



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

VERKSAMHETSOMRÅDE: AKUTSJUKVÅRD

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

EV. RELEVANTA KVALITETSREGISTERUTFALL

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

Registerdata till SVAR (Svenska Akutvårdsregistret)

- **Syfte:**
Att främja utvecklingen av kvalitativ akutvård (24-timmars akut omhändertagande) genom rapportering till registret.
- **Mål och resultat 2020:**
Under 2020 sattes målet att upprätta kontakt med registerhållare samt att undersöka huruvida registerdata kan användas för att mäta utfall och följa upp effekten av lokala projekt- och processarbeten. Pga av Corona-pandemin har dock inget av dessa mål prioriterats för genomförande.

Resultatet har utgjorts av fortsatt automatisk dataöverföring.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**
Initiera dialog med registerhållare samt att undersöka om och på vilket sätt registerdata kan användas för att mäta utfall och följa upp effekten av lokala projekt- och processarbeten.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

ANDEL INLAGDA PATIENTER (EJ PRIO RÖD UT) MED KOMPLETT NEWS2 TAGET INNAN PATIENTEN LÄMNAR AKM

Datakälla: Akutliggaren

- **Mål: > 0%**
- **Resultat: 0%**
Förberedelser har initierats men arbetssättet har inte implementerats pga. av pandemihanteringen.
- **Analys:**
Så snart hanteringen av Coronapandemin tillåter kommer arbetssättet implementeras.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
Förberedelser så som diskussioner och viss planering inför implementering har genomförts under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**
Implementera nytt arbetssätt med effekten att resultat motsvarar målvärdet för kvalitetsindikatorn uppnås.

EV.NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER SOM INFÖRTS 2020

Förändrat arbetssätt på kirurg/urologsektionen

- **Syfte:**
Att utveckla arbetssätt och organisation på kirurg/urologsektionen för att främja ett effektivt omhändertagande av patienter med kirurgiska och urologiska besvär.
- **Mål 2020:**
Att implementera en ny arbetsmodell på kirurg/urolog sektionen som genererar positiva utfall på ledtidsmått och upplevd arbetsmiljö.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

- **Resultat 2020:**

Implementeringsprocessen startade i januari och etapperna planering, inklusive mätningar före förändring samt en pilot genomfördes med initialt lovande resultat. Pga av Corona-pandemin uteblev etapperna mätningar av effekter på kvalitetsindikatorer och arbetsmiljö samt justering av arbetssätt. Dock genomfördes under pilot-testet kontinuerliga dialogmöten på Kirurg/urologsektionens styrgruppsmöten om effekterna av förändrade arbetssätt. Dessa samtal indikerade att det nya arbetssättet genererade önskade effekter.

- **Plan 2021:**

Så länge Corona-pandemin medför att akuten i sin helhet behöver vara organiserad enligt pandemihanteringsplan, kan projektet inte fortsätta. Så snart akuten återgår till arbete under normala förhållande kommer arbetet att återupptas enligt den redan lagda planeringen.

Hantering av Corona-pandemin

- **Syfte och mål:**

Att på ett säkert och effektivt sätt ge vård enligt rådande uppdrag och inriktningsbeslut till samtliga av akutens patienter under rådande pandemi.

- **Resultat 2020:**

En lokal epidemiberedskapsplan har upprättats, med utgångspunkt i sjukhusets gemensamma epidemiberedskapsplan. Akuten lokala epidemiberedskapsplan har i sin tur applicerats med avseende på rådande läge.

Akutmottagningen har arbetet med två typer av hantering för att kunna separera misstänkt smittade från icke misstänkt smittade; vård på zoner eller isolering av misstänkta och bekräftade smittor på enkelrum. Genomgående har hanteringen inkluderat initial triagering med sällning och sortering vid mottagande, identifiering och skydd av riskgrupper, 2-metersreglen och skyddsutrustning enligt senaste rekommendationer.

Under hela pandemin hanteringen har ett intensivt och kontinuerligt samarbete skett med övriga VOn med akutinflöde och Akutkliniken har lokalt upprättat effektiva organisationer för ledning och styrning, kommunikation och utveckling för att möjliggöra snabba beslut, skyndsamt planering och implementering samt informationsdelning. Det goda samarbetet på sjukhuset, akutens lokala pandemihanterings grupp och alla dedikerade och engagerade medarbetare som verkat på akuten under 2020 har skapat förutsättningarna som möjliggjort pandemihanteringen.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

- **Plan 2021:**

Arbetet med pandemihanteringen kommer fortgå så länge som det krävs enligt etablerade strukturer.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.

- Den i särskild mening viktigaste åtgärden för att öka patientsäkerheten 2020 var att initiera och vidmakthålla akutens operativa covid-19-grupp, med nyckelpersoner/funktioner från samarbetspartners till akuten. Gruppen arbetade operativt, genomförde förändringar i enlighet med beslut från FHM, Regionen samt DSLG.
- Även då pandemin genomsyrat år 2020 beslöt vi att fortsätta analysgruppsarbetet, om än i avskalad form, för att vidmakthålla en fortsatt god patientsäkerhet. Covid-19-relaterade vårdavvikelser integrerades direkt i den operativa Covid-19-gruppen. På det sättet kunde dessa hanteras direkt och arbetssätt förändras/korrigeras kvickt.

PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** Resultatet känns, trots lägre siffror, än sjukhuset i stort, relativt bra med tanke på rådande pandemissituation. Det har fortsatt varit hög arbetsbelastning under en unik och ny situation. Initialt rådde en stor sjukfrånvaro varvid många medarbetare nödgades arbeta extrapass. Detta anses vara en bidragande orsak till en trötthet och en uppgivenhet bland medarbetare som kanhända avspeglas i resultatet. Detta till trots har det totala HSE indexet för akuten har ökat (64 jmf med 2019 års 62).
- **Analys:** Akutkliniken har under flera år haft som patientsäkerhetsmål att helt avskaffa den skam- och skuldkultur som ofta råder i patientsäkerhetssammanhang. Enligt resultatet i HSE 2020 ser vi att detta har fungerat väl. Merparten av medarbetarna anser sig vara väl bemötta om de behöver hjälp, man rapporterar att man vågar prata om sina misstag och man påtalar om något är på väg att gå fel. Akutkliniken har även höjt medelvärdet gällande frågor som hanterar att förbättra arbetsrutiner om förutsättningarna förändras. Detta känns glädjande då pandemin har inneburit ständiga förändringar och ett nytänkande.
- **Planerat förbättringsarbete 2021: År 2020:s** förbättringsarbeten kommer att löpa under 2021 då förutsättningarna att ha genomfört dessa förra året inte varit de bästa. Vi kommer t fortsatt att tala öppet om avvikelser och på detta sätt försöka ta bort den skam- och



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

skuldbeläggningsskänsla som ofta råder i samband med inträffade händelser. Vår förhoppning är att under 2021 kommer sjukhuset mer övergripande att arbeta mer aktivt med flöden ut från akuten/sjukhuset. Under hösten 2020 startade vi en stor satsning med utbildning och information för samtliga medarbetare där centrum var etik och bemötande. Detta då en stor del av vård- och arbetsmiljöavvikelser likväl som externa ärenden bottnade i dessa ämnen. Tyvärr var vi tvungna att avsluta dessa då pandemisituationen ej tillät sammankomster på fler än 8 personer. Vår förhoppning är att avsluta dessa utbildnings- och planeringsdagar under 2021.

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Medarbetarrapporterade vårdavvikelser i Händelsevis

Syfte: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från medarbetare

Mål: 1. Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år

- **Resultat:** En minskning från 7 till 6 st. per anställd och år.
- **Analys:** Trots den belastningen som pandemin innebar under året uppfattar vi att medarbetarna är vid gott mod. De känner sig nöjda med den återkoppling och organisering som gjorts och givits, Det har funnits en levande dialog i det som medarbetarna har kunnat påverka vilket har gjort att de har känt sig delaktiga. Vidare har belastningen kanske medfört att man inte hunnit rapportera in avvikelser gällande det vanliga patientflödet.

Mål: 2. Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser – enkät Rapportor genomförd december 2020 till januari 2021.

- **Resultat:** Enkäten visar en ökning på 4 procent av inrapporterade avvikelser från 2019–2020. Detta är medarbetarnas självrapporterade uppfattning om avvikelserrapportering.
- **Analys:** Andelen har ökat. Detta kan relaterat till att vi har haft föreläsningar om patientsäkerhet, pandemin till trots. Vi uppfattar även i denna undersökning att flera personer som har rapporterat. Uppfattningen från analysgruppen är att det är bra avvikelser som kommer in. Enkäten avslutades även med en öppen fråga, där över sjuttio kommentarer skrivits. Dessa kommer att inkluderas i 2021-års patientsäkerhetsarbete. Vi ämnar fortsätta med korta enkäter i Rapportor.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

Under 2020 rapporterades det in 1 290 st. avvikelser av akutens medarbetare. Efter justering avseende läkemedelsavvikelser (svinn) som inträffade år 2019 och rapporterades in för sent, kvarstår 1 218 st. vårdavvikelser. Det motsvarar nästan 6 stycken per medarbetare. Det är en minskning med ca. 1st. gällande antal avvikelser/medarbetare sedan året innan.

De största klassificeringarna gällande rapporterade avvikelser är (justeringar har gjort avseende läkemedelsavvikelser som ovan):

- | | |
|---|---------------|
| 1) Läkemedel (23%) | (År 2019 22%) |
| 2) Tillgänglighet (21%) | (År 2019 17%) |
| 3) Dokumentation/informationsöverföring (16%) | Ny på listan |
| 4) Behandling/omvårdnad (15%) | (År 2019 16%) |
| 5) Utredning/bedömning/diagnos (15%) | Ny på listan |

Analys:

Vi vill ha många avvikelser då detta tyder på en sund arbetsplats där medarbetarna vågar tala om vad de tycker till ledningen. Många avvikelser rör långsamma flöden av patienter till slutenvård-patienterna blir kvar på akuten, som då tvingas fungera som vårdavdelning. Vi har även sett många avvikelser där det saknas högre vårdplatser. Detta medför att patienter blir kvar på larmrum och larmteamet inte kan friställas till att ta andra, nya larm. Under året har det arbetats intensivt med att justera vårdplatsantalet utifrån behov av slutenvård för covid 19 och sjukhuset har haft en extra resurs i form av "samordnare vård", överläkare eller chefläkare, under större delen av året som arbetat dagligen för att optimera vårdplatsutnyttjandet. Detta år har vi även haft stora utmaningar i samband med pandemin. I våras, när flödesavdelningar startades för dessa patienter, funderade avflödet mycket väl. När sedan dessa avdelningar avvecklades kunde en återgång till det tidigare, sämre avflödet ses. 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 tyvärr är i topp. En undersökning av akutens sjuksköterskor visar att merparten är stressade och avser att dokumentera läkemedlen "senare", och därefter glöms det bort. Vi har även ett stort antal sjuksköterskor från externa bemanningsföretag som arbetar på akuten, vilket kan leda till att rutiner inte följs. Vi har valt att inkludera de fem största klassificeringarna denna gång då de tre sista ligger väldigt nära varandra i antal avvikelser

- Vi vill ha många avvikelser då detta tyder på en sund arbetsplats där medarbetarna vågar tala om vad de tycker till ledningen. För sjätte 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. Vi har även sett många avvikelser där det saknas högre vårdplatser. Detta medför att patienter



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

blir kvar på larmrum och larmteamet inte kan friställas till att ta andra, nya larm. Bristen på vårdplatser är en känd utmaning på sjukhuset och är adresserat i olika forum. Detta har tyvärr inte lett till fler vårdplatser. Detta år har vi även haft stora utmaningar i samband med pandemin. I våras, när flödesavdelningar startades för dessa patienter, funderade avflödet mycket väl. När sedan dessa avdelningar avvecklades kunde en återgång till det tidigare, sämre avflödet ses. 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 tyvärr är i topp. En undersökning av akutens sjuksköterskor visar att merparten är stressade och avser att dokumentera läkemedlen "senare", och därefter glöms det bort. Vi har även ett stort antal sjuksköterskor från externa bemanningsföretag som arbetar på akuten, vilket kan leda till att rutiner inte följs. Vi har valt att inkludera de fem största klassificeringarna denna gång då de tre sista ligger väldigt nära varandra i antal avvikelser.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Vår plan var att integrera utbildningsledarfunktionen i patientsäkerhetsarbetet på ett strukturerat och tydligt sätt (KUPS). Detta för att hitta åtgärder som har effekt på det stora antalet allvarliga vårdavvikelser. Redan i mars såg vi att det inte gick att genomföra detta förbättringsarbete då pandemihanteringen tog all tid och kraft i anspråk.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

Vi kommer 2021 fokusera på en uppstart för det tidigare KUPS-forumet. Detta passar bra i tid då vi i februari-mars nyrekryterat en utbildningsledare samt vi har en vikarierande patientsäkerhetsläkare på plats. Vi hoppas även att kunna fokusera på bemötande och etik, vilket är beskrivet ovan. De över sjuttio kommentarerna som inkommit via patientsäkerhetsenkäten gjord i Rapportor (jan 2021) kommer att analyseras och inkluderas i patientsäkerhetsarbetet.

Enskilda synpunkter på vården från patienter/närstående

Mål: Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från patienter/närstående

Akutkliniken har under året hanterat cirka 300 externa ärenden. Antalet är liknade året innan. Ärendena rör synpunkter på vården, exempelvis ärenden från IVO, PaN, patienter, närstående, externa samarbetspartners med flera.

- **Resultat:**

Som tidigare år har merparten av de enskilda ärenden som inkommit rört den medicinska behandlingen eller omvårdnaden i samband med besöket på akuten. Ärenden som rört den



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

medicinska behandlingen har hanterats i samverkan med aktuellt verksamhetsområde. Det har fortsatt inkommit synpunkter inkommit rörande bemötande. Där finns en tydlig rutin att kontakt tas med närmaste chef som avgör om samtal med medarbetare skall ske.

Samarbete med vårdenhetschefer, patientsäkerhetsansvariga samt kvalitetsutvecklare inleddes och resulterade i utbildning samt information angående etik och bemötande. Vi har även sett avvikelser relaterade till Covid-19, vilket givetvis är nytt. Dessa har följts och hanterats efter hand då även patienter och dess närstående inkommit med förbättringsförslag bland annat gällande yttre triage. Även detta år har verksamhetsområdet hanterat en mängd ärenden rörande sjukresor samt synpunkter från patienter att inte vilja betala patientavgift. Där finns en tydlig rutin och ett regelverk att luta sig på gällande denna typ av ärenden. Ett gott samarbete finns med sjukhusets patientadministration.

- **Analys:**

Enskilda ärenden fortsätter att öka. Flertalet ekonomiska ärenden i relation till Covid-19 hanterades och hanteras direkt av akutklinikens reception varvid dessa inte registreras av patientsäkerhetscontroller. I de fall där mer stöd behövs avseende dessa skickas dessa till verksamhetschef och/eller medicinskt ansvarig läkare. De ärenden som gäller etik och bemötande har inkluderats i föreläsningen som nämnts. Analysgruppens analys är att många av de enskilda ärendena inte hade inkommit om vårdplatssituation och väntetider till läkare hade sett annorlunda ut, då många ärenden handlar om detta. I övrigt innefattas ärenden gällande patientavgifter, sjukresor, loggärenden, användande av annan patients identitet och några polisärenden avseende förlorade värdesaker. 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. Påpekas bör att analysgruppens patientsäkerhetsarbete främst fokuserat på att hantera akut uppkomna situationer under detta år.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Inkomna ärenden har hanterats inom utsatt tid. Covid-19-relaterade avvikelser har tagits upp i akutens operativa Covid-19 grupp så snart de inkommit för att justeringar skall kunna göras.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

Att integrera utbildningsledarfunktionen i patientsäkerhetsarbetet på ett strukturerat och tydligt sätt (KUPS) som initialt planerades till att göras 2020.

RISKANALYSER



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

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

- **Resultat:**

Fyra riskanalyser har genomförts under året. Två av dessa genomfördes på uppdrag av sjukhusledningen; DS2020-0245; DS2020- 0950). En analyserade den olika patientflödena in till nya sjukhusbyggnaden Hus 61 (DS2020-1528). Den fjärde hanterade de eventuella patientsäkerhetsrisker som ett borttagande av en läkarledd yttre triage kunde antas föra med sig.

- **Analys:**

Antalet RA är mycket lägre än förväntat. Detta beror på att fokus har lagts på att hantera pandemisituationen på akuten. Önskan är dock fortfarande att göra fler RA än HA.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Planen var att patienter skulle medverka i våra RA. Detta har inte kunnat genomföras, då pandemirestriktionerna ej medgivit detta. Många uppkomna åtgärdsförslag efter riskanalyserna har implementerats.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

Fortsätta att genomföra riskanalyser. Om pandemisituationen tillstår, föröka få patient eller närstående att medverka.

LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

Totalt har akutkliniken genomfört 5 händelseanalyser enskilt eller i samarbete med andra VO:n. Av dessa har tre lett till anmälan enligt Lex Maria (1 st. egen). Ingen har nått ett avslut från IVO utan anmärkning. Akutkliniken har även genomfört ett tiotal internutredningar, där man inte alltid valde att inte gå vidare till en regelrätt händelseanalys.

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser och Lex Maria 2020:**

- Fortsatt kommunikation avseende att arbeta efter gällande riktlinjer
- Utbildningsinsatser avseende läkemedel, bla E-utbildning kring läkemedel.
- Påbörjat utbildning kring etik och bemötande.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

- a. Introducera E-utbildningen gällande läkemedel som obligat för samtliga sjuksköterskor på akuten.
- b. Utbildning och information beroende på inkommande händelser
- c. Fortsatt arbete kring etik och bemötande.



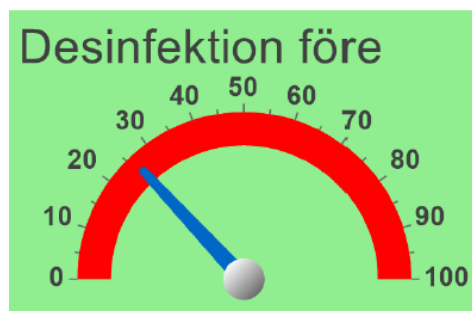
| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor

- **Mål:** > 66%
- **Resultat:** 26%



- **Analys:**

Utfallet vid observationsmätningar avseende följsamhet till basala hygienrutiner i sin helhet utgör ett bättre resultat än mätningarna 2019, men det är nedslående att se att andelen som spritar händerna före patientkontakt har minskat under ett år med en pågående pandemi. Det ska dock noteras att underlaget som siffrorna baseras på, dvs antalet genomförda observationer, är förhållandevis få i relation till antalet som arbetar kliniskt på akuten. Vid en granskning av årliga trender ses dock att långa utfall avseende följsamhet är återkommande, så resultatet går inte helt att förkasta med argumentet skralt underlag.

Det ska lyftas fram att vid vårens observationsmätning där följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler följdes upp avseende zonerna (Covid och Ej Covid-zon), sågs mycket goda resultat avseende följsamhet på orange zon, dvs den del av akuten som omhändertar patienter med misstänkt eller bekräftad Covid-smitta.

Vid de mätningar som genomförts under 2020 har samtliga yrkesgrupper i det patientnära vårdteamet observerats; läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Det finns flera utmaningar med att upprätta följsamhet till arbetssätt på Akuten då det är en arbetsplats som bemannas av flera yrkesgrupper med olika organisationstillhörigheter och är verksamhet där belastningen kan skifta snabbt.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

Resultat av självskattningar avseende följsamhet, visar att det fortfarande finns medarbetare inom VO Akutsjukvård som inte har fullgod kunskap om korrekta basala hygienrutiner och klädregler, men andelen motsvarar inte den andel observerade brister som noterats vid observationsmätningar. Det ska nämnas att VO Akutsjukvård under året, pga av Covid-belastningen, i större utsträckning också behövt förlita sig på inhyrd extern personal, vars grundkompetens och kompetensutveckling inom grundläggande områden så som BHK inte ägs eller tillhandahålls av VO Akutsjukvård.

Kanske kan förklaringen till den låga följsamheten delvis bero på att momentet "handsprit före patientkontakt" ligger som ett arbetsmoment som alltid föregår det planerade patientnära momentet. Detta innebär att en korrekt följsamhet till "handsprit före patientkontakt" medför en kort tidsförskjutning avseende uppstarten av det planerade vårdmomentet. De bristfälliga resultaten skulle således i viss mån kunna förklaras med upplevda eller faktiska behov att skyndsamt utföra det planerade momentet och således påverkas av hög belastning eller andra aspekter som stör medveten följsamhet till basala hygienrutiner. För att öka följsamheten kan man således misstänka att det krävs en miljö som gör det "lätt att göra rätt" samt en högre grad av autopilot-beteende där handsprit före patientkontakt inte sker som ett medvetet görande utan som en automatiserad process som föregår alla patientnära vårdmoment.

Det finns i verksamheten kännedom om en subkultur med inslag av oprofessionellt och respektlöst beteende som medför negativa effekter på patientsäkerhet, vårdkvalitet, arbetsmiljö och lärandemiljön. Kulturpåverkan, om än av subkulturell karaktär, medför stora utmaningar och kräver omfattande insatser för att förändra varvid en långsiktig handlingsplan för detta har upprättats.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

För de personalgrupper som VO Akutsjukvård ansvarar för; sjuksköterskor och undersköterskor, har ett otal aktiviteter specifikt riktade mot ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförts. För att nämna några så har resultaten av mätningarna delgivits chefer, ledare och medarbetare på Akuten. Vidare har resultat kommunicerats till sektionsansvariga läkare som kommunicerat vidare dessa i sina respektive organisationer. Utbildnings- och informationsfilmer har tagits fram och länkar till Vårdhandbokens kapitel om basala hygienrutiner och klädregler publicerats i veckobrev och kommunicerats ut till medarbetare.

För att främja en miljö som ger förutsättningar för korrekt följsamhet har extra sk hygienvagnar placerats ut samt informations-posterar med instruktioner och regler satts upp i vårdmiljöer samt på och i anslutningen till expeditioner. Information om rådande riktlinjer och rutiner avseende skyddsutrustning och smittvägar har löpande publicerats på intranätet och kommunicerats i olika mötes- och digitala forum.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

En kampanj för genomförande av Vårdhygiens digitala utbildning om basala hygienrutiner och klädregler har genomförts, och vid årets slut visar data från Lärtorget att 48% av medarbetare på akuten utfört e-utbildningen. För att motverka destruktiv subkultur har föreläsningar om oprofessionellt och respektlöst beteende och dess effekter på patientsäkerhet, vårdkvalitet, lärandemiljö och arbetsmiljö genomförts på klinikdagar. Pga av pandemin kunde tyvärr inte samtliga av dessa utbildningstillfällen genomföras som planerat.

Akuten har också aktivt deltagit i sjukhusövergripande smittpreventionsarbete via två smittskyddombud och etablerat det nära samarbete med läkare på infektionskliniken. En lokal arbetsgrupp med ansvariga för hygien- och smittpreventionsfrågor på akuten har åter startat upp. Gruppen Smitta/Hygien verkar för att kontinuerligt åtgärda brister och fånga upp möjligheter som kan öka vårdkvaliteten inom områdena smittprevention, smitthantering, hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

De omfattande insatserna som genomförts under 2020 för att öka följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har gett liten uppmätt effekt. Beteende förändringar är utmanande att få till och kräver strategier som främjar lärande för ökad prestation samt en miljö som främjar och styr handling mot önskat beteende. Fokus för 2021 kommer därför ligga på *simuleringsträning, chefer och ledare som positiva förebilder* och arbetssätt baserade på *direktkorrigeringar i klinisk verksamhet*.

För att säkerställa kvalitén på data kommer antalet mätningar ökas drastiskt. Från en till två mättillfällen per halvår planerar vi månatliga mätningar och löpande publicering av resultat. Smitta/hygiengruppen kommer arbeta vidare med att främja en miljö som gör det lätt att göra rätt samt tillse att riktlinjer och rutiner är korrekta, uppdaterade och sökbara. För att förbättra möjligheten till följsamhet bland inhyrd personal kommer en komprimerad informationsbroschyr innehållande grundläggande information nödvändig för smidigt och korrekt arbete på VO Akutsjukvård tryckas upp och delas ut. Arbetet med den långsiktiga handlingsplanen "Professionellt och respektfullt bemötande" fortsätter.

PATIENTUPPLEVD KVALITET



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

Redovisa resultat från **eventuellt** genomförda mätningar, öppen- och slutenvård Datakälla: Rapportor, Touchpoint ev andra datakällor

| Dimension | Frågeställningar | Resultat öppenvården VO Akutsjukvårds patientenkät andel positiva svar %-svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala | Respondent-volym Öppenvård VO Akutsjukvårds patientenkät | Resultat öppenvården Nationell patientenkät andel positiva svar | Respondent-volym Öppenvård Nationell patientenkät |
|------------------------------------|---|--|--|---|---|
| Delaktighet och involvering | - "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?" MÅL DS: > 83% | 31% | 102 | 74,9% | 589 |
| Information och kunskap | - "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?" MÅL VO Akutsjukvård: > 43% | 34% | 102 | 72,9% | 589 |
| Helhetsintryck | - "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?" MÅL VO Akutsjukvård: > 43% | 32% | 103 | 79,9% | 589 |

- **Mål 2020:**

Resultat i enlighet eller över målnivåer.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

En ökning av respondentantal i för VO Akutsjukvårds egen patientenkät. Målnivå för respondentantal sattes till ca 2000/per år, vilket estimerades motsvara en täckningsgrad på ca 2%.

- **Analys:**

Vid uppföljning av VO Akutsjukvårds lokala patientenkät har samtliga tre aspekter av patientnöjdheten har försämrats stegvis sedan mätningen 2018, dock är respondentantalet fortfarande för litet för att några generella slutsatser ska kunna dras av mätningen. Att göra en jämförelse mellan utfallen 2019 och 2020 är också problematiskt med tanke på skillnader i total respondentvolym och stora variationer avseende hur verksamhetens har organiserats och bedrivits. De primära orsakerna till detta är att mätningen 2019 endast genomförts under 3 månader, medan mätning pågick kontinuerligt under hela 2020. Vidare att under 2019 bedrevs akutverksamheten på ordinarie vis, medan 2020 präglats av Covid-hantering sedan i mars månad. I fritextsvar från patientenkäten 2020 ses aspekter som särskilt berör Coronapandemin och VO Akutsjukvårds Covid-hantering. Som exempel har några respondenter uttryckt oro för att ha smittats av Sars-Cov-2 i samband med att de placerats på Covid-zon.

Trots ett knapert underlag kan ändå lärdomar dras av de fritextsvar som författats av respondenterna vid 2020 års lokala mätning. De flesta positiva kommentarerna handlar om att man anser sig väl bemött och de flesta negativa kommentarerna handlar om att man blivit otrevligt bemött eller ignorerad. Flera av de respondenter som är missnöjda med sitt besök beskriver hur de upplevt att de ej blivit sedda eller hörda då de bett om information, önskat delge viktig information eller varit i behov av hjälp. Bl.a. påpekar 58% av respondenterna (41 av 70) som besvärats av smärta, att de inte fått hjälp med smärtlindring i den mån de önskar.

Bristande hjälp med smärtlindring uppmärksammades redan hösten 2019 och vissa åtgärder för att förbättra detta har trots pandemihantering vidtagits 2020. Utfallet 2020 är en förbättring mot resultatet 2019, då 74% (20 av 27) upplevt otillfredsställande smärtlindring, men nivåerna av andelen patienter som anser sig otillräckligt smärtlindrande är fortfarande alldeles för höga.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

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

| | | | |
|-------------------------------------|----|-----|--|
| Ej aktuellt, jag besvärades inte av | 31 | 31% | |
| Ja, helt och hållet | 10 | 10% | |
| Ja, i stort sett | 10 | 10% | |
| I viss mån | 9 | 9% | |
| Nej, knappast | 16 | 16% | |
| Nej, inte alls | 25 | 25% | |

101

Enligt de självrapporterade vistelsetiderna har den större andelen respondenter vistats på akuten mellan 4 till 8 timmar, vilket stämmer väl överens med uppmätta genomsnittliga tider för totalt antal besök. Detta skulle kunna tala för att trots att urvalet är litet, är det i viss mån representativt utifrån upplevelser per vistelsetidskategori. Många respondenter i den lokala mätningen lyfter fram långa väntetider och några anser också att vårdprocessen verkar ineffektiv och att personalen saknar samsyn kring patientens vård och planering.

Hur lång var din vistelsetid på akutmottagningen?

| | | | |
|----------------|----|-----|--|
| Under 4 timmar | 24 | 24% | |
| 4-8 timmar | 51 | 50% | |
| Över 8 timmar | 27 | 26% | |

102

I november månad genomfördes nationell patient. Samtliga patienter som besökt DS Akuten under oktober månad erbjöds att svara på frågor om sitt besök. Totalt skickades 1614 enkäter och 589 patienter svarade vilket ger en svarsfrekvens på 36,5%. Resultatet på den nationella patientenkäten var betydligt bättre än resultatet vid den lokala mätningen, vilket tyder på att andelen som svarar är av stor betydelse. Resultaten kan också skilja sig pga. tidsrymden som passerat från det faktiska besöket till tillfället då synpunkter delgivits. Den lokala mätningen innehåller främst svar givna direkt vid eller i anslutning till besöket, medan den nationella enkätens svar baserats på minnet av ett besök från föregående månad.

I den nationella enkäten delas svaren upp i olika dimensioner. De två dimensioner med bäst resultat var "helhetsintryck" och "tillgänglighet" och de två dimensionerna med lägst resultat var "emotionellt stöd" och "information och kunskap". Brister avseende akutmottagningen förmåga att delge information med även ta emot information återfinns i både lokal och nationell



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

mätning. Både i den lokala och nationella mätningen framgår att det finns behov att tydliggöra orsaker till bl.a. väntetider på ett bättre sätt och den nationella enkäten förtydligar behovet av information i samband med utskrivning.

Både i den nationella och lokala mätningen framgår att patienterna önskar att deras upplevelser av obehag relaterat till deras besvär skulle uppmärksammas i högre grad, där bristande smärtlindring och upplevelserna av att bli ignorerad sticker ut som exempel i den lokala mätningen.

I den lokala mätningen har bristande bemötande en framträdande roll medan upplevelser av bemötande i stort är väldigt positivt i den nationella enkäten. De olika resultaten avseende upplevelser av bemötande är svåra att analysera, men det ska framhållas att utbildning i bemötande genomförts på klinikdagar under oktober vilket var den månad som den nationella mätningen genomfördes.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Då fokus under 2020 legat på att bedriva en så patientsäker vård som möjligt under pandemin, har planerade insatser för att nå mål inom området patientnöjdhet fått stå tillbaka. Dock har flera insatser avseende förbättrad skriftlig information genomförts. Bl.a. har två olika informationsblad tryckts upp, lokaler skyltats noga och DS akutens webbsida uppdaterats med information.

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), 2019 0,2 % (47 av 27219) och 2020 0,8% (102 plus 589 av 77556). Målsättning för 2021 blir att få upp antalet svarande till ca 2000/per år.

Sedan den nya lokala metoden 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 för att få till ett högre respondentantal och diskussioner kring att integrera informationen om enkäten tillsammans med ett enklare behandlingsmeddelande har diskuterats med de läkare som är ansvariga för de olika sektionerna, men ännu har ingen samsyn uppnåtts.

Under 2020 har ett antal sjuksköterskor med specialistutbildning i Akutsjukvård påbörjat ett arbete kring förbättrad smärtlindring. Diskussioner kring hur vi kontinuerligt kan arbeta med patient- och anhörig nöjdhet har påbörjats och en processgrupp håller på att etableras.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

Att få till en samsyn kring hur vi kan öka respondentantalet för patientenkäten kommer prioriteras, likväl som uppstarten av en arbetsgrupp som löpande kan arbeta med förbättringar inom området patient- och anhängningsområdet.

De sjuksköterskor som påbörjat arbetet med förbättrad smärtlindring kommer verka för förbättringar inom området, handlingsplanen "Professionellt och respektfullt bemötande" fortgår och fritextkommentarer från respondenter (självljart anonyma) kommer att publiceras varje månad i Veckobrev.

TILLGÄNGLIGHET

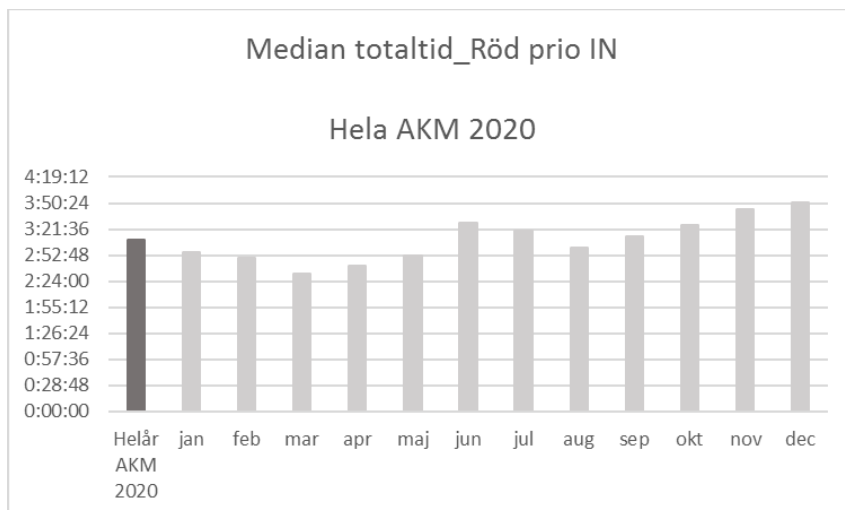
VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

RÖD PRIO-IN PATIENTER VISTELSETID PÅ AKUTMOTT (MEDIANTID)

Regional utvecklingsindikator

- **Resultat: 3 timmar och 10 minuter**



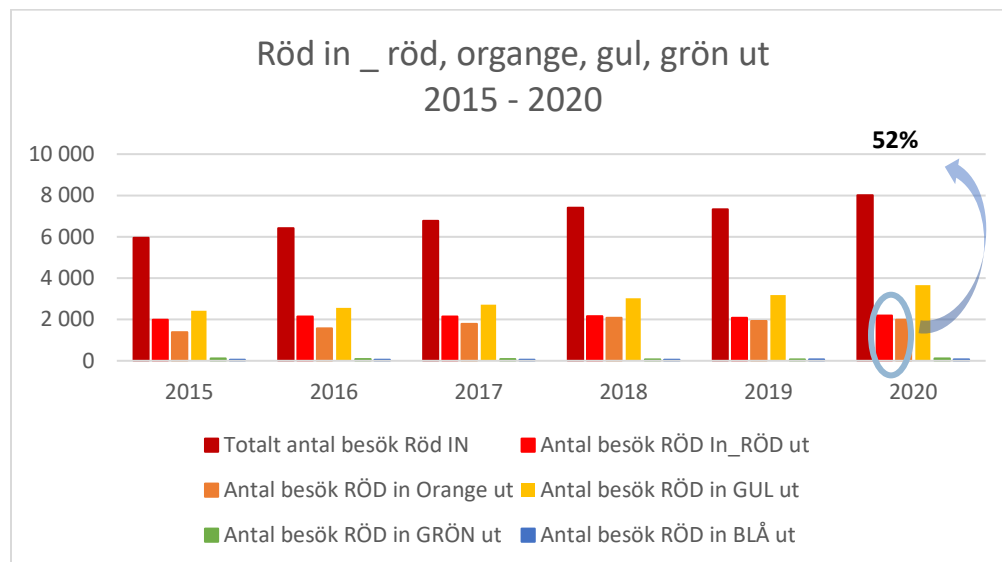


| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

- **Analys:**

Under 2020 ses en stadig ökning av antalet patienter som kommer in med ambulans som larm, dvs prio1:or. Patienter som skrivs *in som prio röd* har en median vistelsetid på 3 timmar och 10 minuter vilket är ett utfall likvärdigt med 2019 då median vistelsetid för *prio röd in låg* på 3 timmar och 7 minuter.

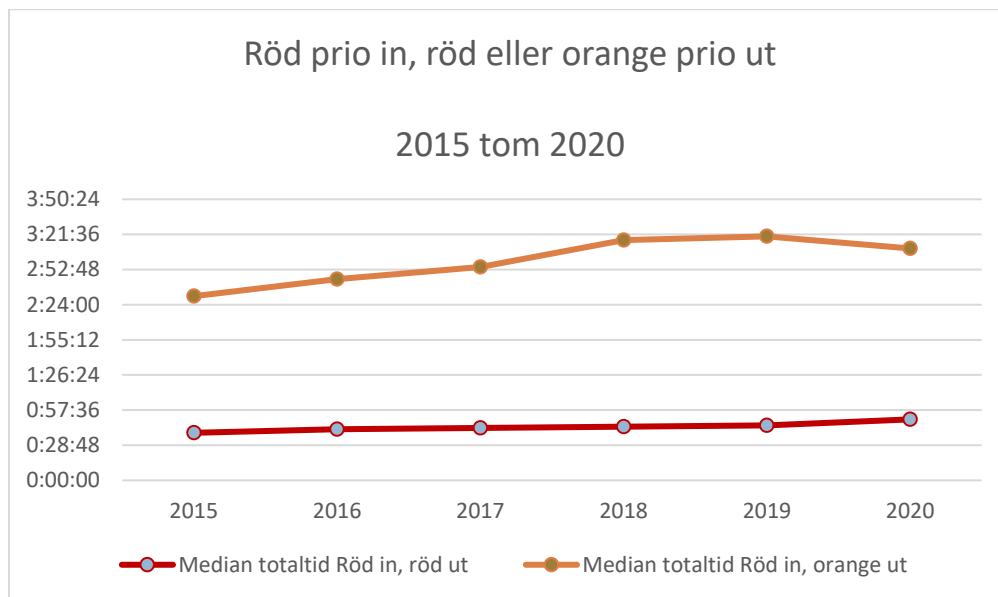
Det bör noteras att endast 27% procent (2192 av 8009) av de patienter som skrivs in som prio röd, som lämnar akuten som prio röd. Dvs efter akut omhändertagande på akutrum, stabiliserande och symtomlindrande behandlingar, genomförda utredningar och undersökningar samt bedömningar av akut tillstånd, prioriteras den större andelen patienter ner. En längre prioritet genererar andra strategier för reevaluering och taktning av åtgärder. Patienter med en röd prioritet vårdas hela tiden bedside och patienter med orange prioritet behöver intermitterande bedside vård och reevaluering var 15de minut enligt RETTS. Dessa grupper utgör dock dryga 50 % av de patienter som kommer in som prio röd.



Registrerad median vistelsetid för *prio röd in prio röd ut* ligger år 2020 på 50 minuter och motsvarande tid för patienter med *prio röd in orange prio ut* ligger på 3 timmar och 20 minuter. Patienter som kommer in som röd prioritet och går ut som röd prioritet kan antas ha ännu kortare median vistelsetid, då de digitala journalverktyg som finns tillgängliga, inte enkelt medför en registrering av den faktiska tid som patienten lämnar akuten varvid en korrekt registrering skulle medföra fördröjd faktisk förflyttning av patienten till rätt vårdplats.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



Ett effektivt akut omhändertagande, möjligheter till snabb utredning och tillgängliga vårdplatser lämpliga för patientens behov, är avgörande faktorer för korta vistelsetider för röd prioritet in och röd eller orange prioritet ut. Tiden för *röd in röd ut* har ökat med 5 minuter jämfört med 2019, men det behöver ställas emot att året präglats av ett ökat antal larm, pandemihantering av en ny smitta som medfört flera justeringar avseende korrekt skyddsutrustning, hygienrutiner och korrekt omhändertagande, likväl som begränsade möjligheter till provtagning och logistiska utmaningar för korrekt placering av patienter på lämpliga vårdplatser.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Inom kategorin röd in röd återfinns flera snabbspår, så som STEMI, BralN och Misstänkt sepsis. Något specifikt förbättringsarbete har inte genomförts för gruppen *prio röd in* i sin helhet, då en säker vård i rätt tid inte primärt styrs av ankomstprioriteringen utan snarare grundar sig på korrekt omhändertagande utifrån patientens aktuella prioritet och med hänsynstagande till eventuella individuella faktorer som kan öka risken för vårdskador. Däremot har förbättringsarbete för att öka vårdkvaliteten för *röd in röd ut*-patienter genomförts. Bl.a. har arbetssätten på akutrum setts över och rutinen med check-in inkluderar sedan årsskiftet också en check-ut.

Diskussion kring akutläkare har bedrivits på sjukhusnivå och lokalt har en generell diskussion kring hur läkarkompetens på larmrum kan höjas initieras. Kompetensen för sjuksköterskor och undersköterskor erhålls via larminskolning och en specifik roll som huvudhandledare för larmutbildning har tagits fram för att ytterligare kvalitetssäkra utbildningstillfällena och en



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

systematisk uppföljning av kompetensnivåer för de sjuksköterskor och undersköterskor som tar emot larm. Vidare har utveckling av en IT-lösning som på ett enklare och mer korrekt sätt kan följa upp tiden på larmrum har initierats.

Stora utmaningar ses fortfarande avseende vistelsetider för gruppen *röd prio in och orange prio ut* som i nuläget har en medianvistelsetid på nästan tre och en halv timma.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

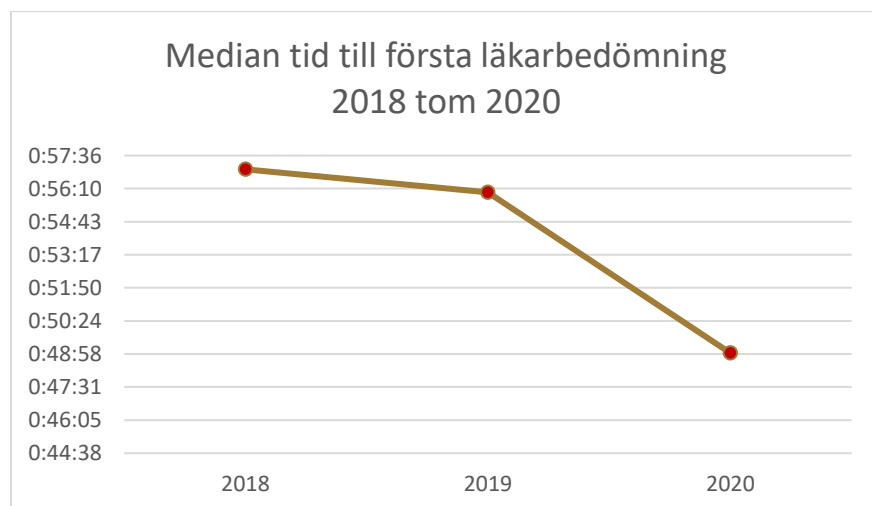
2021 kommer präglas av fortsatt arbete med Larmprocessen via uppföljning och utvärdering av ledtider och arbetssätt på akutrum. Specifikt kommer tiden på larmrum på ett mer korrekt sätt kunna följas så snart den nya IT-lösningen tagits i produktion.

Fortsatta åtgärder för kortare vistelsetider för grupperna *prio röd in, prio röd ut och prio röd in, prio orange ut* kommer behöva diskuteras vidare i samråd med andra VOn via de taktiska forumen för *Akut inflöde och Högrevard*.

VO Akutsjukvård kommer också sträva efter att vara aktiva i arbetet med att delge synpunkter och återkoppling vid utvecklingen av den regionala indikatorn "Röd prio in patienter – median vistelsetid på akuten".

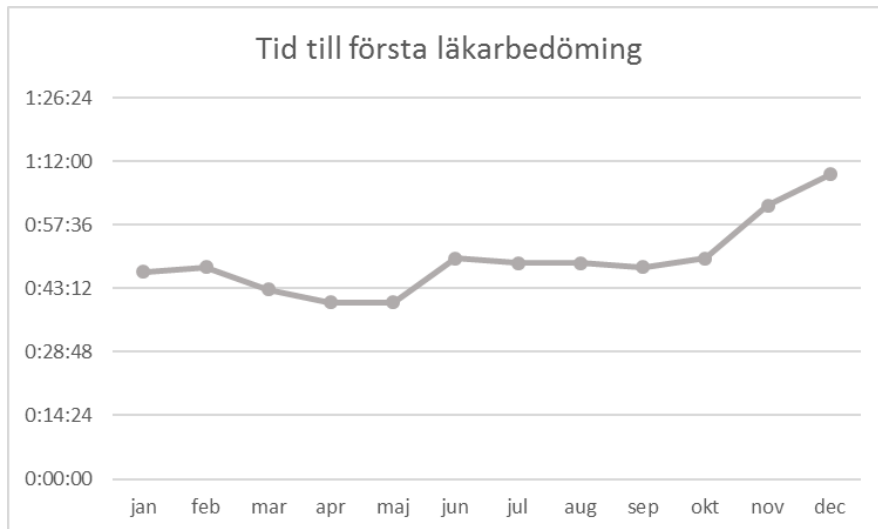
MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING MÅLNIVÅ 40 MIN

- **Resultat: 49 minuter**



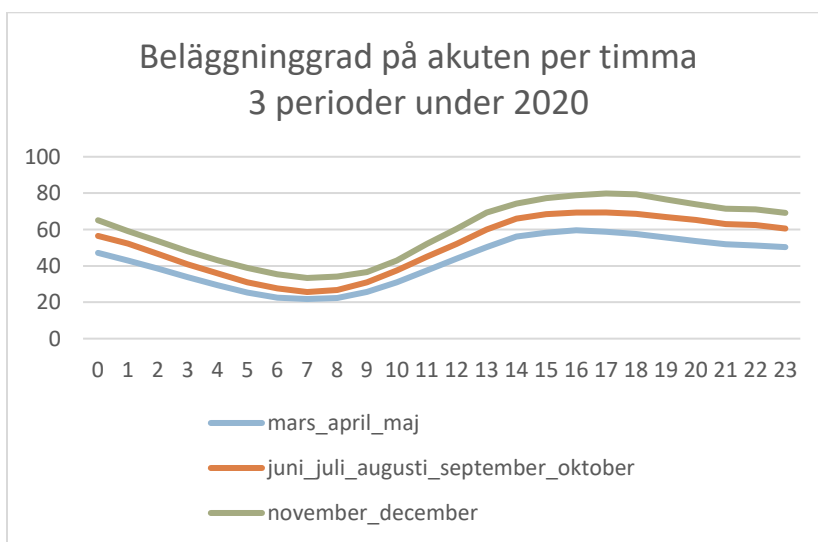


| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



- Analys:**

Median tid till första läkarbedömning har förbättrats med 7 minuter jämfört med 2019 och men stora fluktuationer kan noteras i utfall över årets 12 månader. Att analysera bakomliggande orsak till förbättrad tid till läkare är svår att genomföra under år präglad av kontinuerliga omorganiseringar för hantering av pandemin. Den ordinarie rutinen med preliminärbedömning av läkare har inte kunnat upprätthållas under 2020, utan istället har läkare på varje sektion större utsträckning själva direkt bedömt nyinskrivna patienter.





| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

Det ter sig finnas en korrelans mellan beläggningsgraden, dvs antalet patienter på akuten per timma, och tiden till första läkarbedömning. Med utgångspunkt i perioden för pandemihantering, ses att under mars, april och maj var väntetiden till läkare som lägst och under samma period var även beläggningsgraden per timma på akuten som lägst. Likaså var tiden till första läkarbedömning som längst under november och december och vid samma tid var beläggningsgraden per timma som högst. Samma mönster, om än inte lika uttalet, går att skönja i data från 2019.

Sedan i mars 2020 har majoriteten av alla patienter som sökt sig till Akutmottagningen via huvudentrén bedömts av läkare i det sk yttre triaget redan vid ankomst vilket inte är synligt i siffrorna. Orsaken till att denna direkta bedömning av läkare inte givit utslag i mätningarna beror på att det endast är tiden från inskrivning till första läkarbedömning som registreras, varvid bedömningar som sker före inskrivning ger inte utfall i nuvarande datainsamlingsverktyg. Med detta beaktat, kan det antas att den faktiska mediantiden till läkare är lägre än den uppmätta.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Pga av Corona-pandemin har inget förbättringsarbete genomförts med direkt avseende att förkorta tiden till första läkarbedömning.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

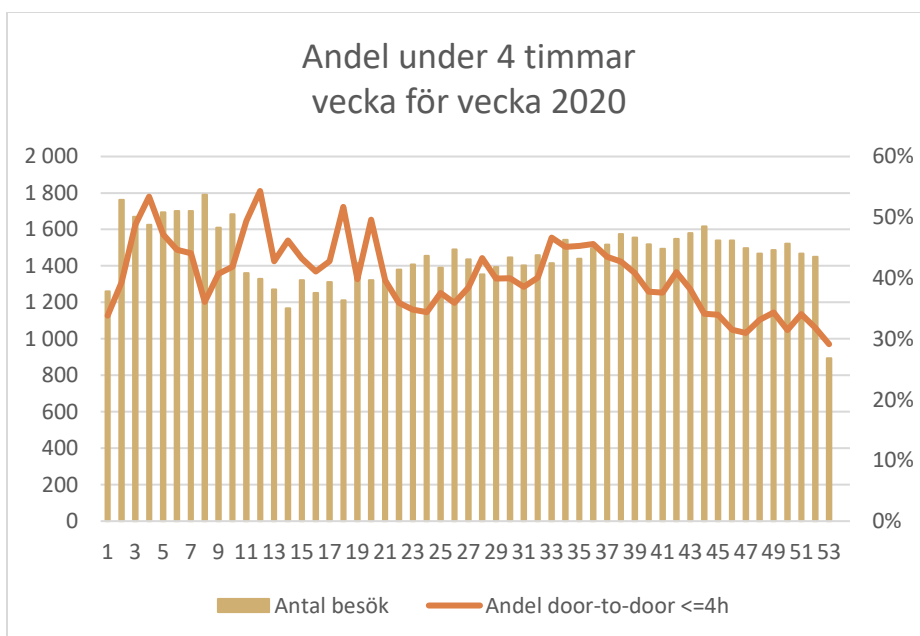
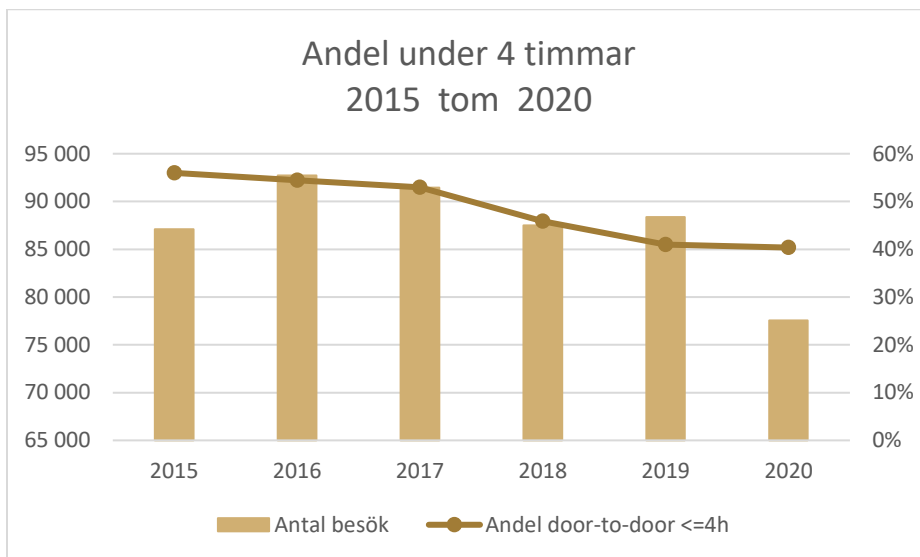
Under 2021 är förhoppningen att arbetssättet med strukturerad tidig preliminärbedömning av läkare åter kan starta upp och utvecklas vidare. Med tanke på 2020 års förkortade mediantid till läkare, kommer en mer grundlig analys av arbetssätten under pandemin utföras i samband med fortsatt utveckling av arbetssätt som främjar en tidig läkarbedömning.

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 78 %

- **Resultat: 40%**



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

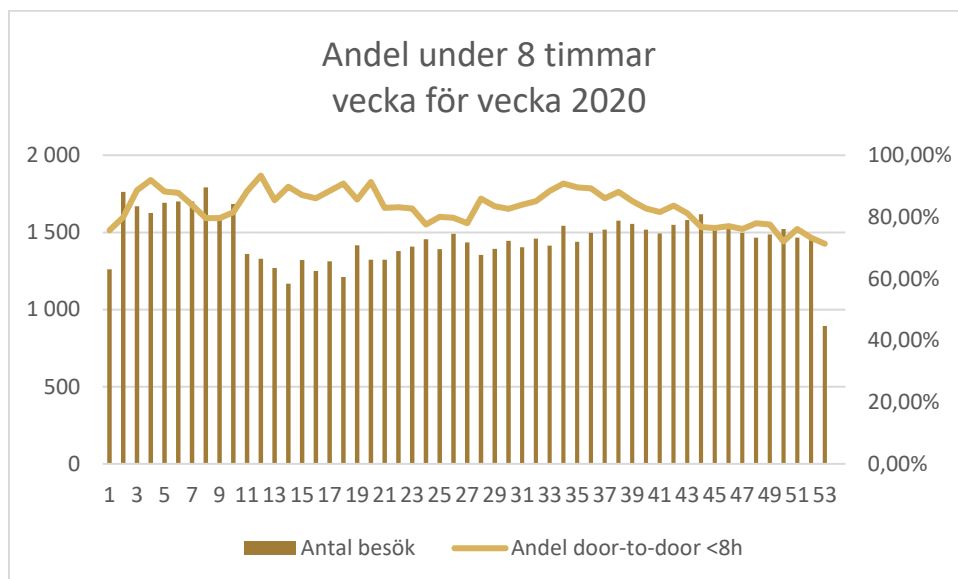
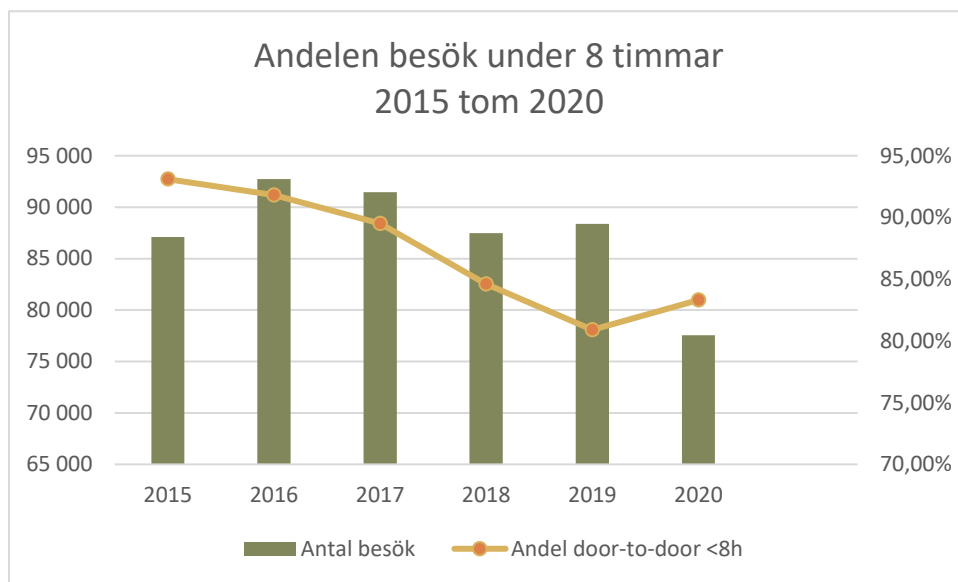


ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM MÅLNIVÅ 95%

- **Resultat: 83%**



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



• **Analys:**

Trots ett avsevärt minskat antal totalbesök har andelen door to door under 4 timmar minskat. Dock ses en förbättring avseende andelen patienter med vistelsetid under 8 timmar, jämfört med 2019. Som bakomliggande orsak till minskad andel under fyra timmar, kan flera faktorer spelat in så som mer och fler tidskrävande smittpreventiva aktiviteter, kontinuerliga justeringar av arbetssätt och organisation, likväl som sviktande kapacitet för snabb diagnostisering pga begränsade provtagningsmöjligheter. Bristen på lediga vårdplatser och utmaningar med snabba



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

transporter hem, eller till annan vårdgivare, kan delvis förklara bakomliggande faktorer till förlängd kvarvarandetid efter avslutad akut handläggning. Fördröjd utskrivning ses också i samband med ett högre antal patienter på akuten per timma, då avslutande vårdaktiviteter förskjuts i och med det ökade behovet att uppgiftsprioritera vilket är en effekt av ökad total belastning.

Under hösten och vintern ses de längsta vistelsetiderna och under årets sista hälft noteras också de högsta besöksantalen. Den största andelen patienter med vistelsetid under 4 respektive 8 timmar, ses mellan vecka 11 och vecka 20. Under denna period var inflödet till akuten som lägst och patienter med Covid-misstanke i behov av inläggning flöddes snabbt till specifika flödesvårdsenheter för att invänta provsvar före placering på specialiserad slutenvårdsenhet.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

I februari genomfördes ett förbättringsarbete på kirurg/urologsektion som haft stora utmaningar med långa vistelsetider på akuten. Pga. av pandemin kunde tyvärr inte arbetssättet upprätthållas eller följas upp.

Under hela året har arbetet med kvalitativ och effektiv vårdformsbedömning i samband med mottagande pågått. Syftet med detta är främja en korrekt och skyndsamt inskrivningen av de patienter som behöver akutmottagningens resurser samt främja en kvalitativ och effektiv hänvisning till annan vårdform för de patienterna vars besvär på bättre sätt kan handläggas av andra vårdgivare eller av patienten själv i egenvård. En ytterligare effekt av strukturerad vårdformsbedömning är att det totala inflödet av gående patienter till akuten reduceras, varvid befintliga resurser på akutmottagningen kan fokuseras på de mest akut behövande.

En stor del av arbetet med Covid-hanteringen har handlat om att möjliggöra distans mellan individer som vistas i akuten lokaler för att minska trängsel som ökar risken för smittspridning. En del av detta arbetet har handlat om att minska crowding på akuten och flera åtgärder både på akuten och på sjukhusnivå har genomförts. Möjligen kan den minskade andelen patienter som vistats över åtta timmar, förklaras av de sjukhusgemensamma insatserna för att främja snabbare genomflöden och på så vis minska risken för trängsel och smittspridning.

Utöver arbetet med förändrade arbetssätt på kirurg/urologsektionen, hantering av crowding och utvecklingen av vårdformsbedömningen, har inga förbättringsarbeten inriktade specifikt för att främja kortare vistelsetider genomförts, utan all fokus har legat på att skapa en god och säker vård under rådande omständigheter.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

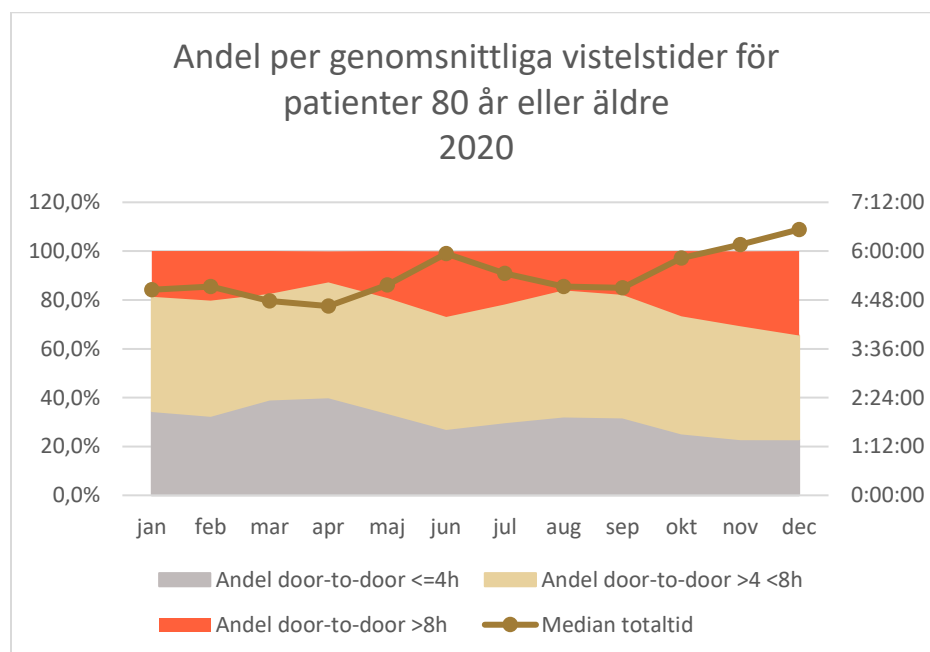
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

För att främja kortare vistelsetider på akutmottagning initierades vintern 2019 framtagandet av en lokal handlingsplan "Tillgänglig vård i rätt tid". Handlingsplanen vilar på tre huvudsakliga åtgärdsområden; minska inflöde, öka genomflödestakten och främja avflöde. Då VO akutsjukvård inte som enskild aktör kan styra eller besluta inom något av dessa områden kommer samverkan och dialog bli den främsta fokusen för fortsatt utveckling av handlingsplanen.

Genomgående strategier för 2021 kommer handla om strukturerad uppföljning av nulägen och antaganden, efterföljt av framtagande och implementering av riktade, effektiva och "evidensbaserade" åtgärder grundade på analys av bakomliggande orsaker och med en tydlig fokus på att skapa förutsättningar för ökad måluppfyllelse.

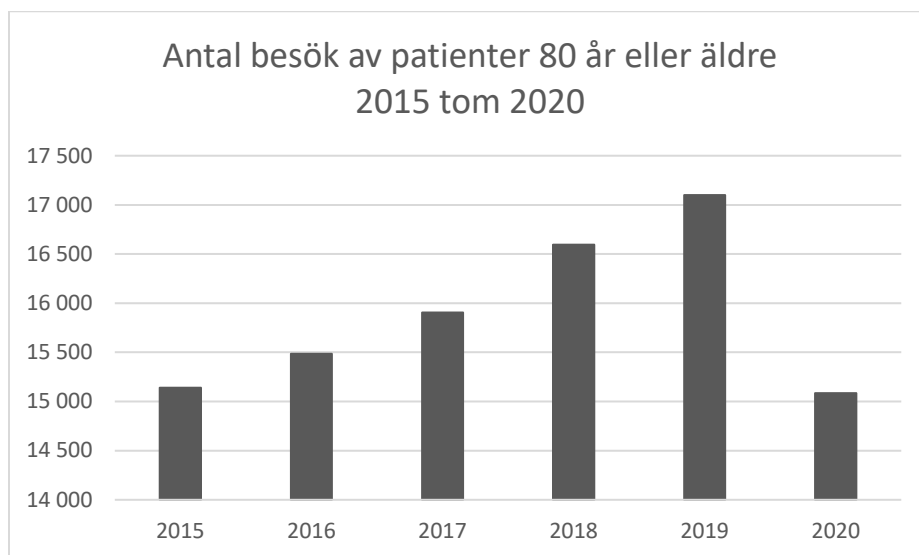
ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID < 8 TIM FÖR PAT >80 ÅR. MÅL <97 %

- **Resultat: 78%**





| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



- **Analys:**

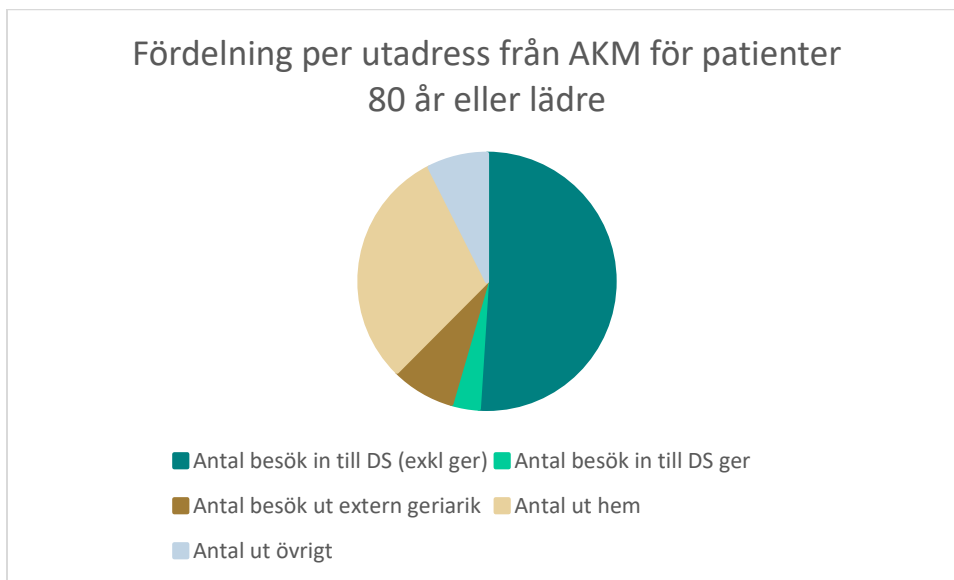
Andel patienter över 80 år med en vårdtid under 8 timmar har marginellt förbättrats om man jämför med utfallet 2019. Den största andelen besök har 2020 resulterat i en genomsnittlig vårdtid på 4 till 8 timmar för patienter 80 år eller äldre. Precis som för totalflödet ses en ökning i median vistelsetid under sista kvartalet.

Antalet besök av patienter 80 år eller äldre har år för år kontinuerligt ökat sedan 2015, men under 2020 ses ett distinkt trendbrott med besöksnivåer i paritet med 2015. Orsaken till det minskade besöksantalet är mest troligt en effekt av Corona-pandemin och således inte något som kan förväntas kvarvara då pandemin dämpas.

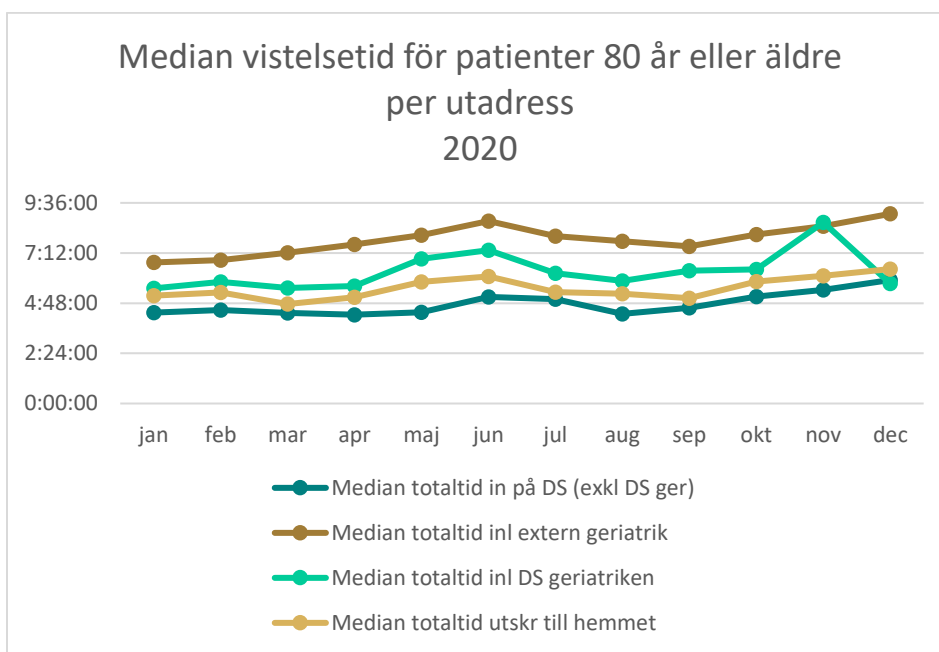
Av den totala andelen besök av patienter 80 år eller äldre läggs majoriteten in för fortsatt specialiserad slutenvård på DS. Den näst största andelen skrivs ut åter till hemmet (vilket kan inkludera ex SÄBO) och den minsta andelen läggs in för fortsatt vård på DS geriatriken.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



De längsta medianvistelsetiderna ses för de äldre som skrivs ut till externa geriatriska enheter och de kortaste medianvistelsetiderna ses för de äldre som läggs in på slutenvården på DS. De påtagliga skillnaderna i vistelsetider för patienter som läggs in på DS geriatriken ställt mot patienter som läggs in på extern geriatrik, talar för att närhet och god samverkan spelar en avgörande roll för smidiga vårdövergångar för de äldre patienterna.





| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Under 2020 har inget specifikt förbättringsarbete genomförts för att korta vårdtiderna för äldre patienter. Dock har integreringen av DS geriatriken i DS AB medfört en ökad samverkan under 2020.

För att möjliggöra uppföljning av sköra grupper, inte bara via ålderskategori, utan också på basis av omvårdnadsbehov, har en informatiklösning som medger datauttag för akutens vårdbehovsbedömning utvecklats i samverkan med Qlickview-förvaltningen.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

VO Akutsjukvård har sedan flera år arbetat med ett sk Silverspår. Ett arbetssätt som ska främja skyndsamt omhändertagande av gruppen äldre. Pga av pandemin har arbetssättet varit svårt att upprätthålla och ett omtag planeras för 2021. I samband med omtag av Silverspåret kommer uppföljningen av omvårdnadsbehovsbedömningen starta upp.

Då ett nära samarbete verkat avgörande för smidiga vårdprocesser för patienter 80 år eller äldre har VO Akutsjukvård förhoppning om att 2021 öka sin samverkan med geriatriska enheter, både sjukhusinternt med DS geriatriken och externt med andra geriatriska aktörer.

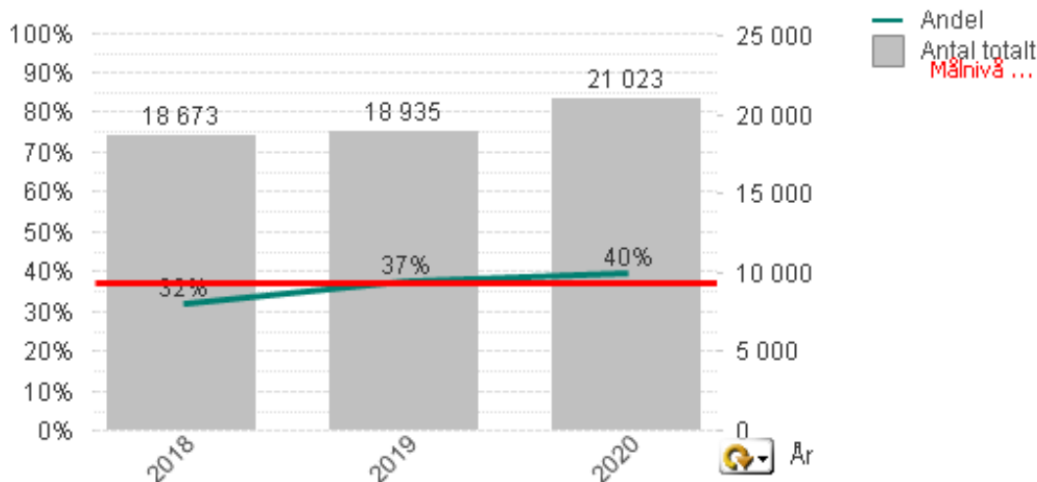
ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlickview slutenvårdsflödesapp, Mål: > 36%

- **Resultat: 40%**



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



- **Analys:**

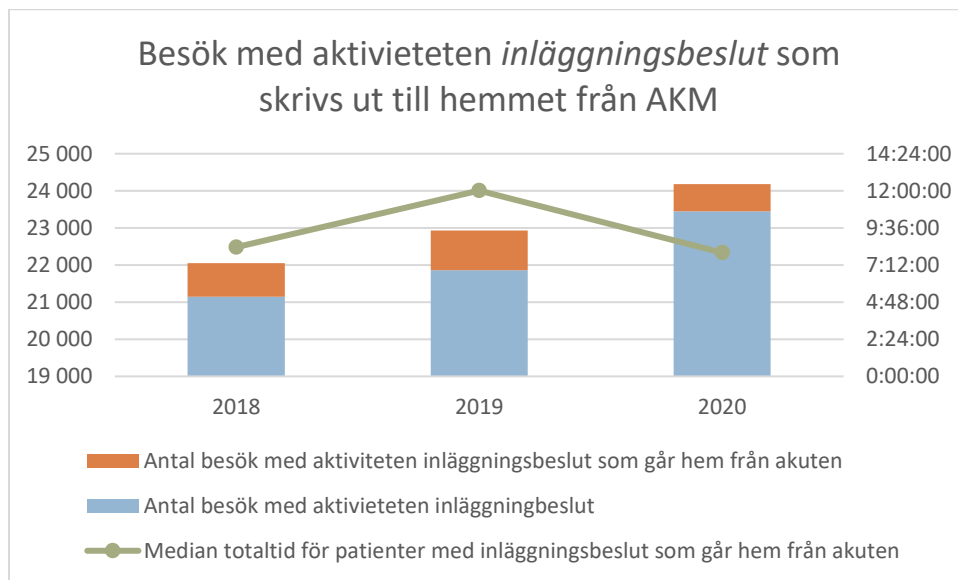
Indikatorn med namn "Andelen patienter som lämnar akuten 60 minuter från inläggningsbeslut" har sakta förbättrats sedan 2018. Täckningsgraden för dokumenterad aktivitet som genererar utfallsdata har också ökat under 2020 och ligger nu på 71% av andelen patienter som läggs in.

Ledtiderna i inläggningsprocessen påverkas av flera faktorer och en effektiv inläggningsprocess skapas av ett processteam som verkar i gränssnittet mellan akutmottagningen och slutenvården och består av inläggande läkare på akuten, vårdplatskoordinatorer, vårdlags sjuksköterska på akuten, patienttransportörer och mottagande läkare och sjuksköterskor i slutenvården. Förutsättningen för att inläggning ska ske är dock tillgängligheten av en ledig vårdplats som matchar patientens behov av specialistvård och möjligheten för inläggningsteamet att få kännedom om denna i rätt tid.

Ett antal patienter med dokumenterat inläggningsbeslut skrivs aldrig in i slutenvården utan skrivs istället ut från akuten. Under 2019 låg median vistelsetid för denna grupp på ca 12 timmar, vilket skulle kunna indikera att den vård som skulle tillhandahållits i form av slutenvård istället skapats på akutmottagningen under den tidsperiod som patientens vistats på akuten. Under 2020 har dock antalet patienter med ett dokumenterat inläggningsbeslut som skrivits hem från akuten minskat med 350 besök, och median vistelsetid för patientgruppen reducerats till 8 timmar.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställt/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |



- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

VO Akutsjukvård har aktivt deltagit i beredningen av förslaget om ett operativt forum för akuta inläggningsprocessen. Vidare har bl.a. vårdplatskoordinatorer tagit fram förbättringsförslag som kommunicerats vidare i organisationen via chefer.

VO Akutsjukvård har även undersökt möjligheter rörande organisatorisk utveckling för att främja ett bättre omhändertagande av gruppen patienter som trots inläggningsbeslut och efter en lång medianvistelsetid skrivs ut från akuten.

Sammantaget har större delen av året präglats av ett intensivt arbete och samverkan med VON med akut inflöde för att främja en smidig inläggning från akuten till slutenvården, främst med avseende på säker och effektiv Covid-hantering.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

VO Akutsjukvård kommer lägga fokus på samverkan och aktivt deltagande för en vidareutveckling av den process som främjar ett effektivt sjukhusgemensamt arbete för smidig inläggning, via TFAV, det operativa forumet för akut inläggning i slutenvården och lokala forum för beslut och utveckling.

Idag följer VO Akutsjukvård samma indikator som Taktisk forum för akuta vårdflöden. För att följa upp akutens utskrivningsprocesser generellt och delprocesser avseende smidig inläggning specifik, ämnar vi tydliggöra och följa upp de mätpunkter som är signifikanta för de processteg och beslutspunkter som VO Akutsjukvård med förändrade arbetsätt har möjligt att påverka.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

Som exempel kan nämnas *dokumenterad bedömning om troligt eller inte trolig inskrivning och dokumenterat inläggningsbeslut.*

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Kort redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder samt resultat utifrån ovan, i förekommande fall

Externrevision – perspektiv VO Akutsjukvård

- **Revisionens syfte**

Att vid ett periodiskt utvecklingsbesök granska verksamhetens prestanda avseende kvalitets- och miljökrav i revisionsstandarder.

- **Revisionsunderlag**

ISO 14001:2015 - ISO 9001:2015

- **Resultat och rekommendationer**

Sammanfattningsvis (på sjukhusnivå) noterade externrevisorerna ett antal punkter som kan komma att bli aktuella vid ett uppföljningsmöte:

- Utbildningsskuld ex genomförda obligatoriska utbildningar
- Forskningsskuld
- Vårdskuld Beddskapsplane-arbete
- Följsamhet till ledningens årshjul, kvalitetsindikatorer
- Handlingsplaner för patientsäkerhet
- Visuella städkontroller

Vid granskning av prestanda noterades på VO Akutsjukvård inga avvikelser men ett antal observationer samt ett antal identifierade styrkor.

Observationer VO Akutsjukvård:

- En utmaning är att det inte finns tillräckligt med vårdplatser för utskrivning så att målet 4 h kan hållas.
- Inget introduktionsprogram finns idag på Akuten för inpasserande läkare men det är på gång att introduceras.



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

- Lågt uppmätt patientnöjdhet för Akuten men kan bero dels på låg svarsfrekvens och dels på att det kan vara svårt för patienten att förstå att akuten bara är en del av hela vårdkedjan.
- Förbättringar görs kontinuerligt men just sortering av stickande och skärande avfall behöver förbättras.
- Antalet stora riskanalyser som normalt görs under året har halverats till följd av Covid-pandemin.
- Svårt att få ut förbättringsförslag från HändelseVis då dessa registreras väldigt olika beroende på vem som rapporterar.

Styrkor VO Akutsjukvård:

- + Utmärkt arbete med att rigga för att kunna ta emot stort antal Covid-patienter med både stående och liggande flöden.
- + Inga kända Covid-utbrott som hade sitt ursprung från Akuten.
- + Utfasning av plastgips pågår och påbörjat med att ersätta med miljövänligt (EKO-certifierat) gips.
- + Den största utmaningen var inte skyddsutrustningen utan de ändringar från smittskydd och folkhälsomyndigheten som kom, och hur man skulle förklara varför man skulle förhålla sig till det ena eller andra. Bland annat förändring då Covid-19 visade sig vara en droppsmitta. Detta klarade man bra för att man var snabbfotade.
- + Ett årshjul håller på att tas fram med olika aktiviteter som ska ske under året.
- + Tillgänglighets- och Läkemedelsavvikelser är vanliga och ska analyseras noggrant. Man har infört ett arbetssätt med ett exceldokument som en Analysgrupp analyserar. Mycket fokus på att hitta röda trådar för att kunna identifiera sådant som kan vara systemfel.

• Genomfört förbättringsarbete 2020:

Arbetet med årshjulet har fortlöpt om än med reducerad hastighet. AKL har under hösten genomfört workshops för arbete med strategisk verksamhetsplanering och sammanställningsarbetet har dessa har påbörjats.

• Planerat förbättringsarbete 2020:

Identifierade observationer planeras analyseras omvandlas till en åtgärdsplan med underliggande aktiviteter. Aktiviteterna placeras inom rätt nivå (strategisk, taktisk eller operativ) och ansvariga för genomförande identifieras. Varje enskild aktivitet följs upp inom identifierat forum för uppföljning och beslut. Uppföljning av åtgärdsplan Externrevision 2020 följs upp i sin helhet på AKL i enlighet med AKLs årshjul. Målet är att identifierade observationer har åtgärdats och om en observation endast hunnits granskas ska denna i åtgärdsplanen vara kommenterad



| | |
|--|--|
| Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020 | |
| Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling | Urspr. version (datum) 2012-11-29 |
| Fastställd/Gäller från: 2020-11-30 | Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg |
| Översyn/revision: 2021-10-01 | Åsa Hammar, chefläkare |

med tydligt motiv till utebliven åtgärd.

Egenkontroll läkemedelshantering

Källa: Rapportor

- **Egenkontrollens syfte**

Årlig granskning av följsamhet till sjukhusövergripande riktlinje för läkemedelshantering enligt direktiv om egenkontroll enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

- **Underlag och medverkande vid egenkontroll**

Egenkontroll av läkemedelshantering genomförs i Rapportor. Alla moment i läkemedelshantering ska gås igenom med hjälp av frågorna i enkäten/checklistan. Vid insamlande av svar bör samtliga berörda involveras som verksamhetschef, MLA, LANS-läkare, vårdenhetschef, läkemedelsansvariga respektive gasansvariga sjuksköterskor.

- **Resultat och rekommendationer**

Vid egenkontrollen noterades behov av några mindre åtgärder som pga av pandemin inte utförts enligt ordinarie plan.

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**

Läkemedelsansvarig sjuksköterska genomför tillsammans med LANS-läkare och ansvarig chef för läkemedelsprocessen årliga översyner och de justeringar som behövs för följsamhet till den sjukhusövergripande riktlinjen för läkemedelshantering. Dock har inte alla aspekter hunnits med att hanteras under 2020 pga av Corona-pandemin.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

De aspekter som inte hunnits med 2020 planeras in till 2021 tillsammans med en ny årlig granskning för att följa upp läkemedelshantering på VO Akutsjukvård.