelse

Forløbschefer, Den regionale styregruppe for Patientens Team og IT-koordinatorer.

### Øvrigt

[PNet Patientens Team](#)





## Patientkritiske tekniske forsyninger, fysiske forhold og infrastruktur

De fysiske forhold, herunder patientkritiske forsyninger og infrastruktur så som IT og telefoni, er essentielle for opretholdelse af et højt patientsikkerhedsniveau og hospitalets aktiviteter. Hospitalet sikrer en stabil og sikker drift af patientkritiske tekniske forsyninger og tager foranstaltninger for at imødegå svigt.

Undersøgelse, behandling og pleje af patienter på Aalborg Universitetshospital skal ske med minimale forstyrrelser trods begrænsninger i eller bortfald af patientkritiske tekniske forsyninger. Der menes her både tekniske foranstaltninger, såsom etablering af nødforsyninger, og patientnære foranstaltninger, for eksempel skift fra rørbåren oxygen til flasker, eller sikring af, at kritisk apparatur er tilsluttet prioriterede el-udtag.

Skulle der imidlertid trods forholdsregler opstå brand eller nedbrud i forsyninger, er det nødvendigt, at personalet kender arbejdsgange i relation til svigt og hurtigt kan handle korrekt.

### Mål til løbende opfølgning

- Ingen afbrydelse af kritiske forsyninger (100 % rådighedsgrad).

#### Datakilder:

Datakilder i Teknisk Afdeling.

### Indsatser

Afdelingsledelsen sikrer:

- En årlig gennemgang af KPTF skema (Kritiske Patientnære Tekniske Forsyninger).
- At personalet kender arbejdsgange i afdelingen ved svigt i forsyninger og øvrige fysiske forhold.
- At procedure vedligeholdes og er tilgængelige ved eksempelvis strømudfald.

Teknisk Afdeling har ansvar for:

- Gennemførelse af løbende risikovurderinger for forsyninger og øvrige fysiske forhold.
- Rådgivning om fysiske forhold og forsyninger i forhold til den aktuelle anvendelse og situation.
- Afprøvning og vedligeholdelse af interne beredskabsplaner.

Hospitals- og regionsniveau sikrer:

- Opdaterede nødprocedurer for IT og telefoni.

### Understøttelse

Teknisk Afdeling, Strategi og HR og IT-området.

### Øvrigt

[Skema til gennemgang af uforudsigelige situationer og forsyningssvigt](#) (Dok.ID. 16161)

Retningslinje for sikring af tekniske forsyninger samt for forebyggelse og afhjælpning af svigt af patientkritiske, tekniske forsyninger på Aalborg Universitetshospital: [Afsnit Syd](#), [Afsnit Nord](#), [Thisted matrikel](#) og [Farsø og Hobro. Beredskabsplan AalborgUH](#)



## Ernæring

Ernæring er et vigtigt element i behandlingen på hospitalet. Ernæringsstrategien består af flere elementer. Dels etablering af en ernæringsorganisation med ernæringsteams på alle afsnit, udvikling af et kostkoncept målrettet patienternes behov og spiseudfordringer, fast strategi i forhold til dokumentation af ernæring i epj herunder elektronisk ernæringsplan til regionens kommuner ved udskrivelse med ernæringsterapi, mulighed for diætstilsyn til indlagte og ambulante patienter. Der er udviklet et auditskema i forhold til ernæringsstrategien og der gennemføres audit på hospitalsniveau på alle matrikler.

### Mål til løbende opfølgning

- Patienter modtager ernæringsbehandling og pleje efter individuelt behov, baseret på obligatorisk opsporing af ernæringsrisiko ved ernæringscreening og vurdering ud fra bedst tilgængelige evidens og nationale vejledninger.
- Patienter i ernæringsrisiko får minimum 75 % af deres ernæringsbehov dækket under indlæggelsen.

#### Datakilder:

Indsatsen følges med en årlig journalaudit. Auditresultater kan findes på PNet: [Ernæringsaudit AalborgUH](#).

### Indsatser

Afdelingsledelsen har ansvaret for at prioritere og understøtte følgende indsatser:

- Alle patienter screenes i henhold til ernæringsvejledningen fra Sundhedsstyrelsen.
- Afsnittet har et varieret og tilstrækkeligt kosttilbud og tilbyder mellemmåltider til patienter i ernæringsrisiko.
- Indsatsen i forhold til ernæring dokumenteres i epj, og elektronisk ernæringsplan anvendes ved udskrivelse med ernæringsterapi.
- Tværfagligt ernæringsteams fastholdes på alle afsnit.
- Halvårlige udviklingsmøder i samarbejde med udviklingskoordinator for ernæring.
- Kostvejledning i hospitalets kosttilbud ved kostkonsulenter.
- Samarbejde med kliniske diætister i forhold til indlagte og ambulante patienter.

### Understøttelse

Kost og Ernæringsudvalget på Hospitalsniveau, Center for Ernæring og Tarmsvigt, kliniske diætister, Kvalitets- og IT-koordinatorer, Måltider og Ernæring herunder kostkonsulenter samt udviklingskøkkenet Kulinarium.

### Øvrigt

[Kost og Ernæringsudvalget](#)

[Ernæringscreening, ernæringsplan, monitorering og opfølgning](#)

[Ernærings- og Måltidspolitik for Aalborg Universitetshospital](#)

[Klinisk ernæring - Dokumenter gældende for AalborgUH](#)



## Forebyggelse af hospitalserhvervede tryksår

Tryksår medfører store smerter for patienten, nedsat livskvalitet, begrænset aktivitet og social isolation. Tryksår forlænger indlæggelsestiden, forøger plejeopgaven og kan medføre en række komplikationer som osteomyelitis og sepsis. Der er ligeledes en betydelig dødelighed forbundet med tryksår.

Tryksårsforebyggelse handler om at identificere risikopatienter og iværksætte forebyggende handlinger som en fast del af rutinerne på afdelingen. For at kvalificere og understøtte indsatsen er der behov for et vedvarende fokus, herunder undervisning og kompetenceudvikling. Der arbejdes med en fælles forståelse af, at hospitalserhvervede tryksår kan og skal elimineres gennem sygefaglig viden, forudseenhed og opmærksomhed på patienten (Fundamentals of Care). Lykkes det, forbedres patientens livskvalitet og unødige forlængelser af indlæggelser forebygges.

### Mål til løbende opfølgning

- Maksimalt 4 % hospitalserhvervede tryksår målt ved tryksårsprævalens to gange årligt.

#### Datakilder:

Gennemførelse af tryksårsprævalens to gange årligt. Se data på [PNet Tryksårsforebyggelse](#).

### Indsatser

Afdelingsledelserne har ansvaret for at:

- Prioritere og understøtte den lokale tryksårsforebyggelse.
- Inddrage og understøtte afsnittets tryksårsnøgleperson i den lokale tryksårsforebyggende indsats samt indsatser på hospitalsniveau.
- Sikre, at tryksårsnøglepersoner og andet relevant personale deltager i undervisning om tryksårsforebyggelse og behandling.
- Sikre, at risikovurdering, tryksårsforebyggelse, pleje og behandling af tryksår sker efter gældende retningslinjer.

Hospitalsniveau har ansvaret for:

- Kompetenceopbygning eksempelvis sidemandslæring/bedside-læring i risikovurdering, tryksårsforebyggelse, pleje og behandling af tryksår.
- Ntværk for tryksårsnøglepersoner.
- At sikre viden om og hensigtsmæssig brug af sårplejeprodukter i afsnittene.

### Understøttelse

Tryksårssygeplejerske, tryksårsnøglepersoner i afsnittene, forløbschef og Rådet for Tryksårsforebyggelse.

### Øvrigt

[PNet Tryksårsforebyggelse](#)

[PRI Tryksårsforebyggelse – Region Nordjylland](#)



## Hospitalserhvervede infektioner – Håndhygiejne

Håndhygiejne er den bedst dokumenterede enkeltstående handling til forebyggelse af smittespredning ved direkte og indirekte kontaktsmitte mellem patienterne og mellem patienter og personale.

Flere undersøgelser i Danmark og udlandet viser, at forekomsten af visse infektioner kan reduceres betragteligt, måske endda elimineres, ved en målrettet indsats. En fokuseret indsats med henblik på at styrke efterlevelse af såvel retningslinjer for håndhygiejne som af de generelle infektionshygiejniske retningslinjer kan bidrage til en reduktion af hospitalserhvervede infektioner, hvormed de menneskelige, samfundsmæssige- og økonomiske konsekvenser kan reduceres tilsvarende.

### Mål til løbende opfølgning

- Forebygge infektioner og bakteræmier (mål: < 8 bakteræmier pr. 10.000 risikodøgn).
- Korrekt udført håndhygiejne målt ved audit udført af alle afdelinger to gange årligt (mål: > 90%).

#### Datakilde:

Resultater fra håndhygiejneaudit på PNet: [Nedbringelse af hospitalserhvervede infektioner](#). HAIBA / Qlik.

### Indsatser

Afdelingsledelsen:

- Sikrer personalets / hygiejnekontaktpersoners deltagelse i Hygiejneugen i uge 38 og øvrig relevant undervisning.
- Understøtter, at der i afdelingen er fokus på håndhygiejne og korrekt arbejdsbeklædning, samt sikre at rette remedier er tilgængelige.
- Gennemfører Håndhygiejneaudit og følger op på resultater.

### Understøttelse

Infektionshygiejnen, de lokale hygiejnekontaktpersoner, Kvalitet og Sammenhæng samt hospitalets Hygiejneråd.

### Øvrigt

[Hygiejnerådet](#)

[Infektionshygiejnen](#)

[NIR Haandhygiejne 2021 Udg 2.1 \(ssi.dk\)](#)



## Hospitalserhvervede infektioner – Intravenøse katetre

Anvendelse af intravenøse katetre indebærer en risiko for lokale infektioner i huden ved indstiksstedet og generaliserede infektioner i form af bakteræmi og septikæmi ved spredning af mikroorganismer fra kateteret til blodbanen.

Derfor er der fokus på anlæggelse af det rigtige kateter, til den rette patient, til rette tid, da det udgør vigtige elementer i patientbehandlingen og i sikringen af optimale patientforløb. Den samlede indsats er bygget op af flere elementer, der hver især fordrer kompetencer, samarbejde og fokus. Formålet er at sikre en ensartet høj faglig kvalitet i relation til anlæggelse, pleje og behandling af patienternes intravenøse adgange, og sikre at ressourcerne anvendes hensigtsmæssigt.

### Mål til løbende opfølgning

- Forebygge infektioner og bakteræmier (mål: < 8 bakteræmier pr. 10.000 risikodøgn).
- Reduktion i antal hudperforationer i kraft af rette kateter til rette patient.
- Reduktion i antal PVK anlagt af anæstesipersonale.

#### Datakilder:

Opgørelse af anlagte PVK af anæstesipersonale.  
HAIBA / Koncern Info.

### Indsatser

Afdelingsledelsen:

- Sikrer udpegnung af IV-nøglepersoner og deres deltagelse i kompetenceudvikling.
- Understøtter IV-Nøglepersonerne i implementering af patientsikre arbejdsgange i eget afsnit, undervisning af personale samt sikre at rette remedier og forbindelsesmaterialer er tilgængelige.
- Medvirker til en øget andel af PVK anlagt af afdelingens eget personale.
- Sikrer daglig stillingtagen til indikation for anlæggelse og seponering af intravenøse katetre.

Hospitalsniveau:

- Sikrer ensretning og opdatering af dokumenter gældende for hospitalet.
- Sikrer kompetenceudvikling med fokus på anlæggelse af det rigtige kateter, til den rette patient, til rette tid (for eksempel temaeftermiddage for IV-nøglepersoner, drop-In undervisning).
- Understøtter ekspertgruppen for Intravenøse katetre, som arbejder med sikring af ensartet høj faglig kvalitet i relation til anlæggelse, pleje og behandling af IV-adgange.
- Fastholder kontinuerligt fokus på rammerne for samarbejde og udvikling indenfor IV-området på tværs af afdelinger, hospitaler og samarbejdspartnere i primær sektor.

### Understøttelse

Ekspertgruppen for intravenøse katetre og IV-nøglepersoner. Klinik kvalitetskoordinatorer.

### Øvrigt

[NIR Haandhygiejne 2021 Udg 2.1 \(ssi.dk\)](#)

[NIR iv-katetre \(ssi.dk\)](#)



## Hospitalserhvervede infektioner – Urinvejsdrænage

Urinvejsinfektion (UVI) er en af de hyppigst forekomne hospitalserhvervede infektioner, og forekommer ofte i forbindelse med anlæggelse af urinvejskateter.

Studier viser, at forebyggelse af kateterrelateret UVI er mulig i væsentlig grad, når det drejer sig om katetre, som anvendes i kortere tid. Ved længere tids anvendelse kan bakteriuri ikke forhindres. Her er opgaven at undgå, at bakteriurien giver symptomatisk infektion.

Ved anlæggelse af urinvejskatetre skal der:

- Foreligge medicinsk indikation for anlæggelsen.
- Dagligt vurderes, om der forsat er indikation.

### Mål til løbende opfølgning

- Forebygge infektioner og bakteræmier/bakteriurier (mål: < 8 bakteræmier pr. 10.000 risikodøgn)
- Der gennemføres kvalitativ KAD-prævalens måling to gange årligt
- Øget andel af intermitterende kateterisationer i stedet for transurethalt blærekateter

*Datakilder:*

HAIBA / Qlik.

Lokale KAD-prævalens resultater.

### Indsatser

Afdelingsledelsen sikrer, at:

- Der i afdelingen er fokus på at opnå færre urinvejsinfektioner forårsaget af urinvejsdrænage, herunder sikre at rette remedier er tilgængelige.
- De infektionshygiejniske retningslinjer følges i dagligdagen.
- Der dokumenteres anlæggelse af urinvejskateter herunder type, størrelse samt plan for skift/seponering.
- Der gennemføres daglig stillingtagen til indikation for anlæggelse af blærekateter.
- Personalet er uddannet i forebyggelse af urinvejsinfektion og anvendelse af alternativer (SIK) til transurethalt blærekateter.
- Afdelingen deltager i KAD-prævalens to gange årligt.

### Understøttelse

Infektionshygiejnen, de lokale hygiejnekontaktpersoner, Kvalitet og Sammenhæng samt hospitalets Hygiejneråd.

### Øvrigt

[Hygiejnerådet](#)

[Infektionshygiejnen](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer \(NIR\) til forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelse med urinvejsdrænage og inkontinenshjælpemidler \(ssi.dk\)](#)



Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

## Klagesager og erstatningsager

Klagesager og erstatningsager er helt adskilte i sagsgang, form og indhold. Klagesager indeholder forløbsrettet eller personrettede kritik knyttet til en hospitalsbehandling, mens erstatningsager primært handler om de økonomiske aspekter ved en behandlingsrelateret personskade. Begge sagstyper rummer læringsperspektiver for afdelingerne og for hospitalet på et mere overordnet niveau. Afdelinger har ansvar for behandlinger i alle konkrete forløb og dermed også for sagsoplysning og læring. Hospitalet følger løbende udviklingen i klage- og erstatningsager.

### Mål til løbende opfølgning

- Udviklingen i antallet af klager holdes på eller under det nationale niveau.
- Antallet af kommunikationsklager nedbringes.
- Hurtig sagsbehandling og opfølgning i alle sagstyper – sagsbehandlingstiden følges løbende.
- Høj anerkendelsesprocent i vundne ankesager.

*Datakilder:*

Regional årsopgørelse for patienterstatningsager.

### Indsatser

Afdelingsledelser:

- Ved klager direkte til afdelingen anbefales det, at rettes henvendelse til klager og afklarer, om klager ønsker dialog.
- Ved klager modtaget via hospitalsniveau skal afdelingsledelsen gennemlæse sagerne, sagsoplyse i fornødent omfang, medvirke til dialog om sagerne og læring i afdelingerne.
- Retningslinjen om [Arbejdsgang ved behandling af mundtlige og skriftlige klagesager](#) følges.

Hospitalsniveau:

- Indkomne sager gennemlæses løbende - ligeledes når klagen eller skaden anerkendes, og når der foreligger en uddybende afgørelse. Dette sker med henblik på hurtig sags ekspedition – dvs. fejltilretning, læring og anke af åbenlyst urigtige afgørelser.
- Der ydes rådgivning i forhold til verserende sager og foreliggende afgørelser; samt konsulentbistand i meget alvorlige klagesagsforløb.
- I alle sagsafgørelser, hvor der udtales kritik eller konstateres behandlingsrelateret patientskade, understøttes læring i afdelingerne.
- I erstatningsager er der en løbende dialog med primært juridisk kontor og sekundært med afdelingsledelserne.
- I erstatningsager - hvor sagsafgørelsen findes uberettiget - sikres iværksættelse af ankeproces.

### Understøttelse

Kvalitet og Sammenhæng, Ledelsessekretariatet samt Jura og Forsikring og Kontor for Patientdialog.

### Øvrigt

[Arbejdsgang ved behandling af mundtlige og skriftlige klagesager \(rn.dk\)](#), [Patientdialogs håndtering af klagesager sendt til Region Nordjyllands administration \(rn.dk\)](#) og [Klagesagshåndtering \(rn.dk\)](#)



Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

## Patientsikkerhed – Utilsigtede hændelser

Formålet med at rapportere og analysere utilsigtede hændelser er at skabe læring og dermed højne patientsikkerheden. Ifølge Sundhedsloven er alt sundhedspersonale forpligtet til at rapportere hændelser, hvor der er sket en skade eller nærvæd-skade på patienten. Dette gør sig ligeledes gældende for hændelser sket i andre sektorer eksempelvis kommuner, privat praktiserende læger, privathospitaler, apoteker med flere.

### Mål til løbende opfølgning

- Gennemførelse af tværfaglig analyse af alle hændelser i afdelingen med henblik på læring.
- Gennemførelse af dybdegående analyse af dødelige og særligt alvorlige hændelser.
- Utilsigtede hændelser afsluttes inden for 90 dage.

### Datakilder:

Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Årsrapport for utilsigtede hændelser på hospitalsniveau.

Afdelingens egen opgørelse for utilsigtede hændelser.

### Indsatser

Afdelingsledelsen:

- Understøtter rapportering af utilsigtede hændelser.
- Sikrer læring af utilsigtede hændelser.
- Understøtter en proaktiv patientsikkerhedskultur.
- Sikrer, at afdelingen har et tværfagligt UTH-team med ledelsesrepræsentation, som har til opgave at analysere utilsigtede hændelser.
- Sikrer, at alle medlemmer af UTH-teamet har deltaget i grundkursus for patientsikkerhedsnøglepersoner.
- Har ansvaret for at sagsbehandlere deltager i relevant undervisning i Dansk PatientSikkerhedsDatabase.
- Deltager i kursus i patientsikkerhed målrettet ledelser.
- Sikrer i samarbejde med patientsikkerhedsnøglepersonen, at personalet løbende informeres om rapporterede utilsigtede hændelser og de tiltag, der er planlagt/gennemført for at eliminere eller reducere risici.
- Sikrer, at de lokale kvalitetsudvalg minimum en gang årligt drøfter afdelingens utilsigtede hændelser med henblik på at identificere mønstre og tendenser.

Klinikledelserne:

- Har ansvar for gennemførelse af patientsikkerhedsrunder med henblik på at understøtte en proaktiv patientsikkerhedskultur.

### Understøttelse

Patientsikkerhedsnøglepersoner, klinik kvalitetskoordinator og risikomanagere på hospitalsniveau.

### Øvrigt

[Dansk patientsikkerhedsdatabase](#), [Utilsigtede hændelser: Rapportering, analyse, læring på Aalborg Universitetshospital](#), [Patientsikkerhedsrunder på Aalborg Universitetshospital](#) og [Dansk Selskab for Patientsikkerheds webside](#)





Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

## Sikker kirurgi

Sikker kirurgi tjek er udviklet for at forbedre patientsikkerheden ved kirurgiske og invasive indgreb. Målet er overordnet at reducere mortalitet og morbiditet. Dertil er målet at understøtte sikker planlægning, at forebygge forveksling af patient, operationssted eller indgreb, sikker gennemførelse og sikker opfølgning på det kirurgiske eller invasive indgreb.

Sikker kirurgi tjek er således et støtteredskab, så operationsteamet har et overblik over vigtige elementer man ikke må glemme i relation til en operation eller et invasivt indgreb. Teamet gennemgår punkterne og kontrollerer om samtlige relevante punkter er gennemført ved:

- Tjek ind (perioden inden anæstesi indledes).
- Time out (perioden efter anæstesi indledes men før kirurgisk incision).
- Tjek ud (perioden under eller umiddelbart efter lukning af såret).

I tillæg til tjek er målet med Sikker kirurgi også at understøtte en sikker, systematisk og god kommunikation internt blandt medlemmerne af operationsteamet.

Hensigten er således at forebygge utilsigtede hændelser relateret til det kirurgiske indgreb

### Mål til løbende opfølgning

- Sikker kirurgi anvendes til ethvert kirurgisk eller invasivt indgreb.

*Datakilder:*

Epj.

### Indsatser

Afdelingsledelsen:

- Sikrer implementering af Sikker kirurgi på afdelingens operationsafsnit/afsnit, der gennemfører kirurgiske og invasive indgreb.
- Vedligeholder sikre arbejdsgange for Sikker kirurgi.
- Sikrer, at operatør eller den person, der udfører det operative eller invasive indgreb, anvender Sikker kirurgi tjek hver gang og dokumenterer korrekt i epj.

### Understøttelse

Kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik- og hospitalsniveau.

Øvrigt

[Sikker kirurgi](#)



Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

## Sikker medicinering

Gennem hele medicineringsprocessen skal håndteringen ske patientsikkert, hvilket kræver, at der er kontinuerligt fokus på sikre arbejdsgange, da fejl i både ordination, administration og dispensering kan medføre alvorlige konsekvenser for patienten. Medicinfejl har både store omkostninger for den enkelte patient og samtidig betydelige økonomiske konsekvenser for samfundet. Hertil kommer at studier viser, at mange medicinfejl kan forebygges.

Særligt inden for to områder sker der mange fejl i håndtering af medicin:

- Overgange.
- Risikosituationsmedicin.

### Mål til løbende opfølgning

- Reducere antallet af medicineringsfejl under indlæggelse og i forbindelse med udskrivelse.
- 100 % af alle medicinordinationer i medicinmodulet skal være godkendt for det aktuelle patientforløb.
- 100 % af indlagte patienter har fået optaget medicinanamnese af den behandlende læge, og medicinanamnesen er indført i journal(kontinuationerne).
- 90 % af de fælles medicinkort (FMK) skal være ajourført ved endt kontakt.

*Datakilder:*

Afdelingens data for ajourføring af FMK er tilgængelig i Koncern Info på Dashboard under *Fokusområder*.

### Indsatser

Afdelingsledelsen sikrer:

- Understøttelse af sikre medicineringsprocesser og læring af de utilsigtede hændelser, der forekommer.
- At antibiotikaguidens anbefalinger om skift til peroral antibiotika følges med det formål at sikre patienten det rette antibiotika, i rette mængde, i rette varighed.
- At alle patienter får udleveret ajourført medicinliste (hvis de ønsker det).
- At personalet har rette kompetencer – for eksempel at gennemføre E-learning Sikker medicin håndtering for sygeplejersker.
- Implementering af hjælpemidler og vejledninger, der understøtter sikker medicinering og håndtering af risikosituationsmedicin.

Hospitalsniveauet sikrer, at der foreligger:

- Ens arbejdsgange for præmedicinering.

### Understøttelse

Kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik- og hospitalsniveau. Klinisk Farmakologisk Afdeling. Klinisk Farmaci/medicinservice.

### Øvrigt

[Strategi for Intravenøs antibiotikabehandling, Aalborg Universitetshospital](#)

[Medicinering - Regional dokumentindsamling](#)



Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

## Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører to forskellige former for tilsyn: Planlagte og reaktive. De baseres på en risikovurdering og har til formål at fremme patientsikkerheden.

De planlagte tilsyn bliver varslet seks uger, før de skal finde sted. Et reaktivt tilsyn kan udføres med eller uden varsel. Hvis Styrelsen for Patientsikkerhed får direkte kendskab til omstændigheder, der udgør en fare eller begrundet mulig fare for patientsikkerheden, skal styrelsen reagere ved at undersøge forholdene og træffe de nødvendige foranstaltninger for at sikre patienterne.

Der udarbejdes årligt målepunkter med baggrund i sundhedsområdets lovgrundlag til de planlagte tilsyn. Målepunkterne offentliggøres på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Det er kun et begrænset antal hospitaler, der vil modtage planlagt tilsyn hvert år. Hvorvidt der bliver planlagt tilsyn på hospitalet, afhænger af den risikovurdering eller stikprøve, som Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører.

Afdelingsledelsen skal løbende vurdere, om patientsikkerheden er i orden.

### Mål til løbende opfølgning

- Planlagt tilsyn gennemføres uden kritiske bemærkninger.
- Ingen reaktive tilsyn.

*Datakilder:*

Rapporter fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

### Indsatser

- Afhængig af målepunkternes karakter udarbejder Funktionsgruppen Kvalitet en guide, der kan anvendes til at skabe overblik over målepunkter, bekendtgørelser og retningslinjer, der er omdrejningspunktet i det sundhedsfaglige tilsyn.
- Relevante afdelingsledelser forholder sig til målepunkterne og guiden samt informerer og drøfter dette med deres medarbejdere.
- Opfølgning på eventuelle fund i forbindelse med tilsynet afstemmes mellem afdelingsledelsen, klinikledelsen, hospitalsledelsen og Kvalitet og Sammenhæng.

### Understøttelse

Kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik- og hospitalsniveau.

### Øvrigt

[PNet Sundhedsfagligt tilsyn](#)  
[Styrelse for Patientsikkerhed](#)



Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

## Tidlig opsporing af kritisk sygdom

Forud for alvorlige hændelser som hjertestop, uventet dødsfald eller behov for overflytning til intensivt afsnit har der ofte været en periode med påvirkede vitalværdier hos patienten. De påvirkede værdier kan være et tidligt tegn på fysisk ustabilitet og svær akut sygdom, som korrekt observeret og håndteret vil kunne være medvirkende til at forhindre, at patientens tilstand forværres. En væsentlig gevinst ved systematisk at opspore afvigende vitalværdier er muligheden for at forudsige, hvilke patienter, der er i risiko for at dø, og i lige så høj grad er det muligt at optimere outcome ved rettidige interventioner i forløb, der potentielt kan blive kritiske.

Anvendelse af standardiserede observationssystemer er en effektiv metode til at øge graden og kvaliteten af behandlingen og bliver et fælles sprog i forhold til kritisk syge patienter. TOKS 2.1 er et screeningsværktøj, der anvendes til Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom.

TOKS er en støtte til den faglige viden og erfaring, og kan ikke betragtes som eneste middel til at vurdere patientens tilstand. Således skal kriteriet 'bekymring' indgå i vurdering af patienten.

### Mål til løbende opfølgning

- Alle indlagte patienter TOKS scores jævnfør instruksen.
- Der handles adækvat på forhøjede score jævnfør instruks.

*Datakilder:*

Epj.

### Indsatser

- Afdelingsledelsen sikrer, at personalet kender og anvender TOKS.

### Understøttelse

Ekspertgruppen for TOKS og kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik og hospitalsniveau.

### Øvrigt

[Tidlig opsporing af kritisk sygdom – TOKS 2.1](#)



Nationalt mål: Behandling af høj kvalitet

## Diagnostiske undersøgelser

Alle patientforløb på Aalborg Universitetshospital involverer kontakt med de diagnostiske afdelinger. Optimale patientforløb fordrer korrekt anvendelse af diagnostiske ydelser.

Patienterne skal have taget de rette prøver eller undersøgelser, relateret til de kliniske problemstillinger. Når prøver er taget, eller patienter er henvist, skal optimale arbejdsgange sikre, at prøvematerialer bliver analyseret, eller at patienter undersøges til rette tid.

Dette kræver tæt samarbejde mellem kliniske og diagnostiske afdelinger, så patientens tid og hospitalets ressourcer ikke spildes.

De diagnostiske laboratorier på hospitalet er ISO-akkrediterede. ISO-akkrediteringen er en officiel anerkendelse, der synliggør laboratoriets/afdelingens kompetence og uvildighed, ligesom der løbende arbejdes med kvalitetsforbedrende tiltag.

Derudover er en række metoder og undersøgelser underlagt lægemiddellovgivning, røntgenbekendtgørelser m.v. Dette danner tilsammen grundlag for det interne kvalitetsarbejde i de diagnostiske afdelinger.

### Mål til løbende opfølgning

- Nedbringelse af afvigelser inden for det præanalytiske område.
- Diagnostiske arbejdsgange og indikationer for diagnostiske undersøgelser justeres løbende i samarbejde med rekvirenterne.
- Tilsynsbesøg fra DANAK, Lægemiddelstyrelsen og andre myndigheder gennemføres uden væsentlige bemærkninger.
- Patienterne skal have foretaget relevante undersøgelser udført med høj faglig kvalitet.

#### *Datakilder:*

Kvalitetsindsatserne rapporteres i de diagnostiske afdelingers årsrapport eller i referat/rapport fra *Ledelsens Evaluering*.

### Indsatser

- Løbende dialog med rekvirenterne tilpasset område og faggruppe.
- Interne planer for fastholdelse og udvidelse af akkrediteringsområder følges.
- Udvikling af tidssvarende laboratorievejledning.

### Understøttelse

Afdelingernes kvalitetsudvalg, Den Diagnostiske Samarbejdspartner og Klinik Kvalitetskoordinator.

### Øvrigt

[PNet Klinik Diagnostik - Kvalitet og patientsikkerhed](#)



Nationalt mål: Behandling af høj kvalitet

## Dokumentstyring – PRI

Dokumenterne i PRI (og Q-pulse) skal løbende ajourføres og være anvendelige i det daglige arbejde. Ansvar for arbejdet med dokumenter og dokumentstyring ligger hos afdelingsledelsen jævnfør gældende vejledning nr. 9001 af 20/11/2000 om udfærdigelse af instrukser (til landets sygehuse mv.):

*”Det er afdelingsledelsens ansvar (den administrerende overlæge/oversygeplejerske), at der forefindes de nødvendige instrukser, og de afspejler autorisationslovenes bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed. Dette ansvar kan ikke uddelegeres. Derimod kan opgavevaretagelsen i forbindelse med udarbejdelsen af den enkelte instruks uddelegeres.”*

Dokumenterne i PRI vil ofte være vigtige i forbindelse med klage- og erstatningssager, hvor de anvendes til vurdering af om, at den procedure/behandling, som patienten har modtaget, følger vedtagne retningslinjer. Manglende opfyldelse af krav sat i retningslinjerne vil oftest føre til udbetaling af erstatning til patienter.

### Mål til løbende opfølgning

- Andel af dokumenter udgivet af hospitalet, hvor revisionsdato er overskredet, er max. 15 %
- Hver afdeling har de nødvendige afdelingspecifikke instrukser – hverken flere eller færre.

*Datakilder:*

PRI-systemet; herunder træk af lister om overskredet revisionsdato og antal dokumenter (se [PNet Dokumentstyring - PRI](#)).

### Indsatser

Afdelingsledelsen sikrer:

- At dokumenter beskriver den gode faglige kvalitet og er anvendelige i klinisk praksis.
- At gældende dokumenter er implementeret i klinisk praksis.
- At de nødvendige dokumenter opfylder gældende krav, er opdaterede og er i PRI.
- At relevante medarbejdere inddrages i høringsprocesser.
- At dokumenter på afdelingsniveau, som vurderes at kunne være fælles på hospitals- eller regionalt niveau, indstilles til drøftelse på PRI rådet - [Rådets side på PNet](#).
- At dokumenter på afdelingsniveau, som vurderes at burde være fælles med en eller flere andre afdelinger, koordineres, så relevante fælles dokumenter kan udarbejdes.
- Nødvendig ressourceallokering til ovenstående.

Hospitalsniveau:

- Data drøftes på UHL fire gange årligt.

### Understøttelse

Afdelingens egne PRI-redaktører, [den adm. PRI-redaktør](#) (klinikniveau) samt kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik- og hospitalsniveau.

### Øvrigt

[PNet Dokumentstyring - PRI](#), [PNet PRI-Rådet](#) og [Vejledning om udfærdigelse af instrukser \(Til landets sygehuse mv.\)](#)



Nationalt mål: Behandling af høj kvalitet

## Kliniske kvalitetsdatabaser

Aalborg Universitetshospital indberetter data om den kliniske kvalitet til ca. 70 kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indrapporterede data skal bruges til udvikling af kvaliteten for patienterne.

De ledende overlæger har ansvar for at kende data for de databaser, som afdelingen er involveret i.

### Mål til løbende opfølgning

- De enkelte indikatorers tærskelværdier opfyldes.

#### *Datakilder:*

Data fra de fleste databaser tilgås via [Koncern Info](#).

Enkelte databaser tilgås via andre systemer.

Årsrapporter.

Ledelsesoverblik over årsrapporterne se [PNet Kliniske kvalitetsdatabaser](#).

### Indsatser

- Afdelingsledelsen sikrer valide data, så data stemmer overens med faktiske forhold (korrekt månedlig registreringspraksis i forhold til databasens datadefinitioner).
- Afdelingsledelsen sikrer løbende drøftelse af data med relevant personale og på tværs af afdelinger.
- Hvis indikatorer ikke opfyldes, har ledelserne ansvar for, at de nødvendige forbedringstiltag iværksættes, og at der løbende laves opfølgning (eksempelvis yderligere dataanalyser, audits/gennemgang af journaler osv. med henblik på forbedring).
- UHL drøfter de kliniske kvalitetsdatabaser på tavlemøder jævnfør ledelsesoverblikket på [Kliniske kvalitetsdatabaser på PNet](#).
- Databaser drøftes på møder mellem afdelingsledelser og klinikledelser samt mellem afdelingsledelser og hospitalsledelse.
- Klinikledelserne er repræsenteret på audits.

### Understøttelse

Der er til hver database tilknyttet en eller flere databaseansvarlige kontaktpersoner fra afdelingerne; det kan være både læger, sygeplejersker, terapeuter og sekretærer, da opgaverne er mangeartede og omfatter løbende indberetning og vurdering/analyser af data. Disse understøttes administrativt af hospitalskontaktpersonerne.

### Øvrigt

#### [Opfølgning på data fra kliniske kvalitetsdatabaser](#)

Vær opmærksom på, at udvalgte databaser danner grundlag for Det Nationale Kvalitetsprograms lærings- og kvalitetsteams.



## Kræft

Kræftpakkeforløb tilbyder patienter med begrundet mistanke om kræft og patienter med kræft den bedst mulige udredning og behandling uden unødigt ventetid. Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte aftaler er lagt til rette med faste krav til tidspunkter og indhold, og som i udgangspunktet følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose, behandling til efter behandling. Det kliniske indhold i de enkelte pakkeforløb er udarbejdet af nationale multidisciplinære kliniske arbejdsgrupper, hvori klinikere fra alle fem regioner er repræsenteret. Pakkeforløbene er baseret på de eksisterende og senest opdaterede kliniske retningslinjer.

Desuden har patienterne på kræftområdet ifølge Sundhedsloven ret til at blive behandlet i henhold til de maksimale ventetider.

### Mål til løbende opfølgning

- Mindst 90 % af kræftpakkeforløbene overholder standardforløbstiden for pakkeforløbene A-F (mål fastsat af Danske Regioner).
- Mindst 90 % af kræftpatienterne oplever at have en patientansvarlig læge (mål fastsat i Kræftplan IV).
- Alle patientforløb skal overholde de maksimale ventetider på behandling for kræft.

*Datakilder:*

[Kræftpakkeoverblik i Koncern Info.](#)

Landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) for ambulante og indlagte patienter:

*"Oplevede du, at en bestemt læge tog et overordnet ansvar for dit samlede forløb af besøg og/eller indlæggelser?"*

### Indsatser

- Den ledende overlæge følger kontinuerligt egne data for kræftpakkerne og handler, såfremt der opstår kvalitetsbrist.
- Afdelingsledelsen sikrer, at der auditeres på kræftpakkeforløb, som ikke overholder standardforløbstiden.
- Afdelingsledelsen sikrer, at der auditeres på forløb, som ikke overholder bekendtgørelsen for maksimale ventetider for kræftområdet.
- Afdelingerne deltager i de etablerede Programledelser, hvor der er fokus på at sikre overholdelse af kræftpakkernes standardforløbstider, de maksimale ventetider og indikatorerne i de kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet.
- UHL drøfter kræftpakkeforløb månedligt på tavlemøder jævnfør kræftpakkeoverlikket i Koncern Info.

### Understøttelse

Forløbsledere, forløbskoordinatorer, Programledelser og Kræftteamet (adm. enhed på tværs af Plan og økonomi samt Kvalitet og Sammenhæng).

### Øvrigt

[Generelt om kræftpakkeforløb på Aalborg Universitetshospital](#), [Sundhedsstyrelsens hjemmeside om kræft](#) og [Håndtering af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider på behandling for kræft og visse hjertesygdomme.](#)





Nationalt mål: Øget patientinddragelse

## Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser - LUP

Formålet med Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er at få indsigt i patienternes oplevelser af kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet, få input til forbedring af kvaliteten på hospitalet samt at identificere forskelle og udvikling i patientoplevelser over tid, både nationalt og på tværs af regioner og hospitaler inden for udvalgte nationale nøglespørgsmål.

Regioner, hospitaler og afdelinger får resultater på patienternes oplevelser hver måned (LUP Løbende). Der er ligeledes en årlig status på patientoplevelser på regions- og hospitalsniveau.

### Mål til løbende opfølgning

På hospitalsniveau monitoreres målopfyldelsen løbende og årligt for fire indikatorer:

- Mindst 90 % af patienterne oplever, at de var med til at træffe beslutninger om egen undersøgelse/behandling i det omfang, de havde behov for.
- Mindst 90 % af patienterne oplever, at personalet spurgte ind til patientens beskrivelse af egen sygdom/tilstand.
- Mindst 90 % af patienterne oplever, at den mundtlige information var forståelig.
- Mindst 90 % af patienterne oplever, at én læge har taget det overordnede ansvar for det samlede forløb.

*Datakilder:*

[LUP Løbende i Qlik \(Afsnits-, afdelings- og hospitalsniveau\).](#)

Handleplan fra gennemført hospitalsaudit.

Årlige LUP rapporter på hospitalsniveau.

### Indsatser

- De lokale kvalitetsudvalg drøfter afdelingens løbende resultater fra LUP. Resultaterne anvendes til at få en pejling om, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med. Patientkommentarerne inddrages i dette arbejde.
- På hospitals- og klinikniveau vurderes afdelingernes data i LUP Løbende med henblik på at vurdere behovet for at iværksætte indsatser.
- Data drøftes på UHL fire gange årligt.

### Understøttelse

Kvalitetsmedarbejdere på afdelings-, klinik- og hospitalsniveau.

Øvrigt

[PNet Patienttilfredshed \(LUP og LUP Løbende\)](#)

[LUP - National website](#)



Nationalt mål: Øget patientinddragelse

## Patient- og pårørendeinddragelse

Aalborg Universitetshospital inddrager patienter og pårørende i udviklingen af patientforløb med henblik på at skabe størst mulig værdi for patienterne og de pårørende.

Der arbejdes med både organisatorisk og individuel patientinddragelse, hvor den organisatoriske inddragelse bl.a. opnås ved at inddrage patienter og pårørende i råd, udvalg og peer-boards (både sygdomsspecifikke og på tværs af patientgrupper). Hospitalet gør brug af panelets råd og refleksioner i drøftelsen og beslutningen af aktuelle emner, så vi i fællesskab kan skabe bedre løsninger for patienter, pårørende og hospitalet.

Ligeledes afprøves der telemedicinske løsninger med forskelligt formål, for eksempel dialogstøtteredskeer og beslutningsstøtteredskeer.

### Mål til løbende opfølgning

- Udbredelse af metoder til brugerinddragelse.
- At skabe patientforløb med afsæt i patientens viden og præferencer gennem udbredelse af *patientrapporteret outcome*, så forløbet skaber størst mulig værdi for patienten.

*Datakilder:*

LUP Løbende.

### Indsatser

- Afprøvning og implementering af telemedicinske løsninger.
- Udvikling af beslutningsstøtteværktøjer. Eksempelvis videoer til patienter, så de får indblik i behandlingsmuligheder og forbereder sig til undersøgelser.
- *Hvad er vigtigt for dig?* Årlig national kampagne.
- Inddragelse af patienter og pårørende i delprojekterne i Kontor for Klar til NAU.

### Understøttelse

Kvalitetsmedarbejdere på hospitals-, klinik- og afdelingsniveau samt forløbscheferne og Kontor for Klar til NAU.

### Øvrigt

[PNet Patient og pårørende inddragelse](#)

[Værktøjer til inddragelse af patienter og pårørende](#)

[Patient- og pårørendepanel](#)



Nationalt mål: Flere sunde leveår

## Sundhedsfremme og forebyggelse

Patientens behov og involvering i egen behandling er væsentlig for at træffe de bedste beslutninger samt opnå de bedste resultater. Forebyggelse og ændring af livsstil er væsentlige parametre ved forberedelse, behandling og opfølgning på hospitalsbehandlingen.

Af enkelt indsatser inden for livsstil kan tobak og fysisk inaktivitet fremhæves. Rygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for komplikationer, sygdomsudvikling og tidlig død.

Fysik aktivitet er afgørende for at forebygge funktionstab under indlæggelse. Jævnfør Region Nordjyllands handleplan for forebyggelse anbefales hospitalerne at have fokus på fysisk aktivitet ved, at patienterne understøttes i og motiveres til at være fysisk aktive under og efter indlæggelse.

### Mål til løbende opfølgning

- Implementering af VBA (Very brief Advice), som metode for henvisninger til rygestopintervention i henholdsvis hospitalets forebyggelsesambulatorium, Sund Info og kommunale rygestoptilbud.
- Hospitalets afdelinger skal henvise min. 100 patienter/år til intervention for ændring af tobaksvaner til Forebyggelsesambulatorium, Sund Info.
- At holde patienterne fysisk aktive under indlæggelse.

*Datakilder:*

Koncern Info.

### Indsatser

Afdelingsledelsen sikrer:

- Identifikation (screening) og afklaring af motivation for ændring af vaner samt henvisning til intervention med henblik på at støtte patienten til at ophøre med rygning ved henvisning til intervention ved hjælp af VBA-metoden.
- At patienter henvises til Forebyggelsesambulatoriet Sund Info (intern henvisning) eller til kommunal forebyggelse.
- At patienterne benytter træningshjørner i de medicinske sengeafsnit.
- At patienter deltager i planlagt holdtræning i medicinske, onkologisk og kirurgisk sengeafsnit.
- At afdelingens nyansatte og studerende deltager i undervisning om træning og ernæring for indlagte patienter.

Hospitalsniveau:

- Afholder undervisning af læger, sygeplejersker og soso-assistenten i VBA-metoden på afsnitsniveau.
- Understøtter implementering af VBA i hospitalets ambulatorier og sengeafsnit, hvor det er relevant for det samlede patientforløb.

### Understøttelse

Kvalitet og Sammenhæng, Sundhed på Tværs og Sund Info.

### Øvrigt

[KRAM-screening og intervention på Aalborg UH \(voksne\)](#) og [VBA – e-learning](#).

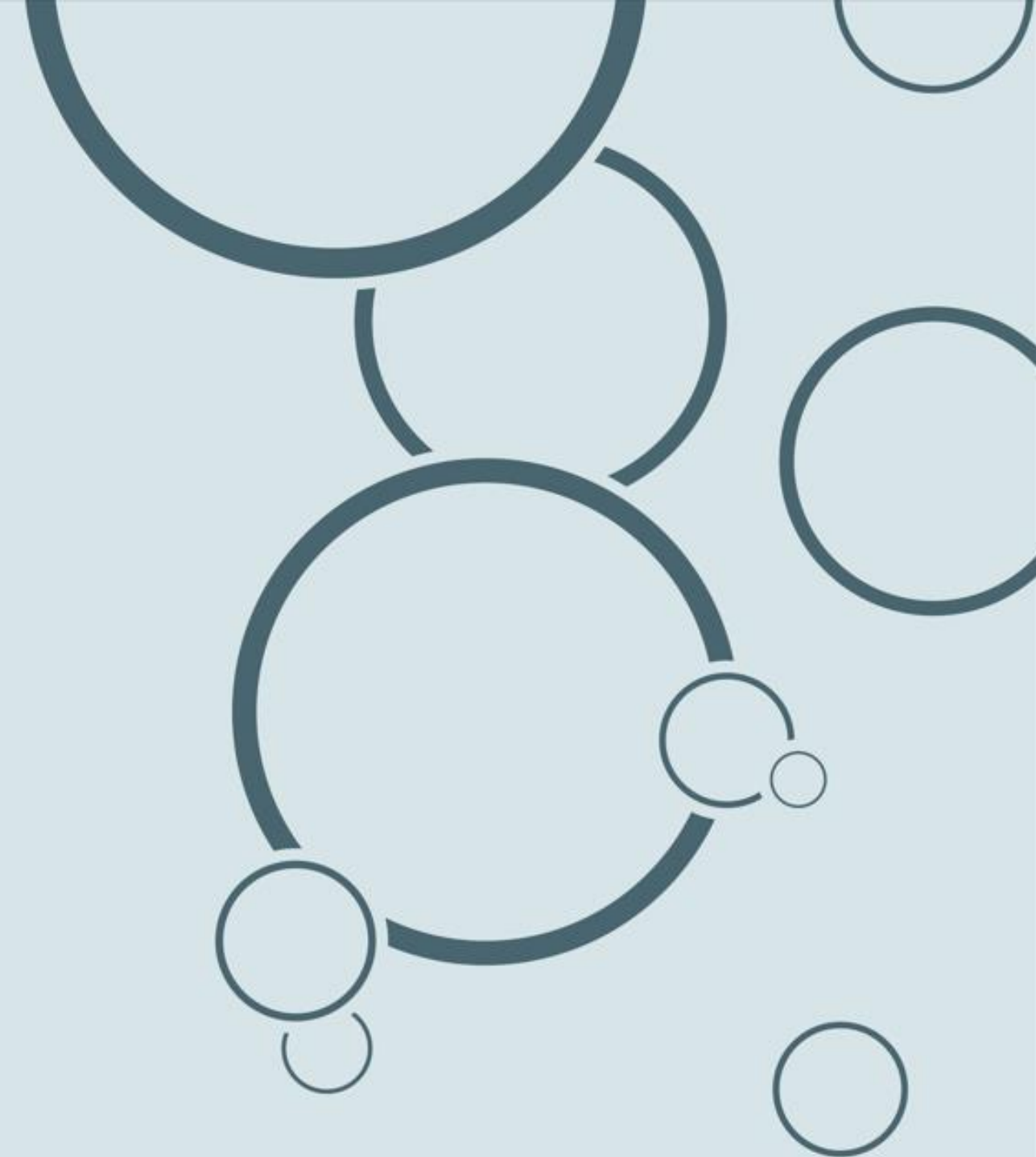
## 5 Bilag 1: Nationale mål for sundhedsvæsenet 2021 - Oversigt over indikatorer, der er relevante for hospitalet

Bedre sammenhængende patientforløb			Fastsat mål?
1	Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage	Andel af somatiske indlæggelse, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse, pct. (Kilde: LPR, CPR og SDS)	Nej
2	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene	Antal somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene pr. 1.000 borgere (Kilde: LPR, CPR og SDS)	Nej
Styrket indsats for kronikere og ældre patienter			
3	DRG-værdi pr. kroniker	DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller type 2-diabetes, kr (Kilde: DRG-grupperet LPR, RUKS, CPR og SDS)	Nej
4	Overbelægning på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse	Antal overbelægningssengedage på medicinsk blok pr. region som andel af alle sengedage opgjort på medicinsk blok pr. region, pct (Kilde: Regionale indberetninger og SDS)	Nej
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed			
5	5 års overlevelse efter kræft	Relativ 5-års overlevelse, aldersstandardiseret, pct. (Kilde: Cancerregisteret og CPR, SDS)	Ja – jf. databaser
6	Hjertedødelighed	Antal dødsfald som følge af hjertesygdom pr. 100.000 indbyggere (Kilde: Dødsårsagsregisteret og CPR, SDS)	Nej
7	Sygehuserhvervede infektioner – bakteriemier	Antal bakteriemier pr. 10.000 risikodøgn (Kilde: HAIBA)	Ja
8	Sygehuserhvervede infektioner – clostridium difficile	Antal infektioner med clostridium difficile pr. 100.000 borgere (Kilde: HAIBA)	Nej
9	Overlevelse ved uventet hjertestop	Andel patienter, som overlever mindst 30 dage efter hjertestop, pct. Standard: $\geq 30\%$ (Kilde: DANARREST)	Ja – jf. database
Behandling af høj kvalitet			
10	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser	Gennemsnitlig andel af indikatorer, der er opfyldt (i henhold til de opsatte standarder) ud af alle indikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser, pct (Kilde: Databaser i regi af RKKP)	Ja - databaser
Hurtig udredning og behandling			
11	Ventetid til sygehusoperation	Indikatoren er under revision	
12	Overholdelse af udredningsretten for somatiske patienter	Andel udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, ud af alle udredningsforløb, pct. (Kilde: LPR, SDS)	Ja
13	Kræftforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider	Indikatoren er under revision	
Øget patientinddragelse			
14	Patientoplevet tilfredshed	Vægtet gennemsnit for udsagn om "Er du alt i alt tilfreds med din indlæggelse/dit besøg?" (Kilde: LUP)	Nej
15	Patientoplevet inddragelse	Vægtet gennemsnit for spørgsmål om "Var du med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/behandling i det omfang, du havde behov for det?" (Kilde: LUP)	Ja
Mere effektivt sundhedsvæsen			
16	Liggetid pr. indlæggelse	Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehuse, dage (Kilde: LPR, SDS)	Nej
17	Produktivitet på sygehuse	Produktivitetsniveau, indeks (hele landet=100) og Årlig udvikling i produktivitet, pct (Kilde: DRG-systemet, SDS)	Nej

Udover de viste, er der øvrige indikatorer (samt målet **Flere sunde leveår**), som vedrører Psykiatrien, de praktiserende læger og kommunerne.

## Bilag 2: Kommissorium for afdelingers kvalitetsudvalg

Kommissorium - Kvalitetsudvalg	
<b>Formål</b>	Afdelingens kvalitetsudvalg skal sikre lokal implementering af Aalborg Universitetshospitals Strategi for kvalitet og patientsikkerhed og være det styrende organ for udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i afdelingen. Kvalitetsudvalg skal indgå i et dynamisk samarbejde med Udvidet Klinikledelse i forhold til udvikling af klinikkens samlede kvalitet. Kvalitetsudvalget er tovholder på den løbende monitorering af kvaliteten, identificerer kvalitetsbrist og iværksætter indsatser til forbedring af kvaliteten.
<b>Kvalitetsudvalgets sammensætning</b>	Kvalitetsudvalget har som udgangspunkt den ledende overlæge som formand (Formanden skal være en del af afdelingsledelsen). Sammensætningen af udvalget bestemmes lokalt og det anbefales, at Kvalitetsudvalget består af ledere, repræsentanter fra de primære faggrupper, patientsikkerhedsnøglepersoner, kvalitetsnøglepersoner og PRI-redaktører. Det er også en mulighed at forankre afdelingens arbejde med patient- og pårørendeinddragelse i kvalitetsudvalget og inddrage patientrepræsentanter.
<b>Kompetence</b>	Understøtte implementering af indsatser vedrørende kvalitet og patientsikkerhed og vurdere data, identificere kvalitetsbrist samt igangsætte tiltag på baggrund af hospitalets prioriterede indsatsområder.  Indsatsområder kan være defineret fra national, regional og hospitals- eller afdelingens side.  Særlige kvalitets- eller patientsikkerhedsmæssige udfordringer løftes af formanden til Klinikledelsen og derigennem eventuelt til drøftelse i Udvidet Klinikledelse.
<b>Mødefrekvens</b>	Mødehyppighed af kvalitetsudvalg fastsættes lokalt. Der afholdes min. tre møder årligt.
<b>Vidensdeling</b>	Mødereferater, auditrapporter og eventuelle handleplaner videreformidles til afdelingens øvrige personale med henblik på at understøtte en fælles kvalitets- og patientsikkerhedskultur. Dokumenterne placeres tilgængeligt for afdelingens personale; eksempelvis på PNet.
<b>Medlemmer af kvalitetsudvalget</b>	
<b>Godkendt af ledende overlæge</b>	



[www.aalborguh.rn.dk](http://www.aalborguh.rn.dk)

