



KVALITETSREDOVISNING 2019

VERKSAMHETSOMRÅDE: AKUTSJUKVÅRD

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL SAMT KVALITETSREGISTER

EV. RELEVANTA KVALITETSREGISTERUTFALL

<i>Namn på register</i>	<i>Informationskälla</i>	<i>Manuell/Automatisk dataöverföring</i>
<i>SVAR (Svenska Akutvårdsregistret)</i>	<i>TakeCare</i>	<i>Automatisk</i>
<i>STRADA (Swedish Traffic Accident Data Acquisition)</i>	<i>Strukturerat frågeformulär.</i>	<i>Manuell</i>

Registerdata till SVAR (Svenska Akutvårdsregistret)

- **Syfte:**
Att främja utvecklingen av kvalitativ akutvård (24-timmars akut omhändertagande) genom rapportering till registret.
- **Mål och resultat 2019:**
Inga lokala mål har specificerats under 2019. Resultatet har utgjorts av fortsatt automatisk dataöverföring.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Initiera dialog med registerhållare. Vidare kan vi komma att undersöka huruvida registerdata kan användas för att mäta utfall och följa upp effekten av lokala projekt- och processarbeten.

Registerdata till STRADA (Swedish Traffic Accident Data Acquisition)

- **Syfte:**
Att bidra med data för utveckling av trafiksäkerheten och indirekt det akuta



omhändertagandet av trafikskadade.

” Med stöd av informationen i Strada kan alla som jobbar med trafiksäkerhet bedriva ett mer effektivt arbete eftersom de får en tydlig bild över var, när och hur olyckorna sker. Exempel på aktörer är vägghållare som kommuner och Trafikverket, men även forskare, polisen och räddningstjänsten.” www.transportstyrelse.se

- **Mål och resultat 2019:**
Inga lokala mål har specificerats under 2019 då välfungerande rutiner för rapportering finns.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Inga specifika mål har specificerats under 2020 då välfungerande lokala rutiner för rapportering finns.

EV.NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER SOM INFÖRTS 2019

Non-Invasiv Ventilation (NIV) på akutrum

- **Syfte:**
Möjliggöra evidensbaserad och ändamålsenlig behandling för patienter med akut behov av assisterad non-invasiv ventilation.
- **Mål 2019:**
Definiera projektmål, förbereda och planera projektet.
- **Resultat 2019:**
NIV inköpt. Tids- och implementeringsplan framtagna och flera aktiviteter klara eller pågå.
- **Plan 2020:**
Mål: From våren 2020 ska NIV-behandling kunna ges patienter redan på akuten.
Implementering planerad till våren 2020.

Fristående neurologsektion

- **Syfte:**
Att skapa en effektiv organisation för att patienter med neurologiska symptom snarast möjligt ska kunna bedömas och handläggas av specialistläkare.
- **Mål 2019:**
Skapa en fristående neurologsektion på akuten.



- **Resultat:**

Det finns nu en fristående neurologsektion som arbetar mycket nära och tillsammans med medicinsektionen.

- **Plan 2020:**

Fortsatt utvärdering av den nya organisationen. Sker inom sektionsstyrgrupperna för medicin- och neurologi samt den operativa ledningsgruppen.

Skriftlig patientinformation

- **Syfte:**

Verka för välinformerade och delaktiga patienter.

- **Mål 2019:**

Uppdaterad patientinformation inför flytt till nya lokaler.

- **Resultat:**

Den skriftliga patientinformationen i broschyrform samt den digitalt presenterade informationen uppdaterades inför flytten till nya lokaler. Tyvärr har bildskärmarna i den nya akutvårdbyggnadens väntrum, endast fungerat av och till efter inflytt, så vid flera tillfällen har ingen digital patientinformation kunnat visas. Detta är felanmält och arbete pågår.

Under hösten inkom ett förbättringsförslag för att göra den skriftliga informationen mer tillgänglig för alla patienter. Förslaget var att översätta den skriftliga informationen till flera språk. Det beslutades att möjligheten skulle ses över efter årsskiftet.

- **Plan 2020:**

Fortsätta dialog med eHälsa för att få tillstånd fungerande skärmlösningar i väntrummen. Undersöka möjligheterna att översätta den skriftliga patientinformationen till flera språk samt fundera kring vilken som skulle vara den bästa formen för patienten att få access till översättningen. Samarbete med sjukhusets kommunikationsenhet kan också komma att bli aktuellt i samband med en ev. översättning.

BEST larmsystem

- **Syfte:**

Att inneha ett välfungerande, effektivt och säkert system för utställning av akutlarm till berörda.

- **Mål 2019:**

Uppföljning av blocksökningsfunktionen och korrigeringar/anpassningar av de grupperingar som ingår i respektive blocksökning, i de fall där sådana ommodelleras.

- **Resultat:**

Blocksökningen för "Larm barn" har korrigerats efter en förändring av PAL-ansvaret. Riktlinjen om rutiner för driftstopp av BEST har uppdaterats.

- **Plan 2020:**

Förvaltning och kontinuerliga justeringar/anpassningar sker i samverkan med Larmgruppen (eHälsa och Sjukhusgemensam service).

Sektionen för akut inflöde



- **Syfte:**

Att akutens organisation ska vara effektiv och möjliggöra systematisk utveckling av vården från mottagande till utskrivning från akuten.

- **Mål 2019:**

Skapa en fristående sektion för akut inflöde på akuten där frågor som rör bl.a. mottagande, arbete på akutrum samt hänvisningsprocessen kan hanteras.

- **Resultat:**

Det finns nu en fristående sektion för akut inflöde. Sektionens styrgrupp håller regelbundna möten för planering och uppföljning. Då sektionen hanterar samtligt inflöde, sker mycket samverkan och samarbete med mottagande specialistsektioner och överlämnande prehospital verksamhet.

- **Plan 2020:**

Fortsatt utveckling och utvärdering av den nya organisationsdelen. Sker primärt inom sektionsstyrgruppen för akut inflöde samt den operativa ledningsgruppen.

Regiongemensamt Hänvisningsstöd implementeras

- **Syfte:**

Rätt patient ska få rätt vård, i rätt tid på rätt plats utifrån LEON-principen.

- **Mål 2019:**

Implementering av det regiongemensamma Hänvisningsstödet.

- **Resultat:**

Hänvisningsstödet implementerades hösten 2019 i samband med flytt till Hus 52. Kontinuerliga förbättringar och förvaltning sker inom sektionen för akut inflöde.

Under hösten informerades/utbildades all personal i pretriage Hänvisningsstödet. Beslutsstödet används, sedan den 6 oktober, av sjuksköterskor för att bedöma alla patienter som inkommer till akuten. Bedömning resulterar i en rekommenderad vårdform utifrån patientberättelsen och symptom bilden. Bedömningen utgör det första steget i triageprocessen och dokumenteras i en journalmall. För att kontinuerligt lärande samt för återkoppling till samverkanspartners (ex Närakuten DS) och till ansvariga på HSF, har ett nytt forum upprättats; "Hänvisningsforum". Vidare har specialistsjuksköterska och akutläkare deltagit i INKA/SVD-arbete där en regiongemensam journalmall för dokumentation är under utveckling.

- **Plan 2020:**

Fortsatt arbete med kontinuerligt lärande om hänvisningsprocessen vid Hänvisningsforum samt insamling av användarperspektiv på Hänvisningsstödet för återkoppling till berörda. Underlag för återkoppling inhämtas både från Hänvisningsforum och sektionen för akut inflöde. Kontinuerliga förbättringar samt förvaltning av lokala arbetssätt och rutiner kommer fortsätta ske inom Sektionen för akut inflöde, i dialog med övriga sektioner.

Korrekt omhändertagande vid misstanke om eller bekräftad smitta

- **Syfte:**

Ett välfungerande vårdhygieniskt arbete samt evidensbaserat, säkert och effektivt omhändertagande av patienter med misstänkta eller kända smittsamma sjukdomar.



- **Mål 2019:**

Uppdaterade riktlinjer och arbetssätt rörande smittspårning och akut omhändertagande (inkl specifik vårdhygienarbete) vid misstanke om eller känd smitta, anpassade för arbete i nya lokaler (ex arbete i infektionsrum med sluss).

- **Resultat:**

Pga av arbetets omfattning med många delprocesser och beroenden, så som att aspekter och rekommendationer från externa experter, både inom och utanför sjukhuset, behövt tas i beaktande, fick en arbetsgrupp tillsättas under hösten. Målet var att hela arbetet skulle vara färdigt före årsskiftet, men omfattningen gjorde att färdigställandet drog ut på tiden. Dock har de delar som löpande färdigställts, delgivits medarbetare via ex. veckobrev, APTer, nyheter på intranätet och vid uppstartsmöten.

- **Plan 2020:**

Uppdaterade riktlinjer och arbetssätt färdigställda och kända för medarbetare i mitten av februari. Ev uppdateringar i utbildningar och självskattningar planeras klara till Q1 2020. Förvaltning och kontinuerliga förbättringar kommer ske inom ramarna för Infektion/smitta/hygien-gruppen.

NEWS2 på akuten

- **Syfte:**

Att främja säker vård i vårdens övergångar.

- **Mål 2019:**

Inget mål uppsatt för 2019. Diskussionen om att ta vitalparametrar enligt NEWS2 för patienter som ska läggas in, uppstod i relation till höstens beredningsarbete av kvalitetsindikatorer för 2020.

- **Resultat:**

"Andel patienter med fullständig NEWS2 dokumenterad före inläggning" kommer bli en sjukhusspecifik indikator att följa och arbeta med under 2020.

- **Plan 2020:**

Planering av nya arbetssätt och dokumentationsrutiner i relation till befintlig sjukhusövergripande riktlinje om NEWS samt den nya kvalitetsindikatorn genomförs under Q1, med implementering under Q2. Arbetet kommer ske inom ramarna för dokumentationsprocessen. PPM mätning planeras till april och november. Arbetet med att automatisera utfall planeras till hösten 2020.

Smärtlindring på akuten

- **Syfte:**

Tillse tillfredställande smärtlindring för akutens patienter.

- **Mål 2019:**

Påbörja datainsamling för att se om behov av förbättringsåtgärder föreligger.

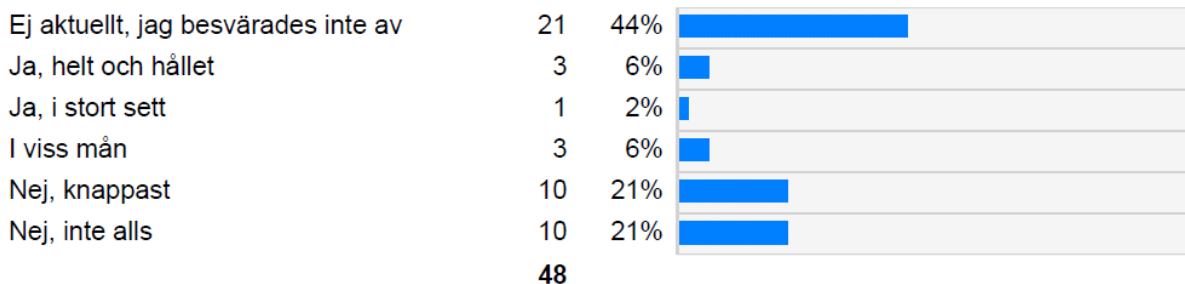
- **Resultat:**

48 patienter har svarat på enkätfråga om smärtlindring och av dessa besvarades 27 av smärta.



Av de 27 som besvärades av smärta var 20 missnöjda, dvs andelen patienter som upplevde otillfredsställande smärtlindring uppgick till 74%. Ett utfall som indikerar att det finns stort behov av förbättringsåtgärder.

Smärta kan vara ett besvärande tillstånd. Under din vistelse på akutmottagningen, anser du att du fick tillräcklig hjälp med smärtlindring?



- **Plan 2020:**

Fortsätta kontinuerlig datainsamling. Åter starta upp Omvårdnadsgruppen på akuten och inom denna konstellation arbeta fram förbättringsförslag samt implementera lämpligt/a alternativ.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.

- En av de viktigaste åtgärderna är att tillse att medarbetare från externa bemanningsföretag lätt kan rapportera vårdavvikelse via HändelseVis. Detta har varit en fråga som akutkliniken drivit hårt under året. I december 2019 blev det klart att de nu kan använda HändelseVis. Att inte ge dessa medarbetare möjlighet att avvikelserapportera på ett enkelt sätt har inneburit ett mörkertal i avvikelserapporteringen då den tidigare modellen med manuell registrering i två led via papper varit onödigt krånglig.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

- **Kommentera resultatet:** Resultat är ovanligt bra med tanke på rådande arbetsmiljö där det varit en enormt hög arbetsbelastning under en mycket lång tid och som vi fortfarande ej ser något slut på. Under året har akuten arbetat intensivt med den 66A till arbetsmiljöverket som utfärdades 2018. Denna skrevs under året av då arbetsmiljöverket ansåg att akuten tillsett adekvata åtgärder. Detta har medfört att det totala HSE indexet för akuten har ökat (62 jmf med 2018 års 59). Ett glädjande resultat står akutens medicinska sekreterare för där man generellt



har höga siffror. De medicinska sekreterarna är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet på akuten.

- **Analys:**

Trots den ansträngda arbetsmiljön rapporterar medarbetarna en positiv bild där man vågar tala om sina misstag ($\bar{x}=4.4$), man påtalat när något är på väg att gå fel ($\bar{x}= 4.4$) samt att man blir bra bemött på arbetsplatsen bär man behöver hjälp ($\bar{x}= 4.0$). En förbättrad insikt i att man förstår att arbetsplatsen erbjuder patienter att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet ses. Vidare har medarbetarna nu en förbättrad trygghet om en närstående skulle vårdas på den egna arbetsplatsen ($\bar{x}=2.9$) jämfört med 2018 ($\bar{x}=2.6$). Det är fortsatt en nedslående siffra, men en förbättring.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Akutkliniken fortsätter att tala öppet om avvikelser och ta bort den skam- och skuldbeläggningsskänsla som råder i samband med inträffade händelser. Dock är det svårt att göra några större förändringar om inte avflödet från akuten blir bättre. Sjukhuset måste öppna redan stängda vårdplatser och inte fortsätta att stänga dem. Akuten har även lyckats rekrytera ett stort antal sjuksköterskor vilket innebär att antalet bemanningssjuksköterskor kommer att fasas ut. Detta kommer att innebära förbättring rent patientsäkerhetsmässigt då den egna verksamheten kan ombesörja utbildning för egna medarbetare.

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Under 2019 rapporterades det in 1 332 st. avvikelser av akutens medarbetare. Det motsvarar nästan 7 stycken per medarbetare. Det är en minskning med ca.1st. gällande antal avvikelser/medarbetare sedan året innan.

De tre största klassificeringarna gällande rapporterade avvikelser är:

1) Läkemedel (22%)	(År 2018 32%)
2) Behandling/omvårdnad (21%)	(År 2018 11%)
3) Tillgänglighet (17%)	(År 2018 41%)

- **Resultat och analys:**

Det fortsatt viktigaste är att vi som arbetsgivare får in avvikelser och rätt avvikelser. Det tyder på en sund arbetsplats. Det tycker vi att vi får. För femte året i rad upplevs en stor brist på vårdplatser rent generellt. Medarbetarna upplever en frustration över att inflödet till vårdavdelningarna inte fungerar. Patienterna blir kvar på akuten, som då tvingas fungera som vårdavdelning, högrevårdsavdelning samt i viss mån även post-operativ avdelning. Detta ses i vårdavvikelser gällande brister i tillgänglighet. Bristen på vårdplatser är en känd utmaning på sjukhuset och är adresserat i olika forum. Detta har tyvärr inte lett till fler vårdplatser. Ett stort mörkertal i antalet inrapporterade avvikelser gällande tillgänglighet



befaras. Här måste vi även fortsatt tillägga att akutmottagningen, utöver akutrum med larmteam på plats, i många fall och vid stort inflöde, har långt lägre övervakningsmöjligheter än ex. en överbelagd avdelning (antal patienter per ssk). Många avvikelser påvisar svårigheter att hinna med att reevaluera patienter då man måste prioritera att ta hand om nyinkomna. Vi har även sett att läkemedelssvinnet har kommit upp på akutens topplista, vilket är ett observandum. När vi pratar med akutens sjuksköterskor så upplever de att det är stressigt på akuten och man tänker sig att dokumentera narkotikan "senare" när det "lugnat ner sig". Då glöms det i stället av. Vi har även ett stort antal sjuksköterskor från externa bemanningsföretag som arbetar på akuten.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Under 2019 fokuserade akuten på att alla medarbetare skulle få ges möjlighet att genomföra den massiva utbildningsinsatsen inför flytten till Hus52. Detta arbete har varit det centrala för patientsäkerheten på akuten då både lokaler och vissa arbetssätt förändrades i samband med flytten.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Att integrera utbildningsledarfunktionen i patientsäkerhetsarbetet på ett strukturerat och tydligt sätt (KUPS).

RISKANALYSER

Mål: öka antalet riskanalyser för att förebygga antalet inträffade vårdskador.

- **Resultat:**

Nio riskanalyser har genomförts under året. Fyra hade inverkan på flytten till Hus52 där man analyserade både på egen verksamhet såväl som sjukhusövergripande (DS2019-1558, 1802, 1803, 1868). Tre stycken hanterade de besparingsförslagen som akutens ledningsgrupp förslagit (DS2019-2324, 2325, 2326). En hanterade sommarsituation 2019 och den sista är i samarbete med HSF och där deltagar akutklinikens patientsäkerhetscontroller. Den är i slutfasen och beräknas presenteras nationellt under 2020.

- **Analys:**

Antalet RA är anmärkningsvärt högt med tanke på det stora antalet HA (n=20) och IU (n=13). Önskan är dock fortfarande att göra fler RA än HA.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Planen var att patienter skulle medverka i våra RA. Detta har inte kunnat genomföras, då tiden har varit knapp att genomföra dessa. Dock i den RA som akutens PSC genomför tillsammans med HSF är patientperspektivet väl belyst.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Öka antalet medverkande patienter i våra RA.



ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE

Mål: Säkerställa att synpunkter som rapporteras används i verksamhetens förbättringsarbeten.

Akutkliniken har under året hanterat cirka 310 externa ärenden. Detta kan vara synpunkter på vården, exempelvis ärenden från IVO, PaN, patienter, närstående etc.

- **Resultat:**

Merparten av de enskilda ärenden som inkommit har rört den medicinska behandlingen eller omvårdnaden i samband med besöket på akuten. Ärenden som rört den medicinska behandlingen har hanterats i samråd med berört verksamhetsområde. I flera fall har synpunkter inkommit som gällt bemötande. Dessa har många gånger föranlett samtal med berörda medarbetare och deras närmaste chef. Ett större arbete gällande bemötande, "code of conduct" har inletts där akutens HR-partner är ansvarig. Som tidigare hanteras en mängd ärenden gällande ekonomi. Det gäller exempelvis patienters ovilja att betala patientavgifter eller patienters synpunkter på sjukresor. Samtliga inkomna ärenden har fått svar, merparten har fått dessa skriftligt. En tydlig struktur finns kring besvarande av dessa. Ett gott samarbete finns med sjukhusets patientadministration.

- **Analys:**

Antalet enskilda ärenden fortsätter att öka. Flera gäller långa väntetider till läkarbedömning samt i slutändan brist på vårdplatser. Dessa borde ej behövt hanterats om vårdplatssituationen varit tillfyllest. Många ärenden handlar om patientavgifter och sjukresor. Ärenden som är av allvarigare karaktär tas upp i akutens analysgrupp, som sammanträder varannan vecka, och även i den operativa ledningsgruppen på akuten för att gemensamt hitta strategier för att eliminera risk för upprepning.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Inkomna ärenden har hanterats inom utsatt tid.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Att integrera utbildningsledarfunktionen i patientsäkerhetsarbetet på ett strukturerat och tydligt sätt (KUPS).

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

Totalt har akutkliniken genomfört 21 händelseanalyser enskilt eller i samarbete med andra VO:n. Av dessa har tre lett till anmälan enligt Lex Maria (2 st. egen). Samtliga är avslutade av IVO utan anmärkning. Två händelseanalyser är under beslutsförfarande av sjukhusets chefläkare. Akutkliniken har även genomfört >13 stycken internutredningar, där man valde att inte gå vidare till en regelrätt händelseanalys.



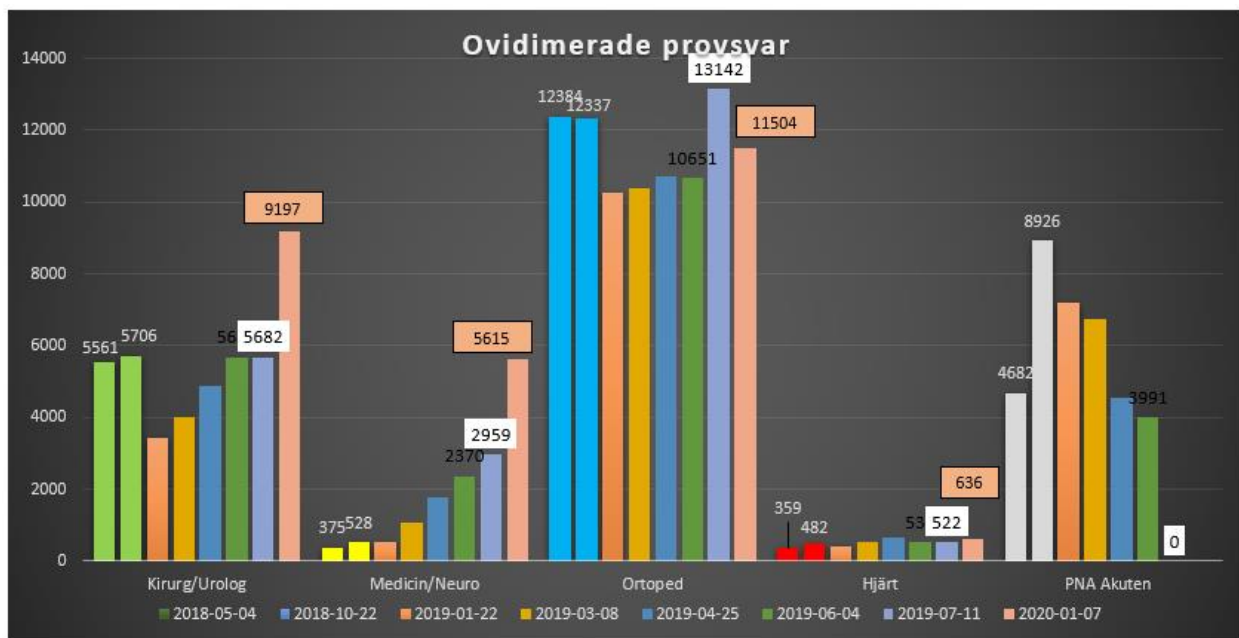
- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2019:**
 - Fortsatt kommunikation avseende att arbeta efter gällande riktlinjer
 - Utbildningsinsatser avseende läkemedel.
 - Patientsimulering r/t olika händelser som inträffat, där SBAR är inkluderat.
 - Utbildningsinsatser avseende driftsättning Hus 52
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
 - a. Introducera E-utbildningen gällande läkemedel som obligat för samtliga sjuksköterskor på akuten.
 - b. Utbildning och information ad hoc, beroende på inkommande händelser
 - c. Föreläsning av vårdåklagare avseende journalläsning.

STRUKTURERAD JOURNALGRANSKNING

Mål: Verksamhetsområdet identifierar processer som behöver förbättras och genomför journalgranskning

Ovidimerade provsvar

Sedan 2015 har akutkliniken följt data över sektionernas antal ovidimerade provsvar. Ovidimerade provsvar inkluderar kemlabsvar, röntgensvar, PNA-svar och remisser. Nedan ses en sammanställning inkluderande mätpunkter från 2018-2020.



- **Analys:**

Akutsektionen hjärt ses fortsatt ha den bästa följsamheten till att provsvar vidimeras



fortlöpande. Under hösten har antalet ovidimerade svar ökat både för kirurg-urologsektionen samt för medicin och neurolog sektionerna. Ortopedens akutsektion har fortsatt den största bulken ovidimerade svar, trots att en påtaglig reduktion skett från juni till årsskiftet.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Ett flertal försök har gjorts för att hitta rutiner kring vidimering av PNA-svaren, där man i dagsläget inte kan ange någon vidimeringsansvarig. Under 2019 flyttades PNA-analyserna över från akuten till respektive verksamhetsområde (VO), varvid akutens stapel nu ligger på 0.

Varje sektion har under hösten påbörjat arbetet med att kvalitetssäkra och kostnadseffektivisera provtagningsprocessen på akuten. Fokus har legat på att se över och revidera de lokala provtagningspaketen som rekommenderas till olika RETTS-koder. Syftet med revideringen är att få till provpaket som karaktäriseras av rätt prov, på rätt patient, i rätt tid, till rätt kostnad.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Under 2020 kommer rutiner för vidimering kopplat till provtagning på akuten diskuteras inom ramarna för respektive sektion. Övergripande ansvar för vidimering ligger dock på respektive VO varvid det stora arbetet behöver ske där.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

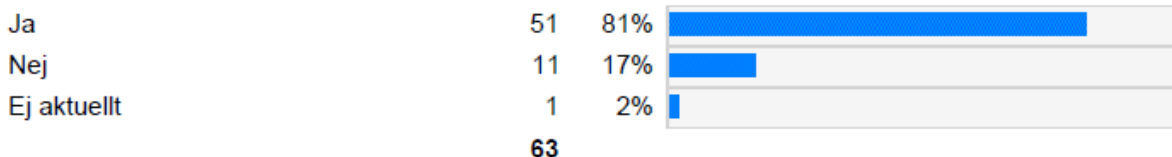
Redovisa resultat samt uppföljningsmetod

Datakälla för självskattnig & observationsstudie: Rapportor

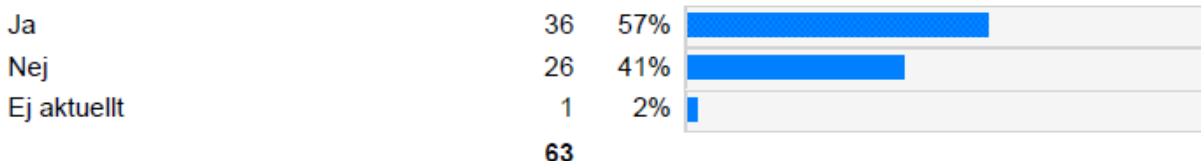
- **Metod och resultat, vår 2019:**

Självskattnig

Handsprit före direktkontakt med patienten

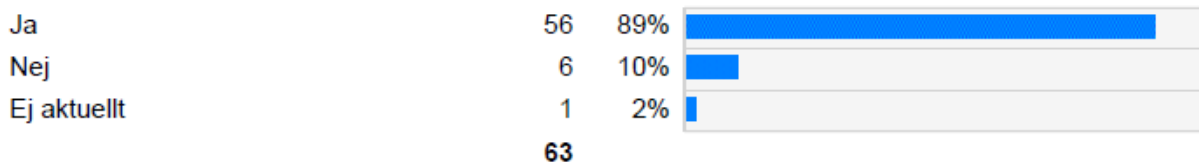


Handsprit före användning av handskar

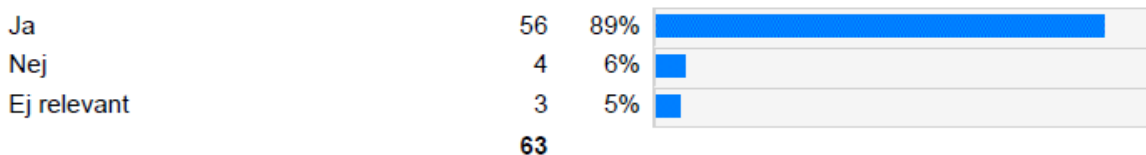




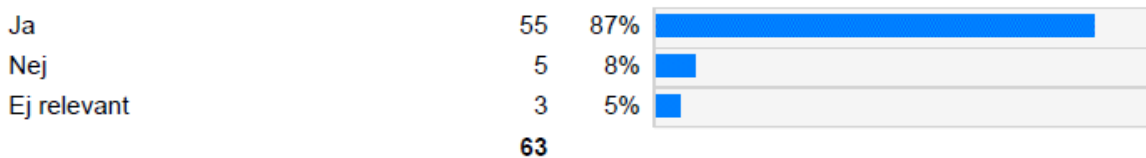
Handsprit efter avtagande av handskar



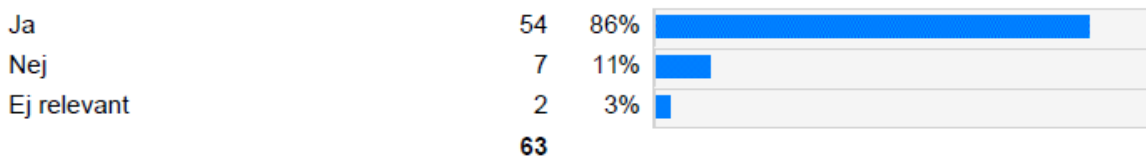
Engångsplastförkläde vid personlig omvårdnad/bäddning



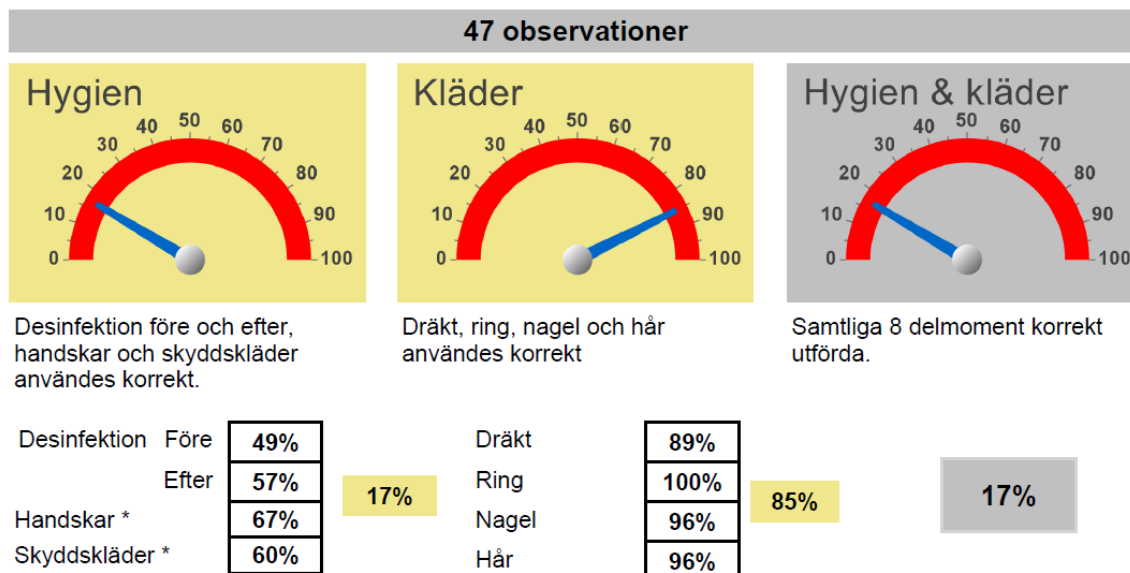
Engångsplastförkläde vid behandling/undersökning av patient, t. ex lyssna på lungor, palpera buk ledpunktion, såromläggning



Engångsplastförkläde vid hantering av smutsigt materiel, tvätt och avfall



- **Metod och resultat, höst 2019:**
Observationsstudie



* När det inte är relevant att använda handskar/skyddskläder ingår de inte i beräkningen.

- Analys:**

Under året har två mätningar genomförts, en självskattning under våren och en vi observationsstudie under hösten. I båda mätningarna återfinns de största följsamhetbristerna till moment inom basala hygienrutiner. Resultaten skiljer sig inte nämnvärt från de mätningar som genomfördes under 2018. Vid självskattningen både 2018 och 2019 ses svårigheter med korrekt vårdhygieniskt arbete kopplat till spritning av händer samt korrekt användande av handskar och förkläde. Observationsstudien 2019 visar på likande siffror som 2018, då följsamheten till de basala hygienrutinerna låg på 23%,



klädreglerna på 85% och korrekt arbete i alla steg noterades i 15% av fallen.

Genom att granska observationsutfallet och självskattningen tillsammans, framträder bilden av kunskapsbrister som en möjlig bakomliggande orsak till den bristande BHK-praktiken. Vid en enklare inventering av vårdmiljön, genomförd i samband med höstens observationsstudie, framkom att det till stora delar är lätt att göra rätt, vilket talar för att resultatet borde vara bättre. Vid intervjuer framkom dock att det finns en uppfattning om att det behöver gå fort att utföra uppgifter i den patientnära vården på akuten, vilket kan medföra att vissa moment av basala hygienrutiner hoppas över. Trots uppfattningen om att skyndsamt arbete är en orsak till bristande följsamhet, visade de observationer som utfördes på sektionen för akut inflöde (akutrum och mottagarteam) bäst resultat avseende följsamhet till BHK.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Handlingsplan BHK togs fram i september och har arbetats med under hösten. Före 2019 utfördes ca 10 observationer på akuten som helhet. Hösten 2019 skapades möjligheter att rapportera in utfall av mätningar per sektion, varvid antalet observationer målsattes till 50 istället för som tidigare 10. Totalt sett dokumenterades 47 observationer 2019, att jämföra med 13 st år 2018. Vidare har tre medarbetarintervjuer genomförts i syfte att få mer kunskap om bakomliggande faktorer till bristande följsamhet. En inventering av vårdmiljöerna utfördes i samband med observationsstudien med frågeställningen "Främjar vårdmiljön att det är det lätt att göra rätt av seende BHK?" Ämnet "Basala hygienrutiner och klädregler" har även tagits upp på akutens Instagramkonto. "akutendanderyd".

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Standardenkäten för självskattning BHK kommer modifieras och utökas till att inkludera självskattad kunskap om vissa specifika vårdhygienrutiner och omhändertagande vid misstanke eller bekräftade smittor. Detta planeras färdigställt i februari och därefter kommer månatliga självskattningar genomföras tills tillfredställande resultat uppnåtts. Planeras starta mars 2020.

Riktade utbildningsinsatser kommer bli viktiga. Filmklipp för att öka kunskapen om BHK kommer publiceras i veckobrev och e-utbildning på Lärtorget kommer läggas som årligt obligatorium. Ev kommer vårdhygien, infektions- och smittprevention bli ett ämne för en temaperiod. Arbetet kommer ske inom ramarna för Infektion/smitta/hygien-gruppen.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

PATIENTUPPLEVD KVALITET

Redovisa resultat från egna mätningar, öppen- och slutenvård.

Datakälla: Rapportor



Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019	Resultat öppenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Öppenvård
Delaktighet och involvering	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskar?" MÅL: >40%	41% (20 av 47)	47
Information och kunskap	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?" MÅL: >43%	43% (21 av 46)	46
Helhetsintryck	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?" MÅL: > 90%	43% (21 av 46)	46

- **Analys:**

Samtliga tre aspekter av patientnöjdheten har försämrats sedan mätningen 2018. En jämförelse mellan utfallen 2018 och 2019 är dock problematiskt med tanke på stora skillnader i total respondentvolym, likväl som att mätningen skett med olika metoder. 2019 låg antalet respondenter på 47 vilket är betydligt lägre än 2018 som hade 358 svarande. Den primära orsakerna till detta är att mätningen 2019 endast genomförts under 3 månader, medan mätning pågick kontinuerligt under större delen av 2018. Vidare har metoden för mätning ändrats och rutiner för att främja enkättagande behöver utvecklas vidare. Trots ett skvalt respondentantal ter sig gruppen svarande representativ för akutens besökare, vilket är positivt.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

2019 implementerades en ny metod för att mäta patientnöjdhet. 2018 användes så kallad TouchPoint, där patienter kunde delge synpunkter via en pekskärm fäst på stolpe i akutens väntrum. 2019 valdes en annan metod. Syftet med att byta metod var dels en ansats för att nå fler än de patienter som placerats i väntrum, och dels för att kunna utveckla frågebatteriet ytterligare. Den nya enkäten innehåller fler och varierande frågor som möjliggör kopplingar mellan patientnöjdhet och processer, flöden samt vissa kvalitets- och produktionsmått, så som exempelvis "dörr till dörr <4 timmar". Vidare innehåller den nya versionen fritextfrågor som syftar till att få fördjupad kunskap om patienternas upplevelser på akuten. Genom att byta från en fast pekskärm till en webbaserad enkät, som nås via Qr-kod och webblänk, skapades även möjlighet för patienterna att svara direkt i mobilen eller vid datorn, från britsen på akuten, hemmet, vårdavdelning eller annat sjukhus.



- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Om man ser till antalet svarande av det totala antalet besökande, blir andelen vi bedömer patientnöjdhet utefter förvinnande liten, 2017 0,9% (908 av 91460), 2018 0,4% (358 av 87501) och 2019 0,2 % (47 av 27219). Målsättning för 2020 blir att få upp antalet svarande till ca 2000/per år. Detta skulle motsvara ca 2% täckningsgrad.

Under 2019 skrev 35 av 47 respondenter synpunkter i fritext då de svarade på patientenkäten. Dessa svar planeras analyseras närmare under våren 2020.

Sedan de nya metoderna för mätning implementerades i oktober 2019, så har besökande fått information om enkäten via den skriftliga patientinformationen som lämnas ut vid ankomst till akuten, på akutens hemsida och/eller på de digitala informationsskärmar som sitter uppsatta i de olika väntrummen. Med tanke på det låga respondentantalet får det förmodas att dessa sätt inte är tillräckliga. 2020 planeras således att information om enkäten ska delges patienterna även då de lämnar akuten. Ett förslag som undersöks är att se över hur en utskrivningsinformation skulle kunna utformas för att innehålla både ett behandlingsmeddelande samt information om patientenkäten.

EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE

Kort beskrivning av ev. förbättringsarbeten som genomförts under året för att gynna samverkan i nätverkssjukvården

Prehospital samverkan

- **Mål/Syfte**

Att främja samarbetet mellan Danderydakuten och prehospitala aktörer.

- **Resultat:**

Samverkan sker i mötesform, ca 4 möten per år. Under 2019 definierades kontaktpersoner för de olika prehospitala aktörerna, vilket gav mycket goda förutsättningar för spridning av information inför flytt till hus 52.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Inför flytt till nya lokaler genomfördes gemensamma simuleringsövningar.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Fortsatta samverkansmöten.



Samverkan Danderyds Närakut, SLSO

- **Mål/Syfte**
Att främja ett gott samarbete med Närakuten Danderyd.
- **Resultat:**
Regelbundna samverkansmöten varje månad. Under 2019 har stor fokus legat på hänvisningar.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
Rutiner och riktlinjer, som styr det akuta omhändertagandet om ett akut sjukt barn skulle ankomma till Närakuten eller till akuten DS, har setts över och reviderats.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Fortsatta samverkansmöten.

Samverkan Psykiatri

- **Mål/Syfte**
Att främja samarbetet mellan akutkliniken, medicinkliniken samt psykiatrin på DS.
- **Resultat:**
Samverkansforumet har funnit sedan 2014. Året som passerat har inneburit viss problematik att mötas då det varit omorganisation inom psykiatrin. Efter diskussion i forumet, framkommer dock att samverkansforumet bör kvarstå även framledes.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
Översyn av riktlinjer och genomgång av avvikelser.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Översyn av riktlinjer och genomgång av avvikelser.

Samverkan 1177/Med Help

- **Mål/Syfte**
Främja ett gott samarbete med 1177.
- **Resultat:**
Förfining av den telefontjänst som finns för patienter som ringer och söker Danderyd akuten har genomförts under hösten.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
Översyn och förbättring av telefontjänst.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Fortsatt arbete med att förbättra telefontjänsten för patienterna via fortsatt samverkan.



Samverkan MAS (medicinskt ansvariga sjuksköterskor kommunen) Norrort

- **Syfte**
Främja effektiv, säker och personcentrad vård för äldre i regionen.
- **Mål 2019:**
Samverkan med de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i närliggande kommuner har inte legat i fokus 2019, varvid inga mål specificerats.
- **Resultat och analys:**
Ingen regelbunden och organiserad samverkan har skett under 2019 då fokus istället legat på en effektiv och säker flytt till nya lokaler.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:** Inga då samverkan legat på is.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Återupprättad samverkan under 2020.

Samverkan inom Akutvårdsrådet , fd Spesak

- **Mål/Syfte**
Delta i samverkan för att främja jämlik och effektiv akutvård genom att utbyta kunskap och erfarenheter samt anta gemensamma strategier och överenskommelser för akutvård i Region Stockholm och Gotland.
- **Resultat 2019:**
Spesak/Regionalt akutvårdsråd träffas 1 ggr/månad á 2 timmar. Under 2019 har mycket samverkan kretsat kring genomförda och planerade flyttar till nya lokaler för akutsjukvård i regionen. Vidare har kvalitetsutfall följts upp och ett förslag på en ny kvalitetsindikator överenskommit. Under 2019 har utvecklingen av den regionala kunskapsorganisationen medfört förändringar i samverkansstrukturen och den gruppering som tidigare benämndes Spesak modifierats och anpassats till den nationella kunskapsstyrningen samt regionala förutsättningar och målbilder, genom formering av två nya grupper; dels RPO Akutvård och dels Akutvårdsrådet.
- **Planer 2020:**
2020 kommer innebära fortsatt arbete med förtydligande av uppdrag och fokus för de nya grupperingarna.

Vårdutvecklarnätverket Akutmottagningsvård Region Stockholm

- **Mål/Syfte**
Främja effektiv verksamhetsutveckling av akutvården genom erfarenhetsutbyten och konkreta samarbeten.
- **Resultat:**
Verksamhetsutvecklare från de olika akutmottagningarna i regionen träffas på månatliga möten. Representant från DS har deltagit i samtliga tre möten som hållits under hösten. Nätverket som varit vilande en tid, startade åter upp hösten 2019. Under hösten beslutades att åter gemensamt



arrangera en utbildning i akutvård för undersköterskor verksamma på de olika akutmottagningarna i regionen. Utbildningen planeras ske hösten 2020.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
Inga specifika projekt genomfördes under 2019.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Planering och genomförande av akutvårdutbildning för undersköterskor.

Operativ samverkansgrupp för utveckling av Akutliggaren

- **Mål/Syfte**
Bidra till utvecklingen av Akutliggaren för att främja effektiv, säker och ändamålsenlig akutvårdsinformatik.
- **Resultat:**
Representanter från eHälsa likväl som vårdinformatik- och dokumentationsansvariga från de olika akutmottagningarna träffas, för att föreslå och driva utveckling av Akutliggaren på basis av gemensamt identifierade förbättringsbehov. Gruppen upprättades under hösten och ett möte har hållits.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
NEWS2 har fått en egen kolumn i Akutliggaren och på första mötet diskuterades RETTS uppdateringar och NEWS.
- **Planerat förbättringsarbete 2020:**
Initiala fokus för diskussioner 2020 kommer vara möjligheterna att i Akutliggaren kunna visualisera ledtider samt dokumentation av omvårdnadsbehov.

SVD/INKA (FVM förberedande samverkan)

- **Syfte:**
Verka för god utveckling av vård- och hälsoinformatik i region Stockholm.
- **Mål:**
Att delta i och påverka det regionala informatikkvalitetsarbetet och utvecklingen av strukturerad vårddokumentation (INKA och SVD) genom att delta i arbetsgrupper som berör det akuta omhändertagandet.
- **Resultat:**
Under 2019 identifierades två arbetsgrupper där närvaro ansågs relevanta; "Hänvisningsstödet" och "Riskbedömningar Fall, Undernäring och Trycksår", varvid vi deltog i båda.
- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**
Under hösten har arbetet handlat om att regionsgemensamt enas om termer och begrepp för gemensam standardiserad dokumentation. Arbetet är nu i slutfasen.



- **Planerat förbättringsarbete 2020:** Arbetsgrupperna ska slutföra sitt arbete och därefter kan en ev implementering komma att bli aktuell.

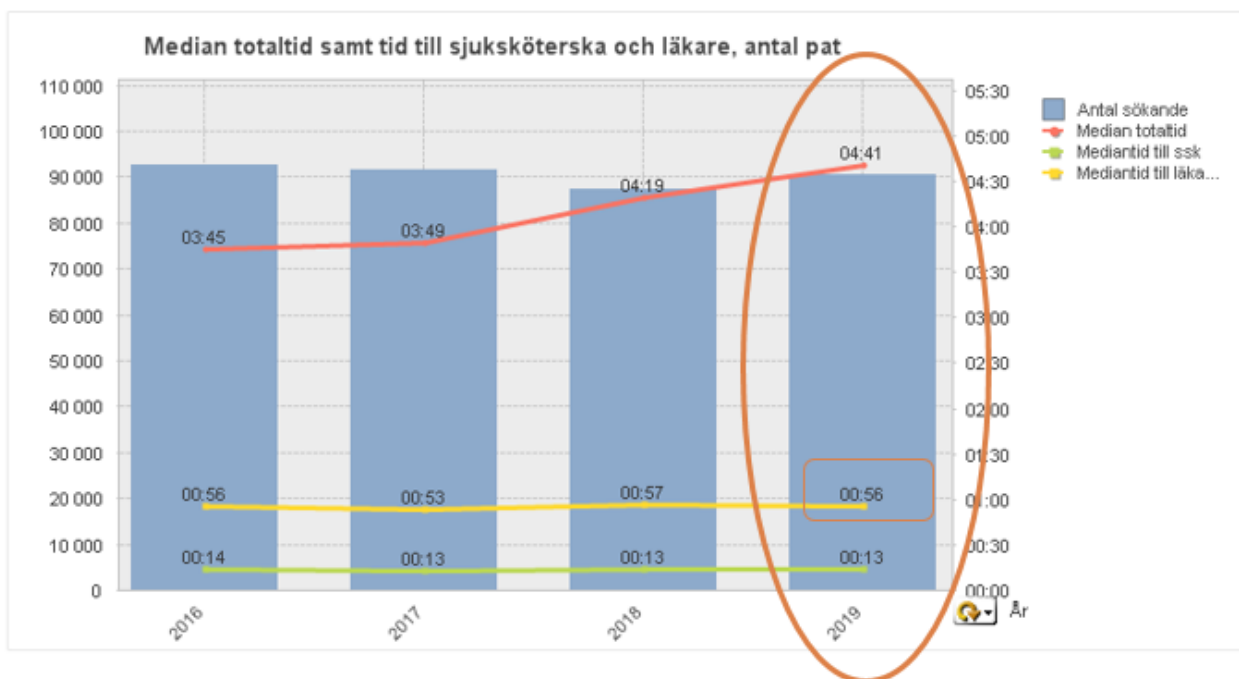
TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING:

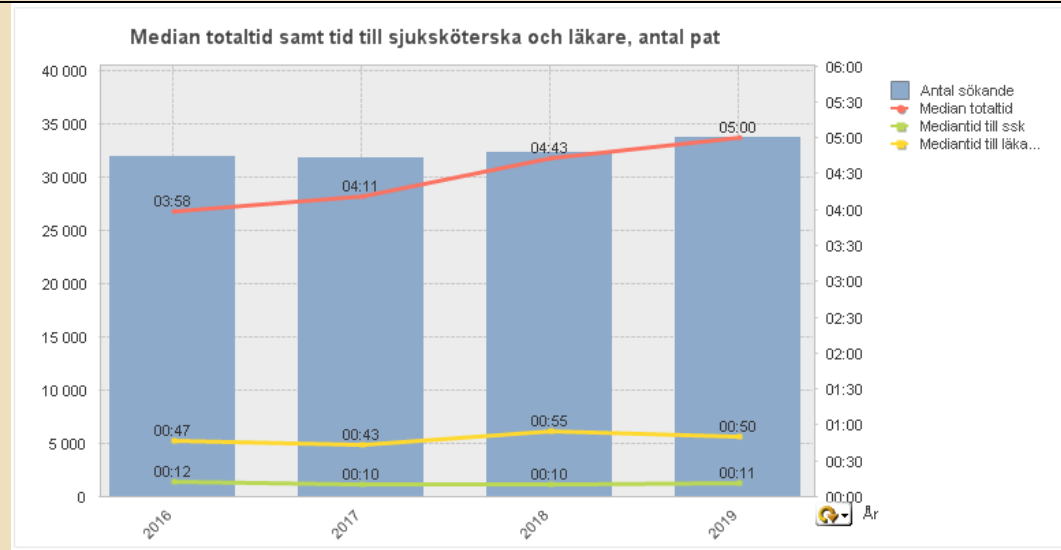
- **Resultat: 56 minuter**



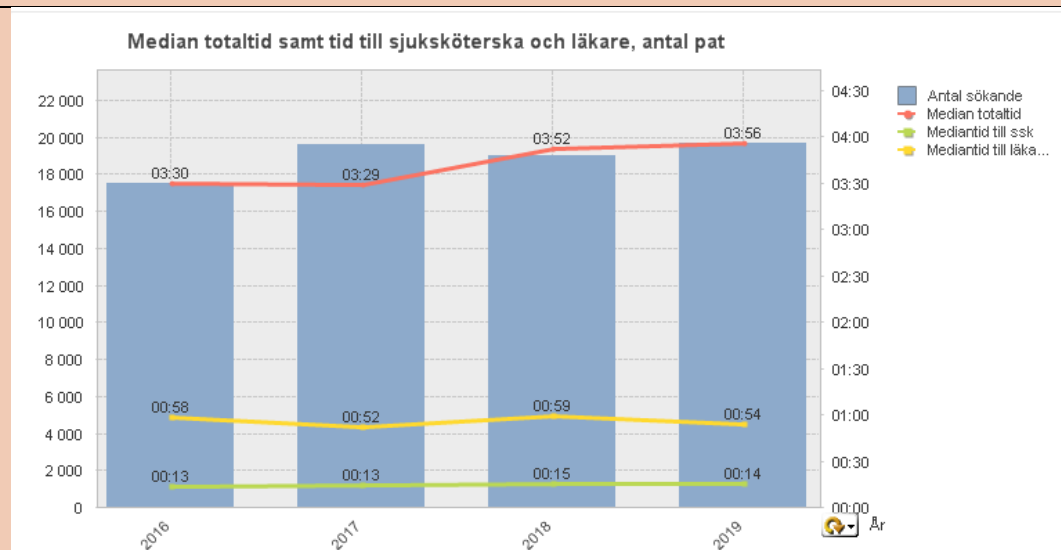
- **Analys:**
Medianen för den totala vistelsetiden har ökat mellan 2018 och 2019, men vid jämförelse av mediantiden till första läkarbedömning är den i stort oförändrad. Variationer ses dock på sektionsnivå där olika arbetssätt för preliminärbedömning skapar variation i utfallet. De sektioner som upprättat en funktion där läkare utför snabb preliminärbedömning, har i snitt bättre ledtider till första läkarbedömning. Den kortare väntan till läkare ses dock endast under dagtid då funktionen är bemannad. Under natt och jourtid blir ledtiderna genast längre.



Medicin- och neurologsektion

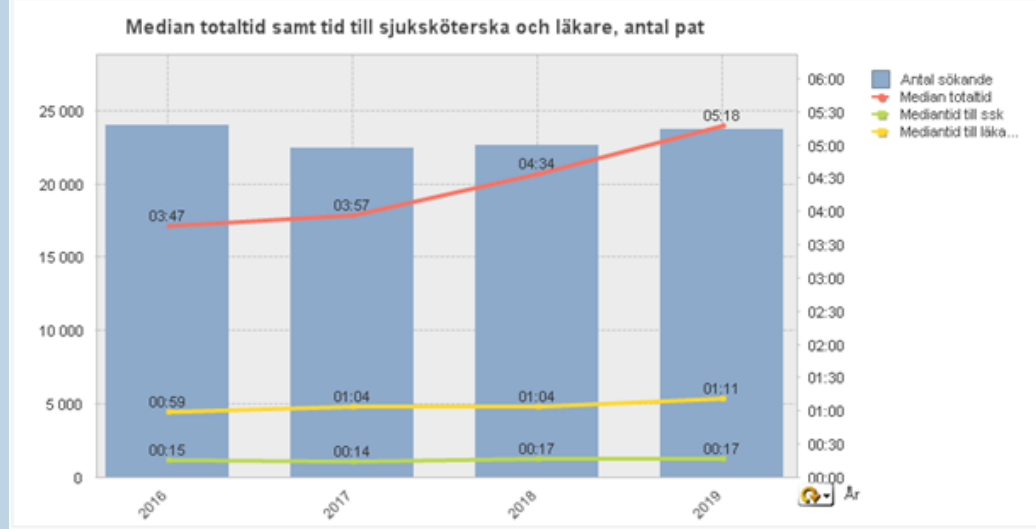


Hjärtsektionen

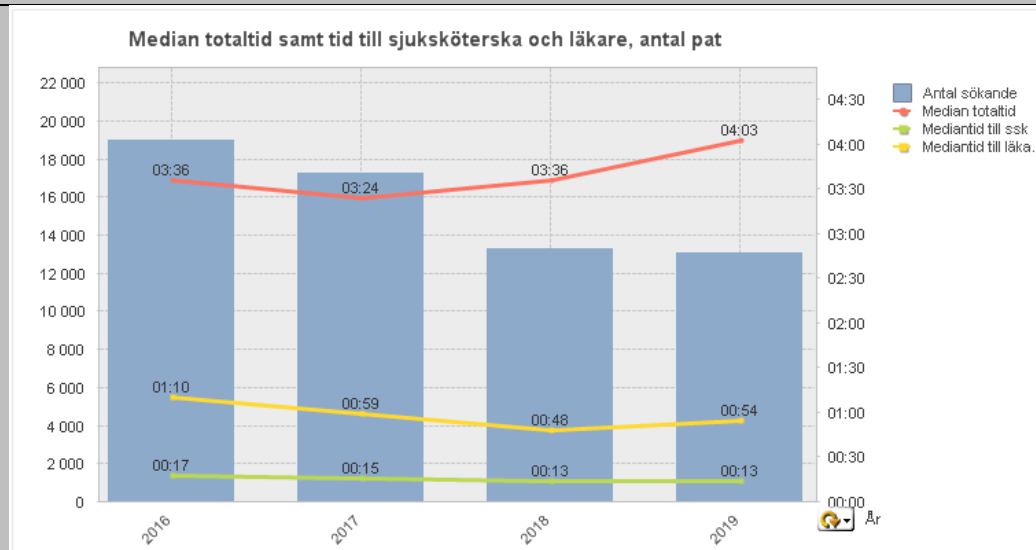




Kirurg- urolog sektionen



Ortopedsektionen



- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Hjärtsektionen och medicinsektionen har inrättat och välfungerande funktioner för preliminärbedömning under dagtid. Kirurg- och urologsektionen har under hösten tagit fram nya arbetssätt med bl.a. förändrade rutiner för snabbare första läkarbedömning.

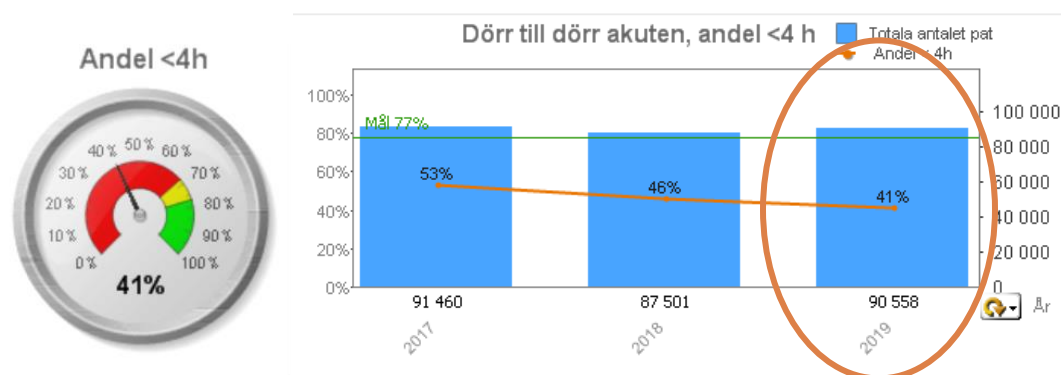


- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

De nya arbetssätten på kirurg- och urologsektionen kommer implementeras under våren 2020. De förlängda ledtider som ses under natt och jourtid har stor negativ effekt på de totala ledtiderna. För att nå målet med läkarbedömning inom 40 minuter, kommer fokus 2020 ligga på att arbeta fram fungerande rutiner för tidig läkarbedömningen även under natt och jourtid.

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

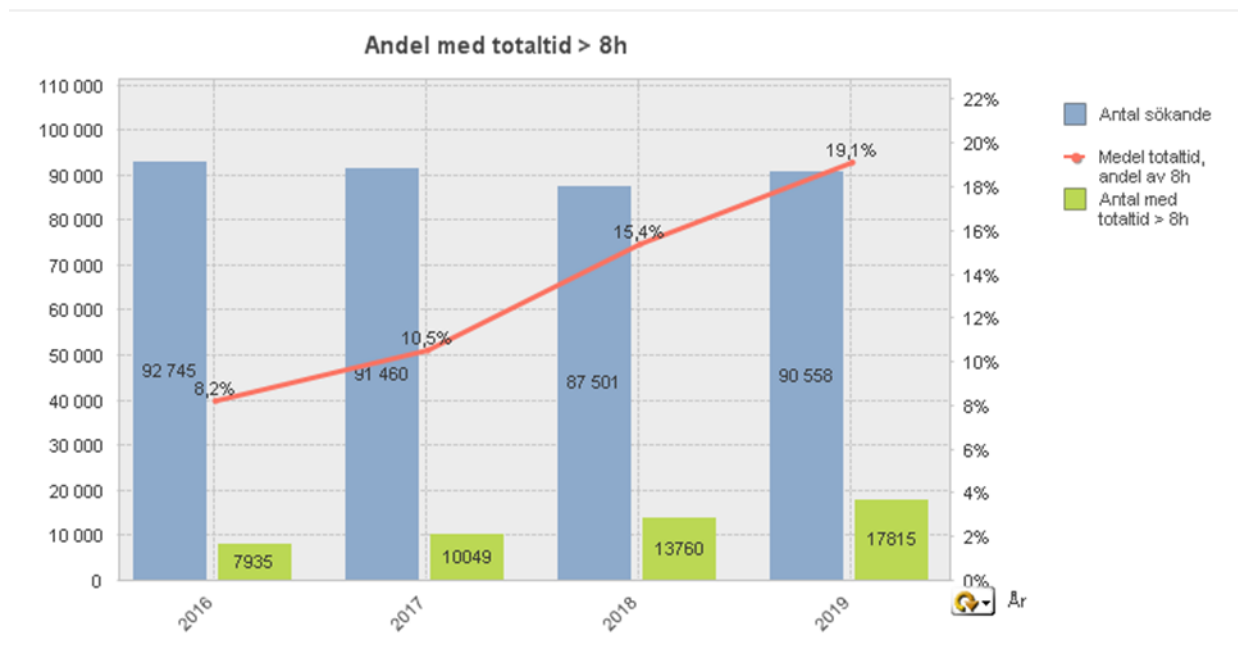
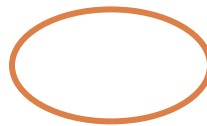
- **Resultat: 41%**



Resultatet för indikatorn "Andel patienter med högst 4 timmars vistelsetid" fortsätter att dala även 2019, och målvärdet på 65% uppnås ej.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID > 8 TIM

- **Resultat: 19,1%**



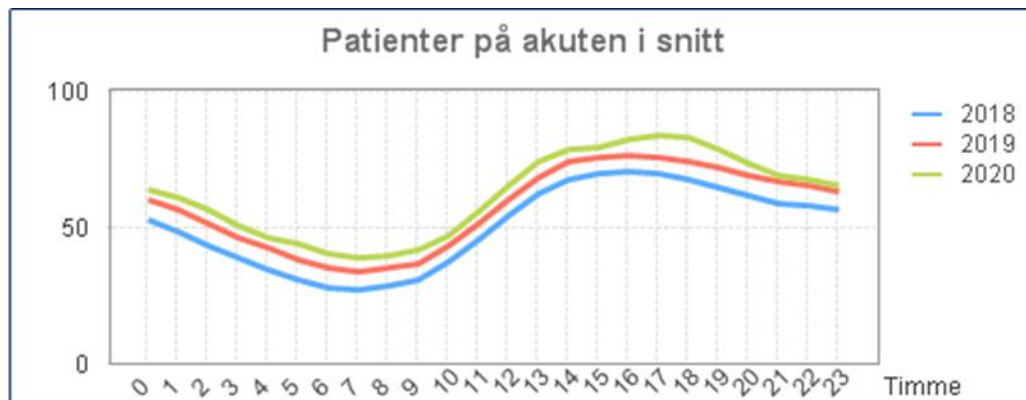
Resultatet för indikatorn "Andel patienter med vistelsetid över 8 timmar" fortsätter att öka även 2019.

- **Analys:**

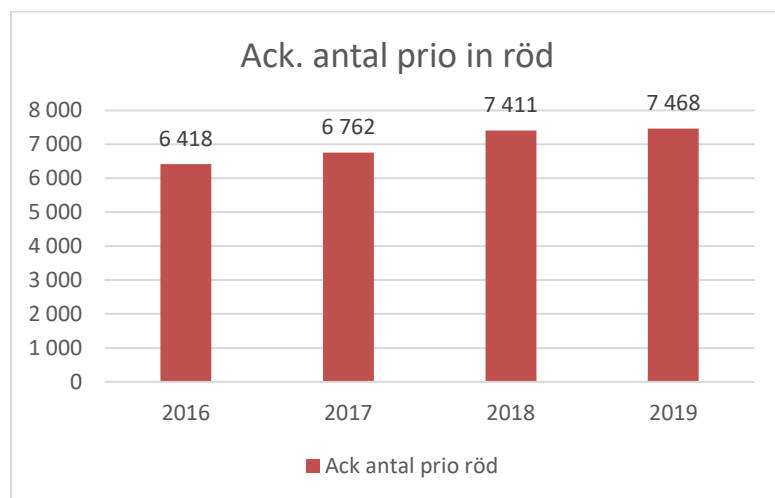
Vid jämförelser av de tre senaste årens utfall, ses att både antal och andelen patienter som vistas längre tid på akuten ökar, varvid andelen patienter som lämnar akuten inom 4 timmar minskar medan andelen med vistelsetid över 8 timmar har ökat.



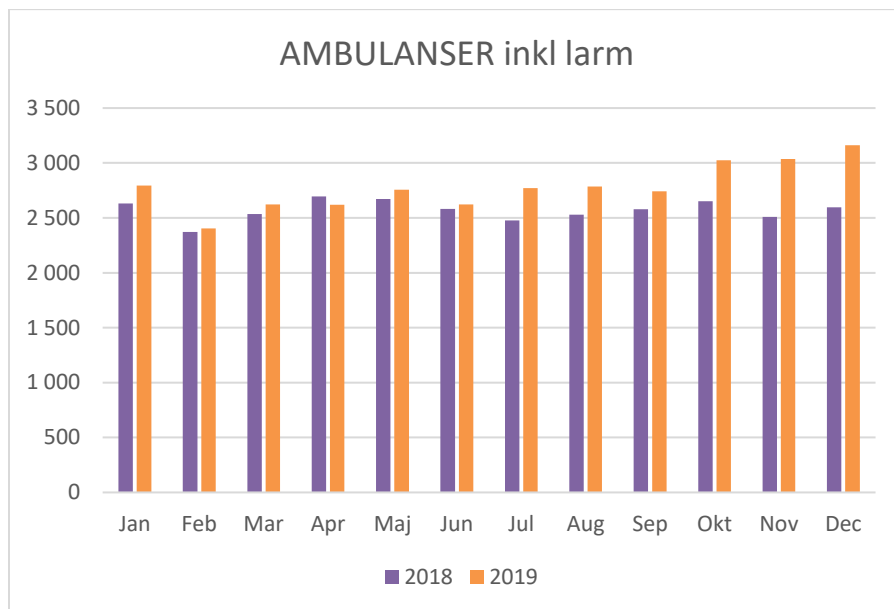
Den främsta orsaken till de långa vistelsetiderna på akuten beror på avflödeshinder, framför allt bristen på tillgängliga vårdplatser, vilket leder till överbelastning på akuten, med ökande antal patienter på akuten per timma, sk "crowding".



Som en effekt av den regionala omstyrningen och öppnande av närakuter, har under de senaste tre åren, det totala antalet besök till akuten minskat något. Detta har dock inte medfört någon avlastning för akutmottagningen som, helt i enlighet omställningsplanen, istället tar emot patienter som söker för mer allvarliga tillstånd, dvs andelen med högre prioriteringar har ökat och andelen enklare akuta fall har flyttas till närakuten.



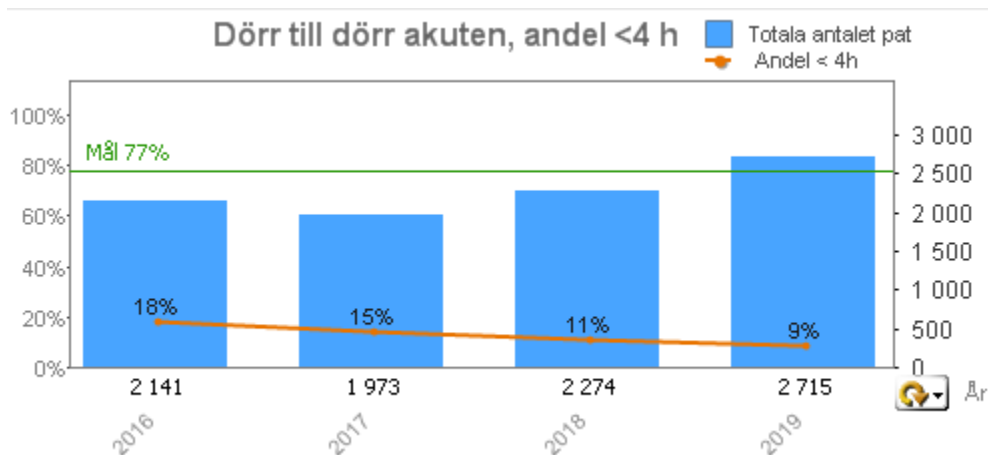
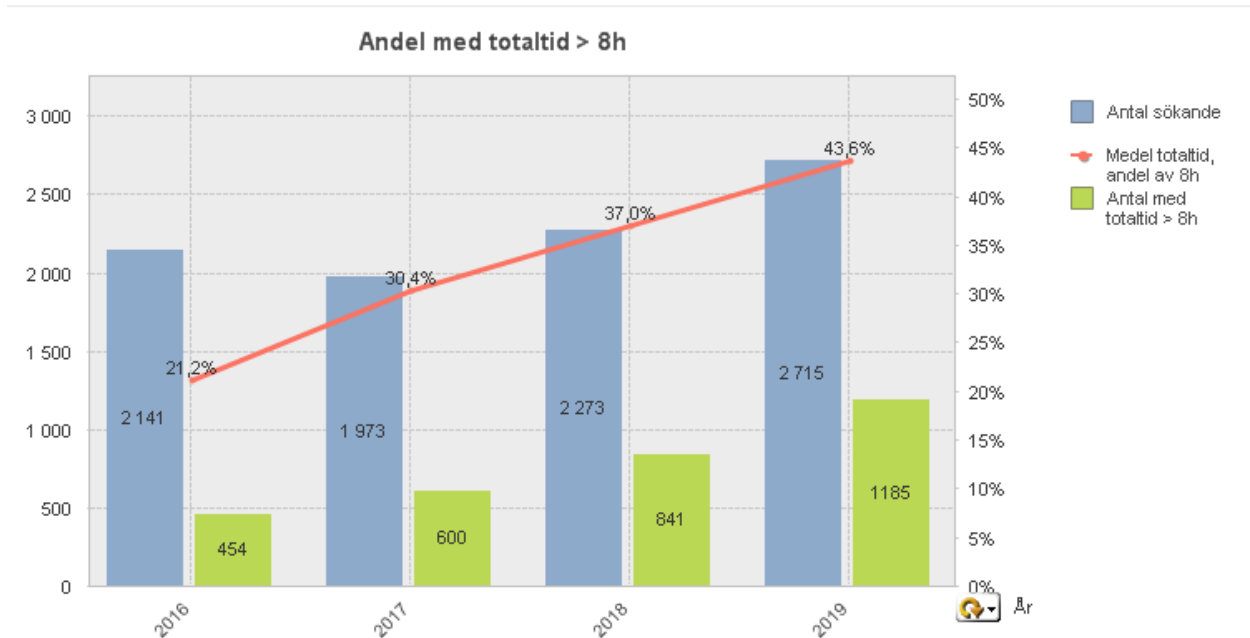
Under 2018 sågs förändringen ffa genom ökningen av andel "röd prio in" medan 2019 har speglats av ökade andelar patienter som prioriterats orangea och gula. Trots att andelen "röd prio in" i stort ligger oförändrad mellan 2018 och 2019, så ses under hösten 2019, en ökning av antal patienter som inkommer med ambulans, vilket kräver mer resurser i mottagandet än hanteringen av ett gående inflöde gör.



Trots att det är svårt att påvisa i mätetal, så är upplevelsen också att andelen patienter med bakomliggande sjukdomar och/eller skörhet har ökat. Detta innebär att patienter, förutom utredning och behandling av orsaken till det akuta besöket, även behöver vård för sina andra tillstånd under akutvistelsen. Vårdbehovet är alltså större än vad endast besöksorsaken och prioriteten antyder. Sammanfattningsvis är således uppfattningen, att trots att antalet patienter minskat något så har det totala vårdbehovet ökat. Ett ökat vårdbehov innebär en ökad omfattning arbete för akutmottagningens ledningsansvariga och vårdteam.

Ca 1/3 av patienterna som söker akut läggs in på sjukhuset. Av dessa lämnar 42 % akutmottagningen inom 4 timmar och 21% blir kvar på akuten i över 8 timmar. Stora skillnader i ledtider och andelar patienter med långa vistelsetider, ses mellan de olika sektionerna. Detta tros framförallt kopplas till respektive verksamhetsområdes tillgång på tillgängliga vårdplatser. Trots eftersträvan att nyttja sjukhusets totala vårdplatskapacitet, är det viktigt för vårdkvalitén att patienter i största möjliga mån läggs in på avdelningar specialiserade för att utreda och behandla patientens specifika besvär. När dessa vårdplatser är få, blir det avgörande att de patienter som har störst behov av dem prioriteras. Utredningar som tidigare kunde ske inneliggande på sjukhuset sker nu i större utsträckning under vårdtiden på akuten, då svaren på dessa är avgörande för om patienten anses prioriterad till en specifik vårdplats eller ej. Provtagningar, utredningar och konsultationer tar tid att utföra vilket i sin tur gör fyra timmars målet mycket svårt att nå i de fall där flera och långa utredningar krävs.

3% av patienterna skrivs ut till geriatriken. Inom denna kategori har 43% av patienterna en vistelsetid på över 8 timmar och endast 9% skrivs ut inom 4 timmar.



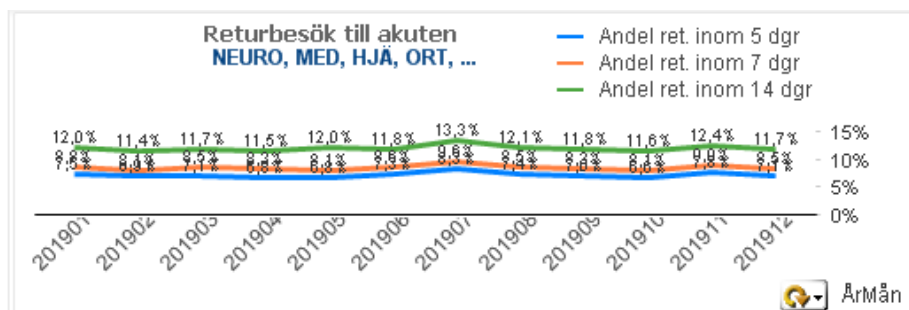
Den största andelen patienter, 70%, går åter till hemmet efter att de besökt akuten. Inom gruppen patienter som går åter hem, lämnar 46% akuten inom 4 timmar. Akutsjukvården är mycket komplex och indikatorutfallen beror på flera bakomliggande orsaker. Majoriteten av dessa orsaker står i beroende till varandra, och förändringar eller påverkan inom ett område skapar dominoeffekter på flera andra. Förutom den expanderande belastningen på akuten, vilket skapar långa ledtider, så kommer patienter som erhållit en lägre prioritet vid ankomst inte omhändertagade lika skyndsamt, vilket gör att uppstarten av handläggningen förskjuts, vilket skapar längre vistelsetid. Vidare ses en ökad andel av patienterna med inläggningsbeslut, istället för att bli inlagda, färdigvårdas på akuten. Att ge "slutenvård" till patienter på akuten, genererar långa vistelsetider, vilket ökar belastningen. Allt detta sammantaget skapar negativ inverkan på totalutfallen.



Trots utmaningarna i verksamheten, ser siffrorna bättre ut för gruppen som är i behov av direktomhändertagande dvs de patienter som prioriterats som röda och orangea. Av dessa patienter lämnar 68% akuten inom 4 timmar, och inom gruppen "röd prio ut" gäller detta 99% av patienterna. För gruppen gula, gröna och blå-prioriterade patienter ligger andelen som lämnar akuten inom 4 timmar på 41%.

Verksamhetsområden som lyckats skapa processer som startar på akuten och sedan stäcker sig hela vägen in till slutenvården uppvisar generellt bättre ledtider. En annan viktig del är förmågan att kunna ställa om från låg till hög belastning och vise versa. Sektionsspecifika arbetssätt, kompetens och erfarenhet, bemanningsmöjligheter och strategier för ledning- och styrning påverkar också utfallet. Som ett exempel kan nämnas de längre ledtider som noterats på hjärtsektionen och medicinsektionen efter det att verksamheterna flyttat till nya lokaler och arbetssätten inte ännu trimmats in.

Det ska dock noteras att de största förändringarna på ledtider och förkortning av vistelsetider sällan härrör från optimering av interna processer på akuten, utan snarare handlar om möjligheterna att begränsa inflöde och optimera avflöde.



Två patientgrupper som i och för sig är relativt få till antalet, men som ändå i relation till minskat inflöde, skulle behövas tittas lite närmare på, är de oprioriterade patienterna samt de dryga 10% som kommer åter till akuten inom 14 dagar. Med bättre kunskap om dessa grupper och deras behov kan vidare arbete bedrivas för att rätt patient ska ges rätt vård, på rätt plats, samtidigt som inflödet till akuten möjligen skulle kunna reduceras något.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM FÖR PAT >80 ÅR. MÅL <97 %

- **Resultat: 75%**



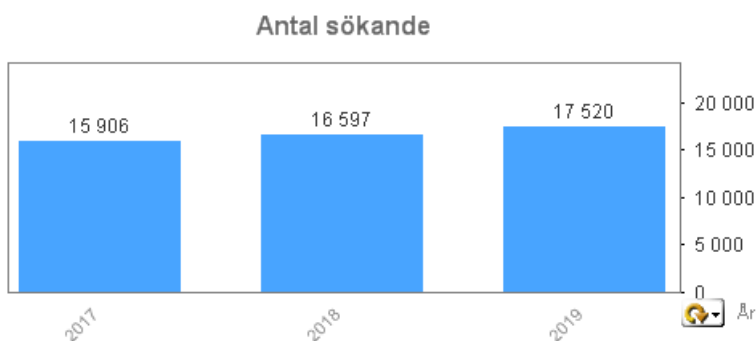
Andel 80+ totaltid < 8h 2019



Resultatet för indikatorn "Andel patienter över 80 år med vistelsetid under 8 timmar" fortsätter att dala även 2019, och det är en lång väg kvar till målvärdet på 97%.

- Analys:**

Antalet äldre sökande har stadigt ökat de senaste tre åren och 2019 utgör patienter över 80 år 19% (17520 av 90558) av de akuta besöken.



För de äldre 80+ patienterna ses sedan 2017 en ökning av medelvårdtiderna med ca 1-3 timmar per besök och 2019 är det endast 30% som skrivs ut inom 4 timmar, respektive 75% inom 8 timmar.

Inom gruppen äldre återfinns fler multisjuka likväl som en större andel med lägre egenvårdsförmåga på grund av sviktande fysiska och kognitiva funktioner. Långa vistelsetider på akutmottagningar innebär således ökade risker för äldre varvid kortare vistelsetider för gruppen eftersträvas. I flera år har arbete för att främja ett snabbt och säkert omhändertagande bedrivits inom ramarna för det sk Silverspåret. Möjligen är det tack vare denna process, vilken innebär att äldre och ska patienter ska prioriteras framför yngre inom samma prioritetsgrupp, som vi ser marginellt bättre resultat för de 80+ som skrivs ut åter till hemmet (84% under 8 timmar) eller läggs in på sjukhuset (79% under 8 timmar) vid jämförelse med totalutfallet. Gruppen äldre som remitteras för inläggning på geriatriker har de längsta medianvistelsetiderna på akuten och endast 68% skrivs ut inom 8 timmar från ankomst.



Orsakerna till de äldres långa vistelsetider är primärt de samma som nämnts ovan, avflödesproblemen, med tillägget att äldres tillstånd ofta kräver flera utredningar och undersökningar, vilket i sin tur tar lång tid. Äldre har också ett större omvårdnadsbehov varvid den patientnära vården i större utsträckning behöver individanpassas vilket kräver mer tid och resurser.

FÖRBÄTTRINGSARBETE RELATERAT TILL:

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID > 8 TIM

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM FÖR PAT >80 ÅR. MÅL <97 %

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Förbättringsarbete bedrivs främst på sektionsnivå och i samverkan med respektive sektions verksamhetsområden. Goda kvalitetsutfall eftersträvas genom utveckling av lösningar som minskar arbetets omfattning (belastningen) samt främjar att befintliga resurser nyttjas på bästa sätt. Förbättringsarbeten med effekt på inflödet och externt avflöde sker framförallt utanför akuten och möjligheter att påverka och bidra handlar då mycket om samverkan.

Under 2019 har stora delar av akutens verksamhet flyttat till nya lokaler vilket har skapat bättre förutsättningar för både mottagande och effektiva processer. Närhet till interventionsenheter och röntgen skapar kortare ledtider och ökar förutsättningarna för smidig access till undersökningar och behandlingar. I samband med flytt implementerades även Hänvisningsstödet, vilket är ett regiongemensamt beslutstöd som används som ett slags triageringsinstrument vilket skapar bättre förutsättningar för att patienter ska få vård på rätt nivå.

Många förbättringsarbeten som genomförts handlar om optimering av interna processer varav flera med syftet att bättre hantera kända toppar och dalar. Den ökade andelen patienter som inkommer med ambulans, har hanterats med bemanningsförändringar i form av ökat antal larmteam. Flera förändringar avseende resursfördelning, har setts över samt planerats för eller genomförts på flera sektioner. Som exempel kan nämnas att medicinsektionen bemannat upp med ökat antal läkare dagtid samt kirurgsektionen som planerat för förändringar i läkarbemanningen med start 2020. För att optimera ledning och styrning, har flera sektioner sett över ledningsläkarfunktionen och vårdlogistiska funktioner i form av flödessjuksköterskor har testats. Vidare förbättringar har handlat om ökning av kompetensnivån på akuten, ex finns nu infektionskonsulter på plats på akuten all dagtid, och på kvällar är de nåbara per telefon. Under 2019 har även en mycket lyckad rekryteringsprocess av sjuksköterskor genomförts vilket skapar framtida förutsättningar för stabilitet och succesiv ökning av den fasta omvårdnadskompetensen på akuten.

2019 har även flera förbättringsarbeten som syftar till att skapa bättre verktyg och stöd för korrekt och effektivt kliniskt arbete genomförts. På hjärtsektionen har processer, rutiner och arbetssätt gjorts tillgängliga och visualiserade på planscher på expeditionen samt lättfunna via



en ny app-lösning. Kirurg- och urologsektionen har tagit fram översikter på arbetsbeskrivningar och ledtider, vilka kommer börja användas i verksamheten från och med våren 2020.

Förbättringsarbeten med fokus på effektiva patientprocesser har också genomförts. Exempelvis har ortopedsektionen tittat närmare på de vanligaste akuta diagnoserna och tydliggjort vem som ansvar för vad och när. Snabbspår för sepsis har implementerats under 2019, vilket ger förutsättningar för ett säkert och effektivt omhändertagande.

För att främja effektivt avflöde från akuten till slutenvården har flera förändringar skett på sjukhusnivå. Bland annat så har en akutvårdsavdelning (AVA) öppnats upp samt ett antal dagvårdsenheter. Sedan AVA öppnades sker intag till avdelning direkt från larmrum.

Verksamhetsområde medicin har testat lösningar som innebär att slutenvården tar emot extra överbeläggningar på förmiddagen vilket främjar avflödet från akuten till slutenvården i början av dagen. Öppningen av kirurgens dagvårdsavdelning har medfört att patienter som innan kom på återbesök till akuten nu istället genomför återbesöket på KUDVA.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Förbättringsarbete kommer bedrivas på basis av identifierade behov. För att detta ska göras effektivt, är det viktigt att aktiviteterna svarar mot bakomliggande orsaker. Att identifiera bakomliggande orsaker och samband mellan dessa är extra utmanande i komplexa verksamheter varvid och möjligheten att genomföra FRAM-analyser kommer ses över under 2020.

Med utgångspunkt i rollen "flödessjuksköterska" kommer sektionerna gemensamt att arbeta vidare med en akutgemensam generisk funktion för flödeshantering på sektion.

Under våren 2020 planeras större förändringar av arbetssätt på kirurg- och urologsektionen i samband med flytt till nya lokaler. Ortopedsektionen kommer även den att flytta till renoverade lokaler under våren, varvid en översyn av arbetssätten sannolikt kommer att bli aktuellt.

Det finns förhoppningar om bättre vårdplatsläge 2020, i och med att kommunerna från och med årsskiftet kommer ha kortare tid på sig att ta över färdigbehandlade patienter från slutenvården vilket förväntas främja avflödet från slutenvården. Om väntan på utskrivning förkortas skapas tillgängliga vårdplatser vilket kan medföra smidigare avflöde från även från akuten.



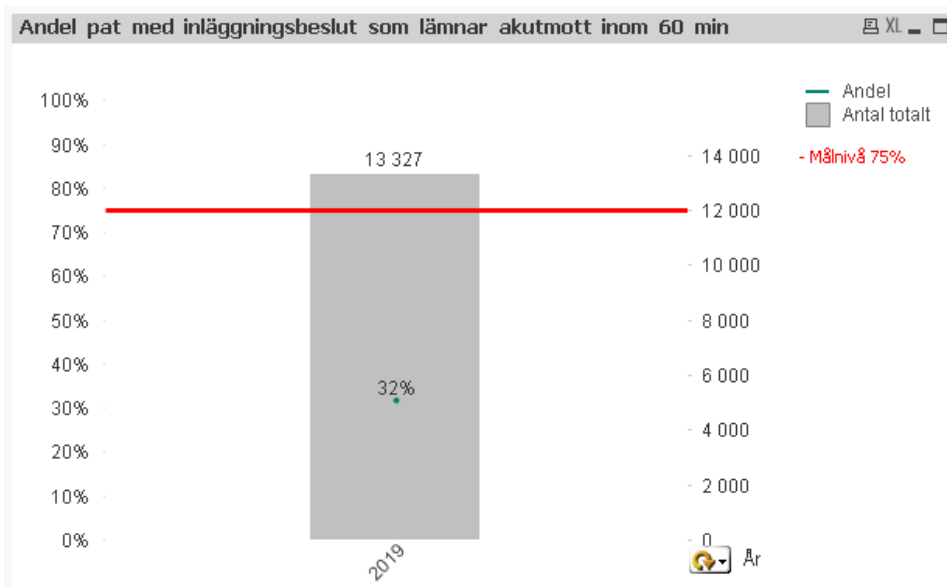
2020 övergår Danderyds geriatriken från SLSOs regi till Danderyds sjukhus.

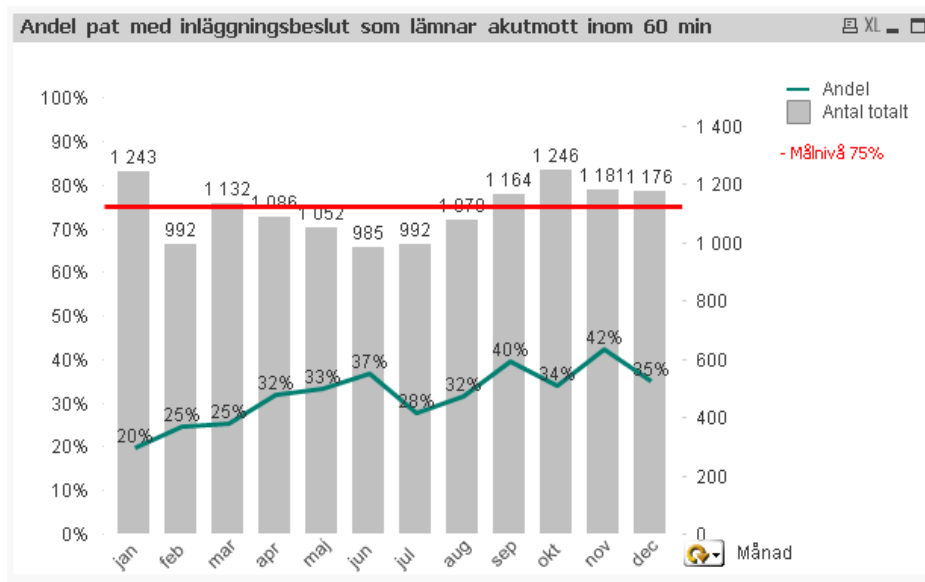
Samverkanmöte mellan akuten och geriatriken hölls redan under hösten 2019 och utveckling av effektiv vård för äldre kommer fortsätta under 2020.

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 75% mån-fre 8.00-21.00

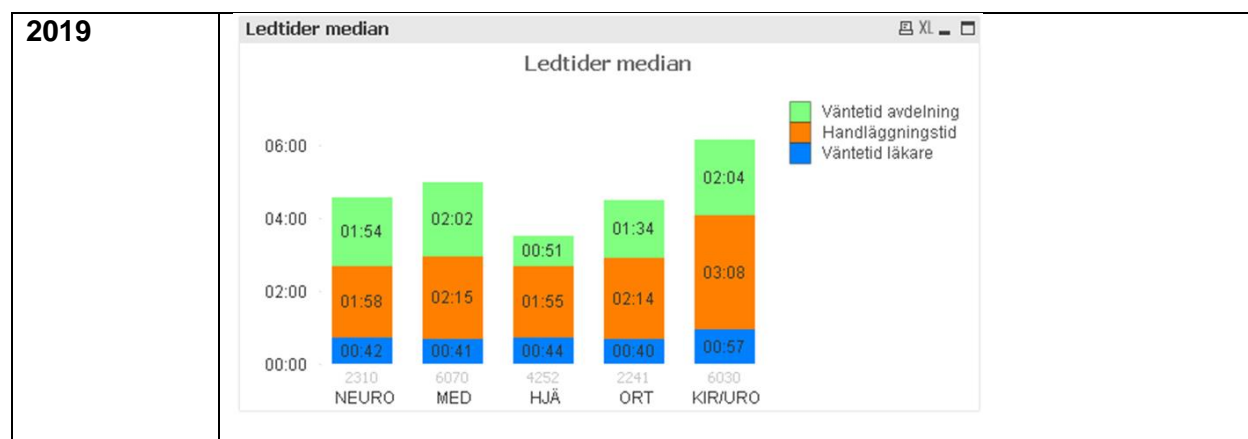
- **Resultat:** 32%

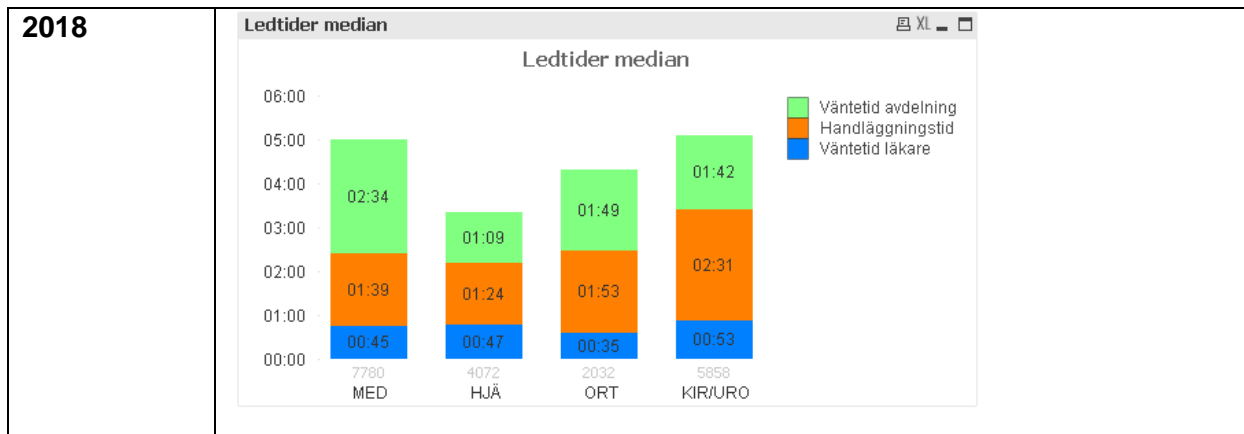




- Analys:**

Under 2019 implementerades inläggningsprocessen att gälla samtliga verksamhetsområden och sektioner. Inläggningsprocessen sker i gränssnittet mellan akuten och slutenvården och är en samverkansprocess mellan läkare och sjuksköterskor på akuten, vårdplatskoordinatorer, avdelningskoordinatorer, vaktmästarna på interna transporter och mottagande sjuksköterskor på avdelningarna. Syftet med processen är en snabb och smidig inläggning på avdelning efter det att patienten är klar att läggas in från läkare på akuten. Mätningen startar då inläggande läkare skapar aktiviteten ”Inläggsbeslut” i Akutliggaren. Aktiviteten anläggningsbeslut får inte skapas före att läkaren utfört de överenskomna inläggningsaktiviteterna, vilka bl.a. består av specificerat behov av avdelnings typ och vårdplats, en skriftlig rapport till mottagande sjuksköterska samt en dikterad inläggningsanteckning. Vidare, om 4 timmars målet ska nås, behöver alla handläggningsaktiviteter vara klara och inläggningsbeslutet skapat inom tre timmar från det att patienten skrivs in på akuten.





Sedan implementering av Inläggningsprocessen ses inga större förändringar i ledtiden "väntetid till avdelning". Däremot ses en generell ökning av ledtiden "handläggningstid" mellan 2018 och 2019, vilket skulle kunna tyda på att en del aktiviteter som tidigare låg under ledtiden "väntetid till avdelning" flyttats till ledtiden "handläggning" i och med den nya rutinen. Det nya arbetssättet ter sig inte under 2019 haft någon märkbar inverkan på total medianvistelsetid, vilken ökat något de senaste tre åren. Endast på hjärtsektionen ses liknade mediantider mellan 2018 och 2019.

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

"Inläggningsprocessen" har breddinförts under våren. Efter breddinförande inkom synpunkter från vårdavdelningarna rörande den beslutade formen för skriftlig rapport. Kritiken rörde framförallt att rapporten var svår att läsa och tolka pga av hur den presenteras i Akutuppgifter. Under hösten träffades representanter från varje sektion representanter från respektive verksamhetsområdes slutenvårdavdelningar, för att diskutera hur svårigheten skulle kunna lösas. Olika alternativ lades fram till beslutsforumet "Taktiskt forum" som beslutade att en ny TakeCare mall skulle användas för skriftlig rapport. Följsamheten till inläggningsprocessen har fluktuerat över året och har diskuterats på sektionsmöten och utfallet har följts upp månadsvis. En viktig aspekt som diskuterats har handlat om att tillse att patienter som läggs in direkt till slutenvården från akutrum, kommer med i statistiken genom att aktiviteten inläggsbeslut dokumenteras.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Under våren 2020 planeras implementering av de nya mallarna för skriftlig överskriftningsrapportering. Fortsatta diskussioner om hur inläggningsprocessen kan optimeras och förfinas kommer vara aktuellt även under 2020.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERN REVISIONER OCH INSPEKTIONER



Internrevision avseende *Patientnära analyser (PNA)*

- **Revisionens syfte**

Granska PNA-processen utifrån uppsatta revisionskriterier och notera avvikelser samt områden för förbättring.

- **Revisionsunderlag**

Dokument i PNA-pärmar samt individuella intervjuer med MLA, ansvarig chef, PNA-ombud samt medarbetare.

- **Resultat och rekommendationer**

Sammanfattningsvis följer verksamhetsområdet rådande riktlinjer och rekommendationer och revisionen fann att det patientnära arbetet med PNA som välfungerande.

Revisionen konstaterade dock ett antal förbättringsområden:

- verka för ökad samsyn avseende ordinationsprocessen
- verka för att utarbeta rutiner för vidimering av PNA-svar
- tydliggöra kostnad per prov för att öka kostnadsmedvetenheten bland kliniskt verksamma
- se över/ev uppdatera utbildningsinnehåll samt se över hur bäst nå ut till en stor medarbetargrupp

- **Genomfört förbättringsarbete 2019:**

Inga specifika åtgärder har kunnat prioriteras sedan revisionen i november 2019.

- **Planerat förbättringsarbete 2020:**

Arbete med rekommenderade åtgärder kommer ske inom PNA-processen samt på respektive sektion för att möta rekommendationerna från revisionen.