

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Akut år 2021



Datum: 2022-03-03

Ansvarig för innehållet: Verksamhetschef och verksamhetsutvecklare VO Akut

Innehållsförteckning	
SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
En god säkerhetskultur	5
Adekvat kunskap och kompetens	6
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador	7
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Säker vård här och nu	12
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelse	14
Klagomål och synpunkter	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system	16
Bilaga 2. Tabell vårdavvikelse, synpunkter och klagomål – exempel	17

SAMMANFATTNING

Tre viktigaste förbättringsåtgärderna som genomförts 2021

- Utökad bemanning på närakuten.
Resultat: Bättre arbetsmiljö och snabbare bedömning av läkare.
- Förändrade arbetssätt flertalet gånger för att anpassa patientsäkerheten under pandemins olika faser.
Resultat: Bättre följsamhet, och möjligheter, till ändrade och rådande riktlinjer beträffande riskhantering av covidpatienter.
- Förbättrad kommunikation i vårdlagen genom att använda planeringsaktivitet.
Resultat: förhoppning om förbättrat patientflöde.

Viktigaste prioriterade områden för nästkommande år

- Läkarbemanningen inklusive AT-läkarplaceringen.
- Ökad kompetens i läkargruppen med annan kompetensmix dvs förhållanden mellan antal icke legitimerade läkare och specialister.
- Generell kompetenshöjning med specialinriktade utbildningsinsatser för all personal.
- Förbättringsarbeten för standardiserade vårdprogram.
- Utveckling av närakuten.
- Fortsatt utveckling av mer strukturerat arbete med avvikelser och händelseanalyser.

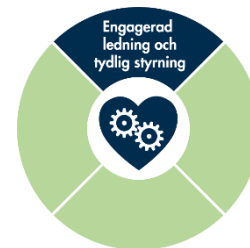
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Mål: Säkerställa tillgänglighet och kvalitet genom rätt kompetens 24/7.

Uppföljning: Säkerställt att det alltid finns rätt bemanning på plats genom att ha anställt fler sjuksköterskor och läkare. Interna och externa utbildningar för personal.



Mål: Utföra vård enligt avtal genom samarbete med bland annat utskrivningsteam, kommun och vårdcentraler.

Uppföljning: Pilot med närvaro av/samarbete med utskrivningsteam på akutmottagningen. Samarbetet med utskrivningsteamet fortsätter att utvecklas under 2022. Representanter från vårdcentraler/primärvård har blivit inbjudna för möten men det har inte gått att få till något möte på grund av rådande pandemi. Har haft mejl-, telefon- och brevkontakt med primärvård gällande bland annat remisser.

Mål: Erbjudna en trygg miljö för patienterna med minimal smittspridning genom att optimera utnyttjande av lokaler.

Uppföljning: Sedan 2020 finns ett provisoriskt väntrum för patienter med misstänkt smitta. I perioder när detta väntrum varit högt belastat på grund av ökade smittotal (covid, RS och influensa) har rutiner och riktlinjer ändrats för att säkerställa att god kvalitet och patientsäkerhet kunnat tillhandahållas för denna patientgrupp.

Mål: Utföra evidensbaserad vård genom tydliga arbetssätt och evidensbaserade rutiner med god följsamhet samt gott samarbete med övriga verksamhetsområden.

Uppföljning: I samband med de händelseanalyser som VO Akut deltagit i har förbättrade rutiner och förändrade arbetssätt utarbetats och implementerats. Vidare har nya förbättrade arbetssätt utarbetats av akutens processgrupp liksom andra medarbetardrivna förbättringsarbeten via veckovisa tavelmöten.

Organisation och ansvar

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamhetschef, chefsjuksköterskor samt verksamhetsutvecklare ansvarar tillsammans för att planera och leda patientsäkerhetsarbetet. Upptäckta patientsäkerhetsrisker som berör interna vårdprocesser behandlas och bearbetas i ledningsgruppen, på akutläkarmöten, på APT, i akut-processgruppen (förbättringsgrupp) samt på dagliga morgonmöten.

Patientsäkerhetsrisker som berör vårdprocesser där andra verksamhetsområden ingår behandlas på dagliga pulsmöten samt på regelbundna samarbetsmöten med framförallt VO Röntgen och VO Vård. Samverkan i specifika processer, såsom till exempel höft- eller strokeprocessen, sker tillsammans med representanter från berörda verksamhetsområden. Patientsäkerhetsfrågor gällande akutmottagningen tas även upp och behandlas i sjukhusets operativa utskott och i sjukhusledningen. Samverkan mellan chefer och skyddsombud gällande arbetsmiljö kopplat till patientsäkerhet sker i Aktsam och Sjusam.

I den lokala samverkansgruppen Aktsam finns ett pågående arbete av skyddsombuden som syftar till att säkerställa patientsäkerheten vid s.k. crowding. Det finns utarbetade rutiner kring detta sedan 2018. Rutinerna behöver uppdateras och implementeringen säkerställas.

Extern samverkan

Samverkansmöten sker med andra akutmottagningar och närakuter i regionen genom regelbundna möten.

Samverkan med andra akutmottagningar och prehospital verksamhet sker genom olika nätverk:

- Akutrådet
- Samverkan verksamhetutvecklare akutmottagningar i regionen
- Samverkan prehospital verksamhet och akutmottagningar i regionen

VO Akut har sedan 2019 ett samarbete med psykiatrin och polisen gällande omhändertagande av patienter som vårdas på akuten inom LOB (Lag om omhändertagande av berusade personer m.m.). Dessa samverkansmöten har varit inställda under året på grund av pandemin. Tillnyktringsplatser är skapade inom psykiatrins resurser på Södertälje Sjukhus. Idag fungerar de rutiner som startades 2019 där akutsomatiken gör en första bedömning av vårdbehov och nivå av berusade personer.

En god säkerhetskultur

Beskriv:

På VO Akut råder en öppen kultur att prata om patientsäkerhetsrisker. Enligt årets medarbetarenkät har i genomsnitt 4,2 av 5 medarbetare svarat att de påtalar när de tror att något är på väg att gå fel och 4,4 av 5 uppger att de vågar prata om sina misstag.

Resultat från HSE diskuteras och bearbetas i ledningsgruppen, på APT och på akutläkarmöten. En handlingsplan är upprättad för de områden som fick ett sämre resultat. Dessa områden är kopplade till upplevd hög arbetsbelastning med upplevd försämrad möjlighet till att utföra ett patientsäkert arbete på grund av hög arbetsbelastning.



Medarbetarna uppmanas regelbundet att skriva avvikelser när de upptäcker brister. Oftast pratar medarbetare direkt med närmaste chef om händelsen vilket gör att den ofta ageras på innan den handläggs i HändelseVis.

Avvikelse och påtalade risker återkopplas och kommuniceras på morgonmöten, APT, akutläkarmöten och i veckobrev. Om en avvikelse påvisar att en rutin behöver ändras eller skapas påbörjas ett förbättringsarbete, antingen i akutprocessgruppen, tillsammans med utbildningsansvariga eller tas upp som en förbättringsåtgärd på de veckovisa, medarbetardrivna tavelmötena.

Det finns förbättringspotential vad gäller att få ett samlat grepp om samtliga avvikelser/synpunkter/klagomål som kommer in. Beroende på vem som rapporterar är det olika personer som handlägger avvikelser/synpunkten. Eftersom det är olika handläggare kan det vara svårt att identifiera mönster i avvikelserna. Enligt medarbetarna finns det även förbättringspotential vad gäller att få återkoppling på avvikelser.

Ett nytt arbetssätt att agera på avvikelser är under utveckling. Arbetssättet innebär att samtliga avvikelser/synpunkter/klagomål kommer till verksamhetsutvecklaren som sammanställer och identifierar mönster. Avvikelse/synpunkterna tas sedan upp i olika forum beroende på vad de handlar om. Avvikelse kommer även återrapporteras på informations-tv:n när den tas i bruk, förhoppningsvis under första kvartalet av 2022.

Säkerhetskultur i det dagliga arbetet

Det finns en rutin för att i det dagliga arbetet ha regelbundna avstämningar i vårdlagen med syftet att göra en gemensam plan för patienterna samt gemensamt göra prioriteringar för att få ett så bra patientflöde som möjligt. Genom regelbundna avstämningar identifieras och synliggörs risker som upptäckts.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö

Patientsäkerhet och arbetsmiljö har en central del i verksamhetsområdets ständigt pågående förbättringsarbete i att förbättra processer och flöden. Eftersom ett långsamt flöde och dåligt fungerande processer i högsta grad även påverkar arbetsmiljön är arbetsmiljöaspekten en väsentlig del i förbättringsarbeten. Därför finns alltid målet ”en förbättrad arbetsmiljö” med som ett viktigt delmål i de förbättringsarbeten som genomförs.

Adekvat kunskap och kompetens

Säker bemanning och schemaläggning utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens

Akutmottagningen bemannas så att det finns erfarna sjuksköterskor, undersköterskor och läkare på plats dygnet runt. Under år 2022 är planen att börja använda kompetensmappning i Heroma.



Medarbetargruppen är bibehållen stabil med liten personalomsättning, vilket bidrar positivt till patientsäkerhetsarbetet och kontinuiteten i kompetensförsörjningen. Verksamhetsområdet är att betrakta som hyrfritt gällande sjuksköterskor. Hyrsjuksköterskor bemannar endast rader under sommaren och i vissa fall korttidsfrånvaro. I slutet av året bemannades det upp med hyrläkare för att kunna möta det ökade söktrycket på närakuten. Antalet patienter på närakuten har under 2021 ökat med 18 procent jämfört med 2019 (år 2020 är inte jämförbart på grund av det kraftigt minskade söktrycket som rådde under våg 1 och 2 av pandemin). Den största ökningen skedde under sista kvartalet med i genomsnitt 14 patienter fler per dag jämfört med 2019.

Schemagrupp för undersköterskor och sjuksköterskor startades under året med syfte att förbättra schemaläggningen och öka möjligheten till ett hälsosamt schema.

Säkerställande av yrkeskompetens och kunskap om kvalitet och patientsäkerhet genom kompetensutveckling och fortbildning för chefer och medarbetare

Verksamhetsområdet har för närvarande nio specialistutbildade sjuksköterskor i barn- eller akutsjukvård och fyra är under utbildning.

Medarbetarna bidrar aktivt till kompetenshöjning genom handledning av AT-läkare respektive sjuksköterske-, undersköterske-, och läkarstudenter. I handledningen av AT-läkarna ingår regelbundna akutrumsövningar och undervisningstillfällen.

Bemanningen på läkarsidan utgörs av en stor andel AT-läkare som är placerade på akuten i perioder om 6 månader. AT-rankningen 2021 (gjord av Sveriges Yngre Läkares Förening, SYLF) visar att AT-placeringen/handledningen håller hög kvalitet. Södertälje sjukhus kom på andra plats i kategorin ”bästa akutsjukvårdsort i Sverige”. För att öka den totala kompetensen hos läkarna som tjänstgör på VO Akut behövs dock en ökad andel specialist- och ST-läkare. Resonemang kring detta fördjupas i andra avsnitt nedan.

VO Akut har två utbildningsansvariga sjuksköterskor som ansvarar för att planera all intern utbildning. Varje vardag hålls en kortare utbildning i samband med morgonmötet där medarbetare från olika yrkeskategorier undervisar om diverse ämnen kopplat till omhändertagande av patient på akutmottagningen. På akutläkarmötena turas läkarna om att dra aktuella patientfall i lärande syfte.

Fyra medarbetare, två läkare och två sjuksköterskor, genomgick under 2020 en handledarutbildning enligt CRM-konceptet och man håller sedan hösten 2021 regelbundna CRM-utbildningar.

Under året har två undersköterskor utbildats till gipstekniker. Dessa kommer att hålla i återkommande undervisning i gipsteknik för omvårdnadspersonal samt stötta kollegor i det dagliga arbetet med gipsning, såväl på akuten som på närakuten.

Samtliga medarbetare genomgår regelbundet utbildning i HLR och kemsanering.

Cheferna fortbildar sig kontinuerligt genom att delta i kurser och konferenser. Under året har två av tre chefer genomgått ledarskapsutbildning inom Sjukvårdens Ledarskapsakademi.

Skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

På VO Akut är medarbetarna vana vid ständigt pågående förbättringsarbeten som bedrivs i enlighet med förbättringskunskapens metoder och verktyg. Förbättringsarbetena som bedrivs är medarbetardrivna och i stort sett alltid initierade av medarbetarna själva. Därför är medarbetarna väl införstådda med framförallt PDSA-metoden. Det är en förändringsbenägen grupp som är villiga att testa nya arbetssätt för att förbättra verksamheten.

Patienten som medskapare

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående tas emot via flera olika kanaler, HändelseVis, telefonsamtal, mejl, brev och via Patientnämnden, till olika personer inom verksamhetsområdet. Tjänsten Synpunkter och klagomål i HändelseVis har underlättat strukturerad handläggning av ärendena men det finns förbättringspotential vad gäller att få ett samlat grepp om ärendena, framför allt för att få en överblick i om det finns återkommande mönster i synpunkterna/klagomålen.



Medarbetarna på VO Akut försöker i mötet med patienter göra dem delaktiga i sin vård. Medarbetarna strävar efter att ge tydlig information samt ta sig tid att lyssna på patientens anamnes. I patientenkäten som genomfördes hösten 2020 svarade 85 % att de kände sig delaktiga i beslut gällande vård och behandling i den utsträckning de önskat och 85 % upplevde att läkarna gjorde dem delaktiga i beslut om vård och behandling, vilket tyder på att ambitionen att göra patienterna delaktiga lyckas i stor utsträckning. Dock, som beskrivs i avsnittet Klagomål och Synpunkter, har en del patientklagomål inkommit under året som berör information och kommunikation, vilket tyder på att det finns förbättringspotential.

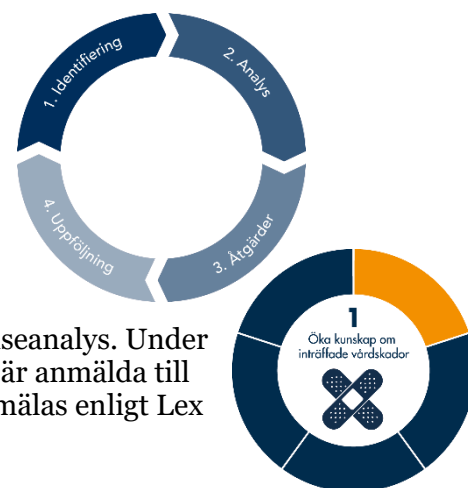
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker?

Identifiering

Vid allvarlig händelse utreds händelsen och vid behov görs en händelseanalys. Under året har fyra allvarliga händelser lett till händelseanalyser, varav två är anmälda till Lex Maria. De två som fortfarande pågår kommer troligtvis också anmälas enligt Lex Maria.



Långsiktigt arbete med förändringar för att stärka patientsäkerheten har tyvärr blivit lidande de senaste åren på grund av pandemin. Mycket av arbetet och resurser har gått åt till att "släcka bränder" och säkra upp patientsäkerheten för stunden. Dock har den ökade belastningen och förändringar i sökmönstret synliggjort patientsäkerhetsrisker som behöver åtgärdas för att uppnå ett mer hållbart patientsäkerhetsarbete.

Ett riskområde som särskilt uppmärksammats under året är situationer då det råder högt inflöde av svårt sjuka patienter med långa väntetider på akuten som följd. Dessa situationer blev fler under sista halvåret av 2021 då det skedde en stadig ökning av patienter både på närakuten och på akutmottagningen. Den största ökningen skedde under sista kvartalet.

Antalet patienter som sökte till närakuten ökade i genomsnitt 14 patienter per dag och antalet patienter på akutmottagningen ökade med i genomsnitt 8 patienter per dygn jämfört med 2019. Det innebär en genomsnittlig ökning med 22 patienter per dygn. Ett ökat söktryck på närakuten drar resurser från akutmottagningen och tvärt om eftersom det finns ett tätt samarbete mellan personal placerade närakuten och akutmottagningen.

Den största ökningen skedde i patientgrupper som är svårt sjuka och/eller resurskrävande:

- Antalet sökande barn på närakuten ökade med 70 % i oktober till december jämfört med samma period år 2019 (från i genomsnitt 17 barn per dag till i genomsnitt 29).
- Antalet patienter med prioritet orange ökade med 17 % under 2021 jämfört med år 2019.
- Antalet patienter som söker med ambulans ökade med 17 % 2021 jämfört med 2019.
- Antalet patienter 80 år eller äldre ökade med 8 % 2021 jämfört med 2019.

Analys

Flera av de allvarliga händelser som skett under året har inträffat i samband med att det varit ett högt inflöde av patienter.

Vikten av att ha en god kommunikation i vårdlaget mellan omvårdnadspersonal och läkare har blivit allt mer påtaglig vid hög belastning.

Bristfällig kunskap hos medarbetare om svårare sjukdomstillstånd och vårdförlopp, som till exempel sepsis och stroke, har identifierats. Likaså har bristfälliga rutiner i att arbeta standardiserat och följa aktuella vårdprogram identifierats.

En sammanfattad analys av de händelser som utretts samt av situationer som inneburit risk för en allvarlig händelse är att vid högt inkommande flöde på akutmottagningen behövs erfarna läkare som kan göra snabba bedömningar och ta erfarenhetsbaserade beslut och därmed upprätthålla ett bättre flöde och god patientsäkerhet. Läkarbemanningen är självklart inte hela förklaringen till varför händelser skett men det är ett återkommande tema i genomförda händelseanalyser de senaste åren. Problemet har också lyfts från andra verksamhetsområden och i utvärdering av förbättringsarbeten. Läkarbemanningen är en komplex fråga som är högst aktuell eftersom beslut är taget om korta ner AT-utbildningen på sjukhuset från 21 till 18 månader. VO Akut blir en viktig del i denna förändring.

Åtgärder

Utbildningsinsatser för AT-läkare gällande dokumentation, statusundersökning och differentialdiagnostisering har genomförts som åtgärder av genomförda händelseanalyser. Undervisning i statusundersökning och dokumentation har införts i introduktionsutbildningen för AT-läkare. Bemanningen har stärkts upp på närakuten för att möta det ökande söktrycket, både på läkar- och omvårdnadssidan.

Vikten av att ha regelbundna avstämningar i vårdlagen och att dra så kallade samlingslarm när det kör ihop sig har påtalats och arbetssätt för att öka följsamheten till detta pågår. Användning av aktiviteten ”planering” i akutliggaren är en åtgärd som införts för att förbättra kommunikationen i vårdlagen gällande vilken plan som finns för varje patient. Förbättringsarbete för att öka följsamheten att använda aktiviteten har pågått under året. Utvärdering av förbättringsarbetet visar att ”planeringsaktiviteten” upplevs vara hjälpsam och att den har underlättat kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och läkare.

Arbete med att förbättra och implementera rutiner och riktlinjer för vårdförlopp har påbörjats och kommer fortgå under 2022.

Uppföljning av åtgärder

Arbetsmiljön på närakuten har förbättrats avsevärt sedan bemanningen stärktes upp. Detta har också påverkat akutmottagningen eftersom resurser från akutmottagningen inte behövt utnyttjas på närakuten. Dock är hyrläkare inte en långsiktig lösning. Därför har ett arbete i att förbättra rutinerna och införa en mer hållbar arbetsmiljö och patientsäkerhet på närakuten påbörjats och kommer fortsätta under hela 2022. Bland annat har en sektionsledare för närakuten tillsatts och man planerar att införa en arbetsgrupp som mer kontinuerligt arbetar på närakuten. Tillsammans med sektionsledaren och verksamhetsutvecklaren kommer dessa medarbetare vara delaktiga i förbättringsarbetet att förbättra rutiner och arbetssätt samt i utbildning av områden som berör vård på närakuten.

Vad gäller uppföljning av åtgärder på akutmottagningen ingår att hitta mer långsiktigt hållbara lösningar såsom:

- Bättre bemanning på läkarsidan
- Fler standardiserade arbetssätt
- Generell kompetenshöjning genom utbildningsinsatser för samtlig personal på akutmottagningen
- Ökat samarbete med VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi och VO Intermedicin vad gäller AT-utbildningen på sjukhuset.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

Identifiering

Målet för akutmottagningen är att rätt vård ska ges i rimlig tid till patienterna.

Genom att nå

målet ökar chansen att tillhandahålla en hög patientsäkerhet och kvalitet. Vidare riskerar patientsäkerheten att hotas när flöden stoppas upp och det råder crowding och/eller boarding på akutmottagningen. För att bibehålla en hög patientsäkerhet krävs dels att tiden mellan varje utförd del i arbetsprocessen (aktivitet/åtgärd) är rimlig samt att aktiviteten/åtgärden är utförd med hög kvalitet. Vidare krävs ett bra avflöde till mottagande vårdavdelningar så att inte patienten blir kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats. Ett bra flöde på röntgenavdelningen påverkar också ledtider i positiv riktning.



De viktigaste aktiviteterna/delprocesser på akutmottagningen som påverkar flödet är:

- Bedömning i kassan
- Triage
- Första läkarbedömning
- Utredning och behandling
- Beslut om inläggning eller hemgång
- Utskrivning till vårdavdelning eller till hemmet

Nedan redovisas resultat av de kvalitetsindikatorer som följs på akutmottagningen och som är kopplade till ledtider mellan olika aktiviteter. För att få en förståelse för vad resultatet står för och för vilka delprocesser/aktiviteter som behöver förbättras arbetar verksamhetsområdet med att bryta ner varje indikator i mindre delar och analysera resultatet.

Tabell 1 Resultat kvalitetsindikatorer akutmottagning år 2021

Indikator namn	Förklaring	Mål	Resultat
15a1	Akutmottagning vuxna, vistelsetid ≤4 tim	Redovisa resultat	59 %
15a2	Akutmottagning vuxna, vistelsetid ≤4 tim, patient ≥80 år	Min: 22 % Mål: 58 %	49 %
15b1	Akutmottagning vuxna, vistelsetid ≤8 tim	Min 70 % Mål: 95 %	94 %
15b2	Akutmottagning vuxna, vistelsetid ≤8 tim, patient >80 år	Min: 90% Mål: 97%	93 %
15c1	Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning	Min 80 min Mål 40 min	58 min
15d1	Akutmottagning vuxna, medianvistelsetid Röd prio in-pat	Redovisa resultat	3 h 5 min
15e1	Akutmottagning vuxna, tid från inläggningsbeslut till vårdavdelning	Redovisa resultat	1 h 16 min
Sjukhusspecifik indikator delas med VO Internmedicin			
Andel NIHSS på akutmottagningen		≥80 %	80 %

Analys

I analysen jämförs ledtider med 2019 års resultat eftersom 2020 inte är jämförbart då söktrycket och förutsättningarna var helt förändrade under första och andra vågen av pandemin.

Trots ökat antal patienter liksom ökat antal mer resurskrävande patienter har ledtiderna inte försämrats jämfört med år 2019 utan snarare förbättrats något. Det är svårt att urskilja en enskild förbättringsåtgärd som bidragit till resultatet utan det beror troligtvis på en samling av åtgärder. En faktor som säkerligen har påverkat är att genomsnittstiden (medel) från inläggningsbeslut till att patienten skrivs in på avdelningen har kortats med i genomsnitt 40 minuter jämfört med år 2019.

Identifierade patientgrupper som ofta drar mycket resurser och som har långa ledtider är:

- Orangeprioriterade patienter
- Patienter som genomgår röntgen
- Patienter som läggs in på vårdavdelning
- Äldre och multisjuka patienter

Ju längre dessa patientgrupper blir kvar på akutmottagningen desto fler resurser går åt vilket även påverkar ledtider för andra patienter. Därför är det vara en vinst att jobba med att korta ledtider i identifierade patientgrupper.

Orangeprioriterade patienter

Tidig läkarkontakt för orangeprioriterade patienter. Denna patientgrupp ska enligt RETTS träffa läkare inom 15 minuter men genomsnittstiden låg under året på 59 minuter (median 41 minuter). Andel under 4 timmar var 56 %.

Patienter som röntgas

Patienter som röntgas tillhör den patientgrupp som har sämst ledtider (andel under 4 timmar 46 %), vilket enkelt skulle kunna förklaras med att själva röntgenprocessen tar tid. Dock låg genomsnittstiden till att röntgenremiss skrivs på 1 timme och 56 minuter (median 1 timme och 36 minuter) vilket kan förklara de långa ledtiderna för denna patientgrupp. Vidare var den genomsnittliga tiden för första läkarkontakt för denna patientgrupp 1 timme och 10 minuter (median 46 minuter) vilket tyder på att det finns delay mellan att patienten träffar läkare och till att röntgenremiss skrivs.

Patienter som läggs in på vårdavdelning

Andel under 4 timmar var 47 % för denna patientgrupp. I genomsnitt togs inläggningsbeslut efter 3 timmar (median 3 timmar och 37 minuter). I likhet med patienter som röntgas måste många gånger patienten utredas på akutmottagningen innan ett inläggningsbeslut kan tas vilket delvis kan vara förklaring till varför denna patientgrupp har sämre ledtider än genomsnittet. Dock skulle inläggningsbeslutet i teorin kunna tas tidigare om tiden till första läkarbedömning kortades.

Äldre och multisjuka patienter

Akutmottagningen arbetar med snabbspår för äldre och multisjuka, Silverexpressen. Syftet är snabb bedömning och korta ledtider på akuten. Det finns förbättringspotential i att förbättra ledtiderna och omhändertagandet av denna patientgrupp. Arbetet med att utveckla Silverexpressen har prioriteras bort under åren med pandemin.

Förbättringspotential i rutiner och riktlinjer för patienter med misstänkt höftfraktur, Höftprocessen, har också identifierats under året.

Åtgärder

Såsom tidigare nämnts behöver bemanningen/kompetensen på framför allt läkarsidan ses över och fler standardiserade arbetsätt och riktlinjer behövs samt kompetenshöjning inom vissa områden.

Processövergripande samarbeten med andra verksamhetsområden med effektivisering av arbetsprocesser är också en åtgärd som är nödvändig i det fortsatta flödesarbetet på akutmottagningen. Detta arbete kommer fortsätta under 2022 i den sjukhusövergripande akutprocessen. En åtgärd som är del av detta arbete är en riktlinje som syftar till att tydliggöra vad som är nödvändigt att utföra på akutmottagningen och vad som kan vänta tills patienten kommer till vårdavdelning. Ett exempel är att alla patienter inte behöver komma tillbaka till akuten i väntan på röntgensvar utan kan röntgas på väg till vårdavdelningen. Detta kan tillämpas i de fall då röntgensvaret inte är avgörande för om patienten ska läggas in eller inte och inte heller avgörande för om akut behandling behöver sättas in och följas på akutmottagningen. En patientgrupp som identifierats och där ett förbättringsarbete är utfört under året är patienter som läggs in för strokeobservation och där trombolys eller trombektomi inte är aktuellt. En del av dessa patienter har sedan tidigare gått via röntgen till avdelning men det har inte funnits en nedskriven rutin för vem som ansvarar för vad i övergången mellan akutmottagning, röntgen och vårdavdelning. En riktlinje har utarbetats under året och implementerats på berörda verksamhetsområden.

I samverkan med VO VAS har efter önskemål antalet transportörer utökats på kvällstid och arbetar nu fram till kl. 22 istället för kl. 21.15. Därmed kan akutmottagningens personal i större grad stanna kvar på akutmottagningen och ta hand om patienter i stället för att transportera patienter till vårdavdelning vid denna tid på dygnet.

Ett samarbete med VO Geriatrik och VO Paramedicin inleddes i slutet av året. Samarbetet innebär att det finns en geriatrisk konsult och två medarbetare från utskrivningsteamet på plats dagtid på vardagar. Målet är att:

- Minska behovet av slutenvård för gruppen multisjuka äldre och således frigöra vårdplatser på sjukhuset.

- Korta vårdtiderna på sjukhuset samt vara ett beslutsstöd för läkare på akuten och därmed frigöra läkartid.
- Gruppen multisjuka äldre på sikt ska känna sig mer trygga genom att få den vård de behöver i hemmet.

Höftprocessgruppen med representanter från VO Röntgen, VO Akut, VO KOU har reviderat höftprocessen och påbörjat implementering av förbättrad process för patienter med misstänkt höftfraktur. Målet är snabbare omhändertagande på akutmottagningen och ökad andel som opereras inom 24 timmar. Det är än så länge för tidigt för att se några tydliga resultat.

NIHSS på akutmottagningen

Målet för andel NIHSS på akutmottagningen nåddes. Under året har ett förbättringsarbete gjorts för att öka följsamheten till att utföra NIHSS på akutmottagningen:

- Tydligare information på AT-introduktion angående hur NIHSS ska fyllas i på akuten.
- Mejl till samtliga berörda varje månad efter att journalgranskning har gjorts.
- Personlig återkoppling till personer som återkommande missar att fylla i NIHSS.

Uppföljning av åtgärder

Påbörjade förbättringsarbeten och vidtagna åtgärder kommer följas upp genom avvikelser, allvarliga händelser och ständig dialog med medarbetarna samt utvärdering av förbättringsarbeten. Vidare kommer åtgärdernas effekt på ledtider följas kontinuerligt.

Säker vård här och nu

Identifiering

Utöver ovan beskriva risker i patientsäkerhet har tre andra riskområden för vårdskador identifierats under året:



Inneliggande patienter

Utöver ovan beskrivna patientsäkerhetsrisker som kan orsaka risk för vårdskada finns risk för att vårdskador inträffar när patienter blir kvar på akuten i väntan på vårdplats. Särskilt riskdrabbade patientgrupper är äldre och sköra samt patienter med intensivvårdsbehov. I samband med att patientflödet ökade i slutet av året ökade även antalet patienter som väntade på plats på vårdavdelning eller IVA, det vill säga blev inneliggande på akuten.

ID-förväxling

Under året har flera avvikelser inkommit gällande ID-förväxling av patient. Förväxling har skett vid olika arbetsmoment såsom när patient hämtas från väntrummet, vid provtagning och EKG. Ingen har lett till vårdskada utan förväxlingen har upptäckts tidigt men det finns en risk att förväxling leder till vårdskada.

Miss i kommunikation när patienten skickas hem

Under året har det inkommit externa avvikelser samt genom synpunkter och klagomål gällande bristande kommunikation när patienter skickas hem. Äldre patienter som har haft behov av att hemtjänst eller anhörig möter upp vid hemkomsten har av olika anledningar inte fått det.

Analys

Inneliggande patienter

När patienter blir inneliggande på akuten riskerar framförallt äldre och sköra patienter att få trycksår. Även om inneliggande patienter får vanliga sängar i stället för akutbrits är vanliga sängar ibland inte tillräckliga för att avlasta patienter som löper risk för trycksår. Det finns risk för att resurser inte räcker till för att utföra vändningar så ofta som det hade behövts när det är ett högt inflöde av patienter på akuten.

Det har inte rapporterats några vårdavvikelse där en patient drabbats av trycksår på akutmottagningen men det har rapporterats avvikelser som påtalat risker för bland annat trycksår när flera patienter varit inläggande på akuten samtidigt.

NEWS2 ingår i aktivitetspaketet för samtliga patienter som ska skrivas ut till vårdavdelning och utförs i anslutning till att patienten lämnar akutmottagningen. En upptäckt risk för inläggande patienter men även för andra patienter är att NEWS2 inte används som ett verktyg för att reevaluera tillstånd eller i val av vårdnivå. Det saknas rutiner samt kunskap i verksamheten gällande användning av NEWS2 och åtgärdstrappan.

ID-förväxling

Det har varit svårt att se att det funnits brister i rutiner eller riktlinjer utan snarare att ID-kontroll helt enkelt inte gjorts i samband med att medarbetare utfört olika arbetsmoment. Följsamhet till att följa gällande rutiner och riktlinjer har brustit.

Miss i kommunikation när patienten skickas hem

Orsak till att det skett en miss i kommunikationen har varit olika. Antingen att man på akutmottagningen inte uppfattat att patienten varit dement eller att fel typ av transport beställts.

Åtgärder

Inläggande patienter

När patienter blir inläggande på akuten läggs ett specifikt aktivitetspaket upp i akutliggaren där till exempel regelbundna vändningar läggs in. När det är flera inläggande patienter samtidigt skapas på morgonen ett separat vårdlag (sjuksköterska och ledningsläkare) som enbart har hand om dessa patienter.

Införande av rutiner för att reevaluera med hjälp av NEWS2 och användning av åtgärdstrappan kommer införas under 2022. Syftet att öka chans till att identifiera förändringar i patienters tillstånd samt att tillämpa verktyg för att fatta beslut om vårdnivå.

En processgrupp med representanter från VO Anestesi och VO Internmedicin har påbörjats under februari 2022. Denna syftar till att tydliggöra ansvar och förbättra patientsäkerheten för de patienter som blir kvar på akuten i väntan på en IVA- eller IMA-plats.

ID-förväxling

Flera informationsinsatser gjorts angående vikten av kontroll av ID, att skriva ut patienter från övervakningsutrustningen samt återkoppling till berörda medarbetare.

Miss i kommunikation när patienten skickas hem

Förbättringsåtgärder i form av återkommande information om vikten av att säkerställa att patienten får den hjälp den behöver vid hemkomst har genomförts vid flera tillfällen.

Uppföljning av åtgärder

Avvikelse gällande riskområden kommer att följas och ytterligare åtgärder än redan vidtagna kommer göras vid behov.

I samband med att förbättrade rutiner gällande NEWS2 införs kommer en metod för att utvärdera följsamheten att tas fram.

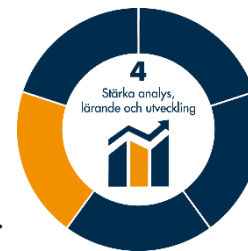
Arbetet med ökat samarbete med VO Anestesi och VO Intermedicin och dess effekt, kommer följas upp kontinuerligt under 2022.

Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Avvikelser

I avsnittet ”En god säkerhetskultur” beskrivs hur verksamhetsområdet arbetar med avvikelser och säkerhetskultur. I avsnittet Säker vård här och nu ges exempel på identifierade risker och avvikelser samt vilka åtgärder som vidtagits. Antalet rapporterade avvikelser år 2021 och 2020 redovisas i bilaga 2.



Klagomål och synpunkter

Identifiering

Antal synpunkter och klagomål som inkommit via 1177 eller Patientnämnden år 2021 och 2020 redovisas i bilaga 2. Ett patientnämndsärende ledde till en händelseanalys. Statistik över antal inkomna telefonsamtal eller mejl som berör synpunkter och klagomål förs inte.

I den nationella patientenkäten som genomfördes i oktober 2020 upplevde endast 30 % av de som svarat sig informerade om väntetider.

Resultatet av enkäten visade också att patienter upplevde brister i smärtlindring.

Det har även inkommit klagomål från patienter och närstående gällande telefontillgänglighet.

Analys

Flera inkomna synpunkter och klagomål kan relateras till brister i kommunikation och information. Andra handlar om brister i bedömning och diagnos.

Åtgärder

Patienter och närstående som lämnar synpunkter eller klagomål blir uppringda av verksamhetschef för att prata om händelsen (om de inte varit anonyma). Varje involverad medarbetare blir också informerad och intervjuad om händelsen.

Några generella brister i hur patienter får information som kräver ändring av rutiner kan inte ses. Däremot finns det förbättringspotential i hur vi informerar om väntetider och varför och vad patienter får vänta på. Tv:n som finns i väntrummen har på grund av IT-tekniska skäl inte fungerat under långa perioder under året. Det finns förhoppningar om att information om väntetider kommer fungera bättre framöver om tv:n fortsätter att fungera. Andra åtgärder såsom bättre informationsmaterial till patienter kommer ses över under 2022.

Brister i bedömning och diagnos har, såsom beskrivet i andra avsnitt, varit kopplat till bemanning, kompetens samt till behov av att standardiserade arbetssätt är väl kända och implementerade i verksamheten. Åtgärder för förbättring är beskrivna i andra avsnitt.

Tidigare tog ledningssjuksköterskan emot alla inkommande samtal, både externa och interna. Det kunde under vissa timmar uppgå till åtta samtal per timme vilket gjorde att ledningssjuksköterskan ständigt blev avbruten i sitt arbete och mycket resurser gick åt att prata telefon. Många av samtalen krävdes inte heller en ledningssjuksköterska för att kunna svara på. Rutinen för inkommande samtal har ändrats under året. På dagtid kopplas inkommande externa samtal till växeln eller till chefsassistent som kan styra samtal rätt. Övriga tider kan ledningssjuksköterskan se om det är ett externt eller internt samtal och därmed prioritera om samtalet måste besvaras direkt eller om det kan vänta. Förändringen upplevs ha påverkat både arbetsmiljön och patientsäkerheten till det bättre.

Verksamhetsområdets två smärtombud har påbörjat ett förbättringsarbete i att införa rutinmässig smärtskattning enligt NRS vid triagering och efter behandling av smärta. Utbildning i smärta och smärtlindring planeras också.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

Under pandemin har verksamhetsområdet tvingats ställa om och ändra arbetssätt otaliga gånger. Beslut om omställning och ändrade arbetssätt har skett tillsammans med medarbetarna på till exempel omfallsmöten, tavelmöten, APT, akutläkarmöten och morgonmöten. Vid akut förändrade förhållanden samlar ledningssjuksköterska eller ledningsläkare all personal som är i tjänst med samlingslarm. Där görs en plan för resursfördelning och planering för de närmaste timmarna. Således har verksamhetsområdet flera rutiner och arbetssätt för att kunna ställa om och anpassa sig till förändrade förhållanden.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

En utmaning det senaste året, och som kommer att fortsätta under nästkommande år, är att anpassa verksamheten till förändrade sökmönster. Detta har varit svårt att förutspå och därför har det varit en utmaning att vara förberedd och anpassa i förväg. Det är svårt att avgöra hur stor del i det förändrade sökmönstret som beror på pandemin och vad som beror på andra orsaker samt om det är bestående. Därför är det också svårt att avgöra om det kommer fortsätta eller återgå till hur det var innan pandemin. Kommande års mål blir att hitta arbetssätt och rutiner som gör att patientsäkerheten kan bibehållas även vid hög belastning och förändrade sökmönster.

Mål: Utökad samarbete med andra verksamhetsområden gällande mål och utbildning för AT-läkare.
Åtgärd: Hur detta ska ske beror på vilka beslut som tas kring AT-placeringen på akuten.

Mål: Delaktighet i det sjukhusövergripande arbetet med att förändra AT-läkarnas placering och anpassa verksamheten efter vad som blir beslutat så att det blir så bra som möjligt ur alla aspekter.
Åtgärd: Aktivt delta på möten och verka för det gynnar patientsäkerheten och arbetsmiljön på VO Akut.

Mål: Öka kunskap hos medarbetarna gällande allvarliga sjukdomstillstånd som sepsis, stroke och ileus.

Åtgärd: Utbildningsinsats och implementering av vårdprogram. Samverkan med den regionala akutliggargruppen för att koppla vårdprogram till aktiviteter i akutliggaren.

Mål: Förbättrad rutin gällande användande av NEWS2 och åtgärdstrappan.

Åtgärd: Implementera rutin och följa upp följsamhet.

Mål: Förbättra information om väntetider till patienter och närstående.

Åtgärd: Ta fram informationsmaterial.

Mål: Genomföra en organisationsförändring på närakuten som innebär mer stabil bemanning samt förbättrade arbetssätt och rutiner.

Åtgärd: Utveckla sektionsledarrollen. Tillsätta en kontinuerlig arbetsgrupp på närakuten. Utbildningsinsats framförallt med fokus på barn. Utveckla och förbättra rutiner och arbetssätt. Anpassa lokaler så att de blir optimerade för arbete på närakuten.

Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system

Verksamhetsområde: VO Akut

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Registrering i kassa		
2	Triage		
3	Initial läkarbedömning		
4	Utredning/behandling		
5	Inläggningsbeslut		
6	Bedömning med hjälp av NEWS2		
7	Utskrivning till vårdavdelning eller hem		
8			
9			
10			
11			
12			

Förklaring

	Fungerar
	Arbete pågår, hinder finns
	Arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

