

# Akut förbättring

ETT NATIONELLT PROJEKT FÖR BÄTTRE  
PATIENTFLÖDEN PÅ AKUTMOTTAGNINGAR





# Akut förbättring

ETT NATIONELLT PROJEKT FÖR BÄTTRE  
PATIENTFLÖDEN PÅ AKUTMOTTAGNINGAR



Upplysningar om innehållet:

Ingrid Carlquist, [ingrid.carlquist@skl.se](mailto:ingrid.carlquist@skl.se)

Marie Källman, [marie.kallman@skl.se](mailto:marie.kallman@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

ISBN: 978-91-7164-994-2

Illustrationer: Caroline Linhult

Foto: Respektive sjukhus

Produktion: Kombinera

Tryck: LTAB oktober 2013

## Förord

Många som inte arbetar inom sjukvården bygger sin bild av sjukvårdssystemet på de erfarenheter som de får när de besöker en akutmottagning, som patient eller anhörig. Det kan ofta vara svårt att förstå vad som händer inom sjukhusens väggar. Hur fungerar akutmottagningen, med dess specialisering och jourssystem, samspel med sjukhusets övriga delar, och remisser till laboratorie- och röntgentjänster? Samtidigt som det pågår det ett högst professionellt och systematiskt arbete på akutmottagningen kan patienten känna osäkerhet och irritation. Varför måste jag vänta? Är jag bortglömd? Blir jag hemskickad? Finns det plats för mig? Det är frågor som det finns alla skäl att respektera och försöka undanröja.

SKL bedriver, tillsammans med sjukvårdshuvudmännen inom landsting och regioner, en mängd olika utvecklingsarbeten som syftar till att skapa bättre resultat, tryggare patienter, bättre arbetsmiljö och ett effektivare arbete. I denna rapport redovisas resultaten av projektet "Akut förbättring", som har pågått sedan sommaren 2012 och som har engagerat akutmottagningarna på 27 akutsjukhus av skiftande storlek. Medarbetarna har själva granskat sina egna arbetsmetoder och rutiner, identifierat förbättringsområden och genomfört konkreta förändringar. Analyserna och arbetet har skett med ett patientperspektiv. Erfarenheterna visar tydligt att det med relativt enkla medel både går att förbättra och snabba upp arbetet inom akutverksamheten.

Denna rapport beskriver bland annat hur de ungefär 400 deltagarna i projektet har formulerat mål, utvecklat samarbetet inom sjukhusen och den övriga vårdkedjan, samt skapat nya interna rutiner. Varje verksamhet är unik, men vissa slutsatser och resultat är generella. Projektet visar att det går att förbättra kvalitén, patientsäkerheten och arbetsmiljön, samtidigt som väntetiderna minskar och patienterna känner sig både bättre informerade och delaktiga i den egna vården.

Arbetet med att utveckla och förbättra det akuta mottagandet blir aldrig färdigt. Det finns alltid sådant som kan bli bättre. Denna rapport kan ses som en samling råd och förslag om hur arbetet kan drivas vidare på bred front.

Stockholm i oktober 2013

Göran Stiernstedt  
*Avdelningschef*  
*Avdelningen för vård och omsorg*



## Innehåll

7	Om projektet
12	Kapitel 1 Blekingesjukhuset Karlskrona
17	Kapitel 2 Skånes universitetssjukvård
20	Kapitel 3 Helsingborgs lasarett
24	Kapitel 4 Länssjukhuset i Kalmar
26	Kapitel 5 Västervik sjukhus
31	Kapitel 6 Oskarshamns sjukhus
35	Kapitel 7 Centrallasarettet Växjö
39	Kapitel 8 Värnamo sjukhus
43	Kapitel 9 Länssjukhuset Ryhov Jönköping
48	Kapitel 10 Visby lasarett
51	Kapitel 11 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra sjukhuset
54	Kapitel 12 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus
58	Kapitel 13 Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Affektiva I
62	Kapitel 14 Skaraborgs Sjukhus Skövde
65	Kapitel 15 Karlskoga lasarett
68	Kapitel 16 Universitetssjukhuset i Örebro
71	Kapitel 17 Lindesbergs lasarett
75	Kapitel 18 Centralsjukhuset i Karlstad
79	Kapitel 19 Mälarsjukhuset Eskilstuna
83	Kapitel 20 Nyköpings lasarett
86	Kapitel 21 S:t Eriks Ögonsjukhus
91	Kapitel 22 Södersjukhuset
95	Kapitel 23 Danderyds Sjukhus
99	Kapitel 24 Akademiska sjukhuset, Uppsala
103	Kapitel 25 Falu lasarett
107	Kapitel 26 Sollefteå sjukhus
111	Kapitel 27 Länssjukhuset Sundsvall Härnösand





## Om projektet

Hur förbättrar man patientflöden vid en akutmottagning? Den frågan har de flesta landsting och regioner arbetat med länge. Med hjälp av ett extra anslag från regeringen startade SKL år 2012 ett nationellt projekt för att ge landstingen möjlighet att hitta lösningar tillsammans. Projektet fick namnet "Akut förbättring" och 27 sjukhus anmälde intresse att delta direkt.

Varje sjukhus har deltagit med ett tvärprofessionellt team och en styrgrupp vid projektets fem seminarier. Sammanlagt blev det ungefär 400 deltagare som gemensamt arbetade med projektets målområden:

- › Öka kvalitet och patientsäkerhet
- › Minska slöseri med patienters tid
- › Öka nöjdhet hos medarbetare

Under seminarierna har team och styrgrupper hämtat inspiration från både föreläsare och varandra, men själva förbättringsarbetet har helt och hållet

ägt rum på hemmaplan. Teamen har kontinuerligt och systematiskt testat nya arbetssätt, och sjukhusens styrgrupper har tagit alla beslut som krävs för ett framgångsrikt förbättringsarbete.

Resultaten är fantastiska. Det har skett klara förbättringar inom projektets alla tre målområden, vid alla deltagande sjukhus! En av anledningarna är kliniköverskridande samarbeten på sjukhusen. De flesta har också initierat samarbeten med aktörer utanför sjukhusens väggar. Samarbeten och överenskommelser är nödvändigt för att skapa bra patientflöden, som svarar mot behoven hos både dagens och framtidens patienter.

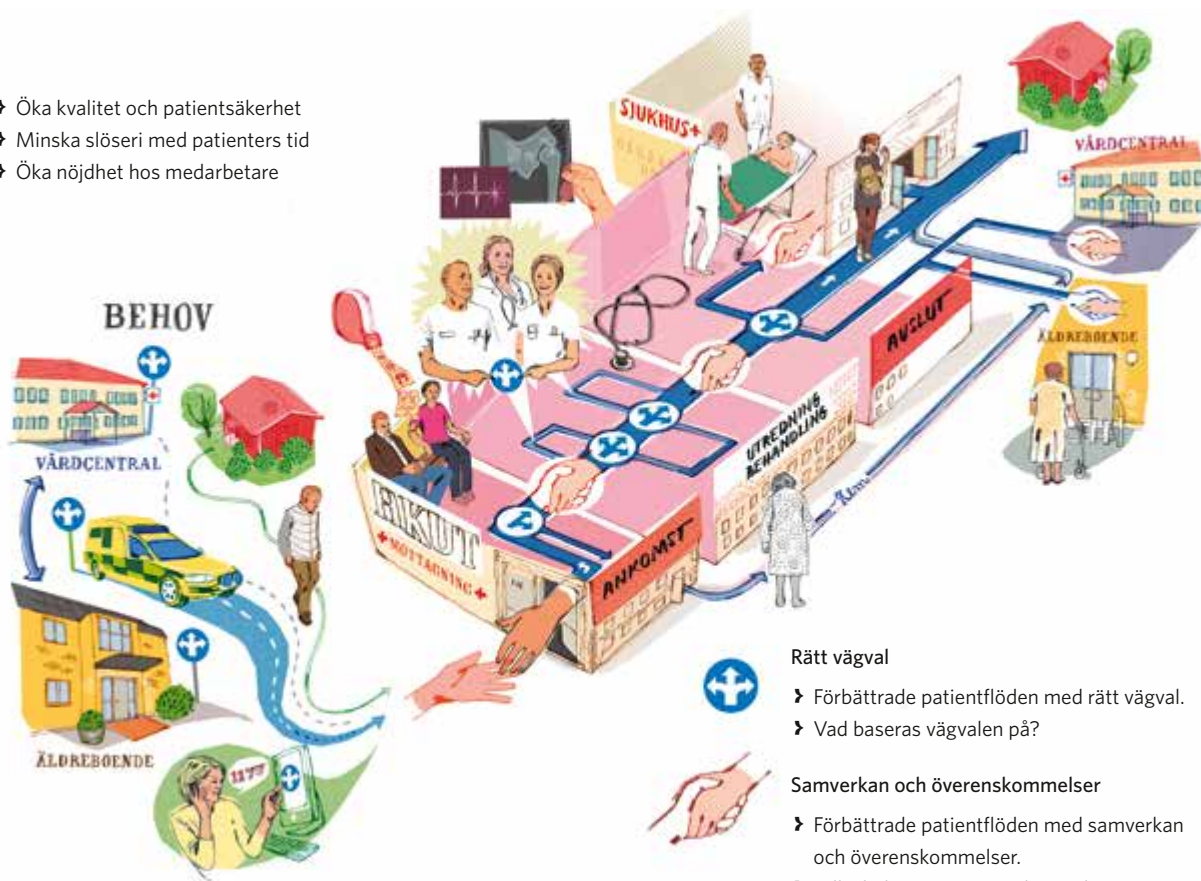
För oss projektledare, Marie Källman och Ingrid Carlquist, har det varit en förmån att få leda detta projekt, som inneburit så stora förbättringar för både patienter och personal. Ett projekt där alla blivit vinnare. Vi vet att alla som deltagit har en stor förbättringskompetens och hoppas att den ska komma till fortsatt användning för att hela tiden utveckla och förbättra svensk hälso- och sjukvård!

## Akutflödet – patientens väg i fokus

Det akuta patientflödet är inte bara akutmottagningens angelägenhet, det är hela sjukhusets och påverkar nästan all verksamhet. Man måste också

se det akuta patientflödet som en del i ett större system i samhället, där alla delar är beroende av varandra. På nästa sida finns en översikt på genomförda förbättringar som har haft en positiv effekt på patientens flöde.

- › Öka kvalitet och patientsäkerhet
- › Minska slöseri med patienters tid
- › Öka nöjdhet hos medarbetare



TABELL 1. Översikt genomförda förbättringar i patientflödets olika delar

Utanför sjukhuset	Akuten	Inom sjukhuset
<i>Samarbete med andra aktörer:</i> Helsingborg, SU Psykiatri, Karlstad, Falun, Värnamo	<i>Specialistläkare i första ledet:</i> Blekingesjukhuset, Oskarshamn, Jönköping, SU Östra sjukhuset, SU Psykiatri, Örebro, Nyköping, S:t Eriks ögonsjukhus, Södersjukhuset, Danderyd	<i>Förändrade rutiner på röntgen och ökat samarbete mellan röntgen/akutmottagning:</i> Blekinge, Växjö, Jönköping, Sollefteå, Helsingborg, Visby, Nyköping
<i>Tillgång till tidböcker i primärvård:</i> Jönköping, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus	<i>Teamarbete:</i> Blekingesjukhuset, Värnamo, Visby, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, SU Psykiatri, Skövde, Karlskoga, Södersjukhuset, Falun, Nyköping	<i>Förbättrat samarbete mellan ambulansen, akuten och övriga mottagningar, vårdplatskoordinator samt vårdavdelningar, t.ex. rondrutiner:</i> Oskarshamn, S:t Eriks ögonsjukhus, Mälarsjukhuset, Falun, Danderyd
<i>Ambulansen kör direkt till röntgen och vårdavdelning:</i> Sundsvall-Härnösand	<i>Ingen triage eller endast vid kö:</i> SUS, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Uppsala	<i>Inga eller minskade återbesök på akutmottagningen:</i> Lindesberg, Jönköping
<i>Primärvården på akutmottagningen:</i> Helsingborg	<i>Strukturerat hänvisningsarbete:</i> SU Östra sjukhuset	<i>Schemaanpassning:</i> Blekingesjukhuset, Västervik, Jönköping, SU Psykiatri
	<i>Standardiserade arbetssätt och checklistor:</i> Blekingesjukhuset, SUS, Västervik, Oskarshamn, Växjö, Värnamo, Jönköping, Visby, Skövde, S:t Eriks ögonsjukhus, Danderyd, Uppsala, Sollefteå	
	<i>Omfördelning av arbetsuppgifter</i> <i>Tex sjuksköterskor skriver remiss för röntgen, ultraljud och ortopediska hjälpmedel:</i> Blekingesjukhuset, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Lindesberg, Danderyd, Sollefteå, Sundsvall-Härnösand	
	<i>Daglig styrning:</i> SUS, Visby, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, S:t Eriks ögonsjukhus, Falun, Sollefteå	
	<i>Primärvården på akutmottagningen:</i> Helsingborg	
	<i>Minskad utredning av patienter på akuten:</i> Oskarshamn	
	<i>Läkare som undersöker patienten har rätt att göra överflyttning till annan klinik:</i> Lindesberg	
	<i>Systemiskt möte – att lära av patienter:</i> Blekingesjukhuset, Västervik, Lindesberg, Södersjukhuset	
	<i>Patientinformation:</i> Sundsvall-Härnösand, Sollefteå, Västervik, Värnamo, Jönköping, Nyköping, Lindesberg, Karlskoga	
	<i>Timeout:</i> Blekingesjukhuset	
	<i>Schemaanpassning:</i> Blekingesjukhuset, Västervik, Jönköping, SU Psykiatri	
	<i>Minimerad kontantbetalning på akuten:</i> Blekingesjukhuset	
	<i>Rehab på akutmottagningen:</i> Helsingborg	
	<i>Sektionslös akutmottagning:</i> Växjö	
	<i>Förbättrad introduktion av ny personal samt utbildningsinsatser:</i> Oskarshamn, Växjö, Värnamo, Visby, SU Östra sjukhuset, SU Psykiatri, Sundsvall-Härnösand, Sollefteå, S:t Eriks ögonsjukhus	
	<i>Sjuksköterskestyrda inläggningar vid luckan:</i> SU Östra sjukhuset	
	<i>Snabbspår:</i> Västervik, SU Östra, SU Psykiatri, Skövde, Karlstad, Danderyd	
	<i>Se och behandla-flöde (tidigare omhändertagande vid lägre medicinsk prioritering),</i> Visby	

TABELL 2. Sammanfattning av resultat

	Sjukhus	Minska slöseri med patienters tid	Öka kvalitet och patientsäkerhet	Öka nöjdhet hos medarbetare	Hit har vi nått på Indextavlan
1	Blekingesjukhuset Karlskrona				7
2	SUS Malmö-Lund				9
3	Helsingborgs lasarett				8
4	Länssjukhuset i Kalmar				8
5	Västerviks sjukhus				10
6	Oskarshamns sjukhus				6
7	Centrallasarettet Växjö				8
8	Värnamo sjukhus				7
9	Länssjukhuset Ryhov Jönköping				9
10	Visby lasarett				8
11	SU Östra sjukhuset				9
12	SU Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus				10
13	SU Östra sjukhuset Psykiatrisk akutmottagning				7
14	Skaraborgs Sjukhus Skövde				10
15	Karlskoga lasarett				9
16	Universitetssjukhuset Örebro				10
17	Lindesbergs lasarett				8
18	Centralsjukhuset i Karlstad				8
19	Mälarsjukhuset Eskilstuna				7
20	Nyköpings lasarett				8
21	S:t Eriks Ögonsjukhus				7
22	Södersjukhuset				8
23	Danderyds Sjukhus				8
24	Akademiska sjukhuset Uppsala				7
25	Falu lasarett				7
26	Sollefteå sjukhus				10
27	Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand				9

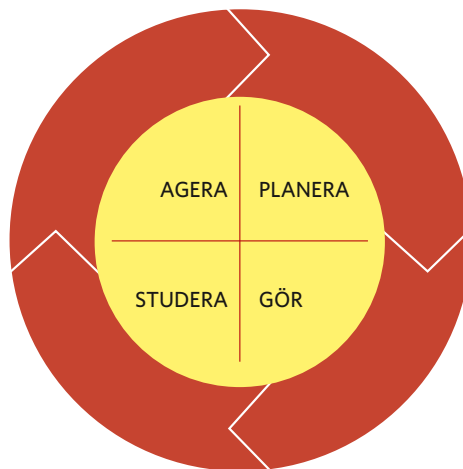
	De mål vi satte vid projektstart är uppfyllda
	Målen är inte uppfyllda, men vi ser klara förbättringar
	Målen är inte uppfyllda, och inga förbättringar kan ses

# Index

## Akut förbättring

10. Etablerad struktur för ständiga förbättringar finns
9. Ett väl fungerande flöde för patienterna är etablerat
8. Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar
7. Förändringar har börjat testats och förbättringar kan ses i delar av flödet
6. Mätningar utförs regelbundet
5. Mått är definierade och godkända i Projektplanen
4. Mål är satta inom de tre målområdena och godkända i Projektplanen
3. Flödet är kartlagt och samtliga i team och styrgrupp har gått flödet
2. Patientmedverkan finns
1. Flödet är identifierat och definierat

Kontinuerlig avstämning har gjorts mot "Akut förbättrings" Index för att identifiera vilket steg man nått till på skalan.



PDSA-cirkeln (Plan, Do, Study, Act) är ett verktyg som använts i förbättringsarbetet.

# Blekingesjukhuset Karlskrona

”Vi tar Time-out”

## Bakgrund

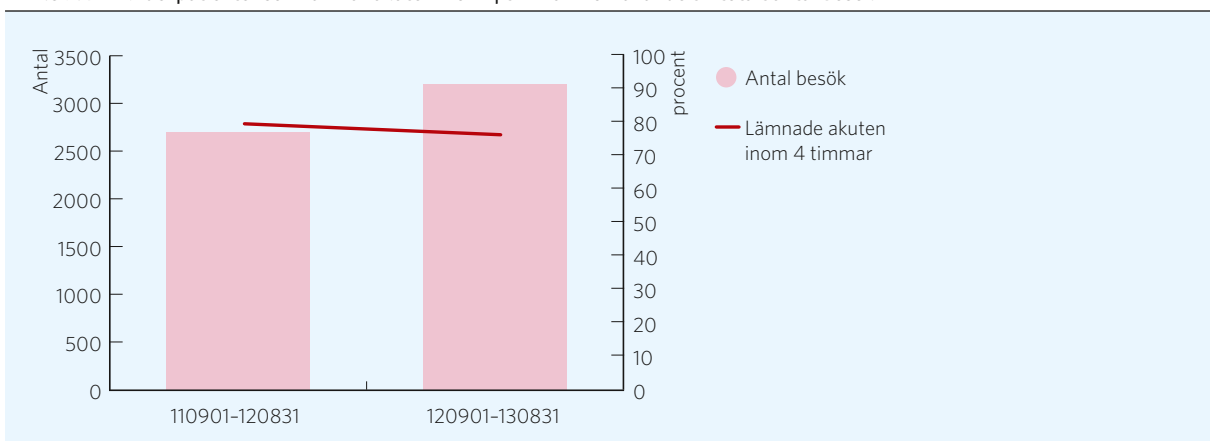
På akutmottagningen i Karlskrona har man sedan några år haft en utveckling med en ökande andel besök och en stressigare arbetsmiljö. För att följa med i utvecklingen och möta patienternas behov krävs spetskompetens i allt högre grad. Antal multisjuka patienter ökar ständigt vilket ger en tilltagande vårdtyngd och ställer krav på en flexiblere vård med helhetssyn. Personalen på akutmottagningen upplever mot denna bakgrund, frustation i sin strävan att få resurserna att räcka till men också inför att

inte kunna påverka de patientflöden som löper såväl inom som utom akutmottagningens egna väggar.

## Resultat

Sammanfattningsvis visar resultatet att trots att patientbesöken har ökat med 20 procent under projekttiden har vistelsetiden för patienterna ökat marginellt. Medeltiden för första läkarbedömning är under perioderna ovan nästan oförändrade, cirka 1 timme och 30 minuter. ”Akut förbättring” har bi-

DIAGRAM 1. Andel patienter som lämnar akuten inom 4 timmar i förhållande till totalt antal besök



dragit till en ökad medvetenhet hos medarbetarna och där igenom nya idéer på smartare arbetssätt, nedan följer idéer som prövats och till viss del implementerats under projektiden

### Minska slöseri med patienters tid

#### › *Verksamhetsanpassad läkarbemanning ortoped*

Från och med 2012-09-01 upphörde all ortopedisk akutverksamhet i Karlshamn och patienterna från västra Blekinge hänvisades till Karlskrona. Omgående märktes en ökad belastning vid jourlinjen i Karlskrona. Under projektiden har läkarbemanningen förändrats genom schemajustering, detta för att bättre möta den patienttillströmning som framkommit vid genomförda mätningar. Detta har lett till kortare väntetider och minskad stress. Mediantiden nedan visar vistelsetid ”dörr till dörr” för patienten.

#### › *Förbättrat samarbete mellan Röntgenkliniken och akutmottagningen*

På Röntgenkliniken har man jobbat med att prioritera undersökningar från akutmottagningen samt infört en direktlinje till jourhavande radiolog.

#### › *Minimerad kontantbetalning på akutmottagningen*

Syftet var att minska kontanthantering, därför erbjuds patienterna faktura i första hand men även kort eller kontantbetalning tas emot dygnet runt. Andelen kontanter under augusti 2012 jämfört med augusti 2013 har minskat med 92%. Rån och stöldrisken mot personalen har minskat.

#### › *Förbättrad triage*

Test har gjorts på medicinsidan med ST-läkare alternativt specialist som primär-bedömt alla icke ambulansinkommande patienter. Ett flertal slutsatser avseende organisation, läkarkompetens och samarbetsproblem/möjligheter kunde dras under testperioden.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

#### › *Delegering och utbildning till sjuksköterska att skriva röntgenremiss*

Sjuksköterskorna på akutmottagningen har utbildats och fått delegation i att skriva remisser för vissa röntgenundersökningar.

#### › *Checklista avdelningsklar patient*

Ett verktyg för säker överlämning av patient från akutmottagning till avdelning. Exempel på punkter på checklistan är ordinationer och rapportering.

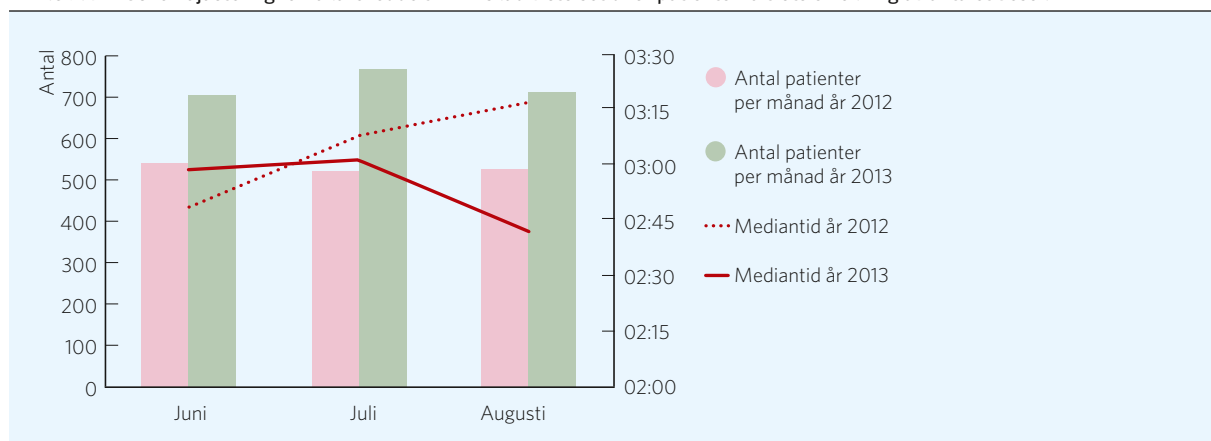
#### › *Patientenkät och medarbetarenkät*

Patient och medarbetarenkät har utförts på akutmottagningen och vidareutvecklats så att den numera genomförs en gång per månad. Resultatet redovisas till all personal. Enkäterna visar på en ökad känsla av delaktighet bland personalen och patienterna får fortlöpande möjlighet att förmedla sin åsikt.

#### › *Systemiska möten*

Teamet har genomfört två systemiska möten. Avsikten med mötena har varit att genom patientens berättelse identifiera brister samt fånga upp patientens känsla och erfarenhet. Här igenom

DIAGRAM 2. Schemajustering för läkare ledde till minskad vistelsetid för patienterna trots en ökning av antalet besök



har det skapats förutsättningar för ett lärande och ett bredare synsätt hos de som varit närvarande. De två systemiska möten som genomförts har uppfattats som mycket positiva av personalen och något man vill utveckla vidare.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

#### › *Förbättringsträd och förbättringstavla*

Förbättringsträd och tavla har införts på akutmottagningen. Inga förslag är för stora eller små för att sättas upp på trädet. 66 förslag har inkommit varav 24 är påbörjade och 10 är klara. Förslagen handläggs av en förbättringsgrupp som sätter upp cirka 10 ärende löpande på förbättringstavlan. Exempel på förslag är whiteboardtavlor vid medicinteknisk utrustning för signering vid kontroll och åtgärder för förbättrad sekretess vid avdelningsstationerna.

#### › *Ett första steg till en annan kultur*

Projektet har tagit ett första steg mot en annan kultur i att öka dialog och samverkan. Idag är det mer naturligt att ta initiativ till att göra enkla mätningar i syfte att kunna påvisa eller inhämta underlag inför tester av nya arbetssätt. Det upplevs också finnas en större acceptans för oliktankandet kring olika problem och dess lösningar. Inte minst har "Akut förbättring" visat för personalgruppen att med fakta, god dialog och hängivenhet kan man påverka och härigenom skapa möjligheter för en bättre vård och en bättre arbetsmiljö.

### Idéer med potential som kräver vidareutveckling

Teamet har utvecklat och till viss del prövat ett antal andra idéer som på sikt har stor potential att ge resultat. Exempel på dessa är:

#### › *Optimerad överlämning av patienten till Röntgenkliniken*

Checklista har utformats för säkrare överlämning och överrapportering från akutmottagningen till röntgen och för vidare transport till avdelning.

#### › *Time-out*

Är ett verktyg att tillgå då patientflödet är svårt att hantera. Då en eller flera i teamet behöver stanna upp för att få ge eller erhålla fullständig lägesrapport.

#### › *Teamarbete*

Teamarbete innebär bl. a att varje sjuksköterska endast arbetar med en läkare under sitt arbetspass och endast har hand om de patienter läkaren/teamet tittat på. Vi räknar med att teamet handlägger en patient i timmen i medeltal och att teamet kan påbörja handläggningen av 2–3 patienter i timmen. Detta skulle innebära att teamet aldrig har hand om mer än 3–4 patienter per timme. Läkaren kommer under sitt arbetspass att ibland jobba med två olika sjuksköterskor men endast en åt gången. Genom att det blir tydligt vilka två som arbetar tillsammans blir kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska bättre och att båda vet vad som är planerat för respektive patient.

Detta innebär stora vinster, inte minst för patientsäkerheten, jämfört med nuvarande arbetssätt. Principen för hela teamtanken är; en sjuksköterska, en doktor. Om man följer denna tanke innebär det också att helarbetet blir något mindre för personalen på akuten. Att schemalägga raster och luncher blir också enklare då hela teamet, sjuksköterska och doktor, tar rast och lunch samtidigt. Eventuella överrapporteringar minskar och endast pågående behandlingar behöver rapporteras.

#### › *Läkare i triagen*

Nya tester bör göras på medicinsidan då man kan prova att ha snabbspår där kompetent läkare bedömer vissa patientkategorier i triagen (icke ambulanspatienter) men inte alla patienter. Med detta test skulle man kunna adressera en hel del av de svårigheter som identifierades i tidigare test.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Trots en 20 procent ökad patienttillströmning under det gångna året har vistelsetiden för patienterna enbart ökat marginellt. Svaret på hur detta är möjligt ligger sannolikt i kraften hos flera små förbättringar men också i en ökad medvetenhet om gemensamma problem. Genom "Akut förbättring" har dialog med kringliggande verksamheter runt akutmottagningen inletts, således förs det nu samtal gällande de gemensamma flödena med primärvård och sjukhusets avdelningar. Projektet har möjliggjort ett första steg i arbetet med att identifiera gemensamma problem och därefter finna gemensamma lösningar men mycket arbete återstår.



Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Under hösten 2013 kommer tre tester att genomföras:

- › **”Snabbsår”, samarbete med ortopedkliniken**  
Ett test av teamarbete i liten skala med sårskador som kommer till ortopedakuten. Testet innebär att flödet komprimeras så att patienten omhändertas av undersköterska/ sjuksköterska samtidigt som läkaren bedömer och handlägger.
- › **”Ortopedläkare tillgänglig vid triage”, samarbete med ortopedkliniken**  
En utveckling av testet med medicinläkare i triagen. Testet innebär att den läkare med högst kompetens (ST-läkare eller specialist i ortopedi) benämns arbetsledande doktor och ska vara tillgänglig för snabba bedömningar direkt vid triagering. Testet omfattar utvalda symptom eller frågeställningar. Den arbetsledande funktionen innebär ett ansvar för samarbete med ansvarig sjuksköterska så att patientflödena optimeras.
- › **”VIP-kort”, samarbete med primärvården för slussning av patienten till rätt vårdnivå**  
Dialog förs med primärvården om införandet av VIP-kort. Triage-sjuksköterskan träffar patienten och slussas vidare med hjälp av ett beslutstöd. Kortet lämnas till patienten som får träffa en sjuksköterska på sin vårdcentral utan tidsbokning inom 24-timmar.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

I framtida förbättringsarbete kommer ”PDSA”-hjulet att vara centralt. Tydlig vägledning och överskådligt kring var man befinner sig i processen. Stort fokus kommer att läggas på utvärdering!

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

- › **För våra patienter och medarbetare**  
Ökad kunskap hos medarbetarna om arbetssätt för att optimera patientens vistelse på akutmottagningen. Bättre anpassad läkarbemanning. Ökad insikt om vikten av att inhämta patienternas synpunkter. Nyttänkande gällande att kunna påverka sin arbetsplats.
- › **För oss som deltagit, både i team och styrgrupp**  
Förbättrat samarbete mellan olika yrkesgrupper och kliniker. Lärorikt och utvecklande för både team och styrgrupp att arbeta med gemensamma frågor. Öppet sinne skapar förutsättning för nytt arbetssätt. Vidgade vyer genom möten med andra sjukhus.
- › **Samarbeten över gränser**  
Ett forum och en kommunikationsväg. Ögonöppnande det vill säga, förståelse för andras problem. Möjlighet att med enkla medel göra patientens besök mer friktionsfritt.
- › **Övrigt vi vill förmedla**  
Det går även om det tar tid. Viktigt med tydliga och gemensamma mål. Upplägget i ”Akut förbättring” är ett utmärkt sätt för att lösa problem.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Patienten i fokus i tanke och handling.
- › Smidigare triage och snabbspår.
- › Time-out.
- › Testa små saker och systemiska möten.
- › Samarbete med andra.
- › Att arbeta i tvärprofessionella team.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

Information – information – information. Strukturera, prioritera, sortera och delegera.

Tänk förutsättningslöst, ha tålamod. Viktigt att förankra hos chefer, ledning och medarbetare.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Förändringar har börjat testats och förbättringar kan ses i delar av flödet.”



## ”Akut förbättring” på Blekingesjukhuset Karlskrona

### Projektledare

*Carina Ingemansson,*  
carina.ingemansson@ltblekinge.se

### Team

*Marie Bohlin,* avdelningschef, vårdadministration  
*Elda Cernac,* sjuksköterska, akutmottagningen  
*Elisabeth Claesson,* sjuksköterska,  
akutmottagningen  
*Johanna Elofsson,* specialistläkare, ortopedkliniken  
*Anita Lindström,* undersköterska, akutmottagningen  
*Magnus Petersson,* specialistläkare, medicinkliniken  
*Rutger Stjernström,* ST-läkare, kirurgkliniken

### Styrgrupp

*Gunilla Skoog,* planerings och utvecklingsdirektör,  
ordförande i styrgruppen  
*Kerstin Elmberg,* verksamhetschef,  
röntgenkliniken  
*Håkan Friberg,* verksamhetschef, ortopedkliniken

*Bengt Jernby,* verksamhetschef, kirurgkliniken  
*Håkan Klementsson,* verksamhetschef  
akutkliniken tom 2013-08-11

*Mats Berggren,* verksamhetschef, akutkliniken  
from 2013-08-12

*Karl Palm,* avdelningschef, akutmottagningen  
*Hans Åkesson,* verksamhetschef, medicinkliniken

### Handledare

*Annelie Runesson-Ottosson,* utvecklingsstrateg

### Om sjukhuset

Blekingesjukhuset består av två sjukhus, ett i Karlskrona och ett i Karlshamn. Sammantaget upptagningsområde är cirka 150 000 invånare. Den akuta verksamheten är koncentrerad till Karlskrona och den elektiva verksamheten till Karlshamn. Akutmottagningen i Karlskrona har årligen cirka 32 000 besökare.

# Skånes universitetssjukvård

”Så får vi med alla”

## Bakgrund

Förutsättningarna förändras konstant för våra akutmottagningar på SUS. Av olika anledningar har vi inte kunnat möta dessa utmaningar fullt ut. Vi har arbetat med förbättringar men inte lyckats hålla samma takt som förändringarna har skett. Vi har inte heller haft tydligt fokus på patientens hela väg genom systemet och inte alltid haft fokus på patientens slöseri. Denna situation har påverkat vår patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö negativt.

## Resultat

### Minska slöseri med patienters tid

Vi har gått igenom hela vårt flöde och försökt att leta efter flaskhalsar och slöserier med patientens tid. När vi sedan har förbättrat har vi koncentrerat oss på de projekt som har förbättrat för patienten. Till exempel, har vi tagit bort triage i Malmö och ökat fyra timmars-målet från i genomsnitt 63% till ca 71%. Det innebär att fler patienter har kortare väntetid.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Vi har arbetat mycket med att skapa och införa standardiserade arbetsätt i stort och smått. Vi har arbetat med hela flöden men också med innehållet i en stickvagn och städning generellt. Stor möda har lagts på att se till att de standards vi byggt efterföljs av alla och om de inte gör det försöker vi ta reda på varför. Är det standarden det är fel på ändrar vi den och börjar om från början. Vi frågar oss inte varför de inblandade inte följer standarden utan hur det är möjligt att göra fel. Exempel: Vi såg att förmaksflimmer-patienter behandlades olika beroende på vilken sjuksköterska och läkare som fick träffa patienten. Vi har gjort ett nytt PM för hur dessa patienter skall hanteras tillsammans med de kliniker som hanterar dessa patienter efter oss. Vi håller just nu på att implementera detta PM enligt våra rutiner med efterföljande uppföljning.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

Vi har arbetat med delaktighet och tydliga ramar för alla på arbetsplatsen. Varje morgon har vi pulsmöte där vi pratar om hur dagen innan varit och hur vi kan göra det bättre idag. Vi tar med oss större förbättringsprojekt som vi inte kan lösa på morgonmötet

till en förbättringstavla som vi möts kring en gång i veckan. Där ger vi möjlighet för alla att påverka sin arbetsplats, åsikter är värdefulla och behandlas på ett respektfullt sätt. Med hjälp av vår förbättringstavla får vi alla informerade om pågående projekt och gör alla delaktiga i förändringsarbetet.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Vår grupp kommer att kvarstå som förvaltare av den metod vi byggt upp och som experter på förbättringsarbete. Vi kommer att gå in i alla nya projekt och lära ut och förbättra vår metod tillsammans med dem som arbetar i de nya projekten. Vi följer upp våra projekt och dagliga arbete, med pulstavlor, daglig styrning och förbättringstavlor.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Vi kommer inte att träffas som vi gjort en gång i veckan utan vi kommer att ha avstämningsmöten någon gång per termin där vi fortsätter att utmana vår metod. Styrgruppen är idag vår ledning och de kommer att styra vår verksamhet som de gjort under hela projektet.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

#### *För våra patienter och medarbetare*

Vi försöker alltid att utgå från patienten, och utmanar våra medarbetare och kollegor, att utgå från patienten och det flödet som patienten tillhör. Vi är helt övertygade om att det gagnar patienten mest men också våra flöden.

### *För oss som deltagit, både i team och styrgrupp*

Gruppmedlemmarna har vuxit i sin roll som förändringsarbetare och lärt oss mycket om verksamheten då vi skärskådat varje del av vår egen verksamhet. Vi har också fått mycket nya idéer till oss från våra andra medlemmar i projektet. För samarbeten över gränser – vi har testat samarbete övergränserna på vårt eget sjukhus och förstår nu hur komplext det är. Samarbetsviljan finns men ibland inte medlen att vara med och förändra.

### *Övrigt vi vill förmedla*

Det krävs ihärdighet och tålamod för att en förändring skall bli långsiktig.

### Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Utgå från patientens behov.
- › Arbeta med att förbättra flödet, inte bara de enskilda resurserna i flödet.
- › Ha respekt för alla i organisationen, medarbetar, patienter och samarbetspartners.
- › Ta vara på kunskapen och kraften hos dem som arbetar med patienterna men se till att det finns tydliga ramar och metoder.
- › Mät, testa, mät och testa igen.

### Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Be om hjälp av någon med erfarenhet som lär er metoder för förbättringar men stå sedan starkt för innehållet.
- › Ge inte upp, det tar tid och är svårt att förändra.
- › Tro på att om du förbättrar med patientens behov i centrum så följer en bättre arbetsmiljö och patientsäkerhet också.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Ett väl fungerande flöde för patienterna är etablerat.”



## ”Akut förbättring” på Skånes universitetssjukvård

### Projektledare

*Katarina Bexelius*, katarina.bexelius@skane.se

*Mattias Jönsson*, mattias.jonsson@skane.se

### Team

*Anders Håkansson*, undersköterska, Lund

*Björn Eek*, akutmakare, Lund

*Annika Andersson*, läkarsekreterare, Malmö

*Sara Mårtensson-Strömqvist*, undersköterska, Malmö

*Olof Fager Bengtsson*, sjuksköterska, Malmö

*Sanet Andersson*, akutmakare, Malmö

### Styrgrupp

*Eva Thorén Todoulos*, divisionschef, SUS

*Jan Ljunghusen*, verksamhetschef, akutkliniken, SUS

*Margareta Grabe Andersson*, tf verksamhetschef, akutkliniken, SUS

*Mattias Wieloch*, medicinsk enhetschef, akutmottagningen, SUS Malmö

*Ann-Charlotte Grönsterwall*, områdeschef, SUS Malmö

*Maria Olson Andersson*, verksamhetschef, medicinkliniken, SUS

### Handledare

*Lena Lund*, verksamhetsutvecklare – leankonsult.

*Ingrid Lenninger*, projektsamordnare inom fysisk utveckling

### Om sjukhuset

Skånes Universitetssjukhus är ett nybildat sjukhus sedan ett par år tillbaka. Lunds Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Malmö Allmänna sjukhus slogs ihop 2010 och bildade ett nytt storsjukhus.

Sammanlagt har SUS ca 400 akutmottagningsbesök per dygn och antalet anställda på Skånes Universitetssjukhus är ca 12 500.

# Helsingborgs lasarett

”Akutprocessen – ett recept på gränslös förbättring”

## Bakgrund

Helsingborgs lasarett har sedan årsskiftet 2009/2010 drivit utvecklingsarbetet Akutprocessen sedan sjukhusets ledningsgrupp beslutade att prioritera förbättringar av sjukhusets akuta flöden. Centralt i arbetet är att arbeta med kontaktytorna över hela sjukhuset och att utveckla medarbetarskap och ledarskap. Utvecklingen av arbetsprocesser är helt medarbetarstyrt medan chefernas roll är att sätta ramar, följa upp och stödja arbetet.

I arbetet med ”Akut förbättring” involverades samtliga processledare från Akutprocessen och dessutom medarbetare från verksamhetsområdena Barn- och ungdomsmedicin och Diagnostik.

Där Akutprocessen arbetar med flöden på makronivå, har vi i projektet ”Akut förbättring” identifierat och analyserat mikroflöden. Förbättringsarbeten inom de olika mikroflödena har initierats och pågår parallellt, varav resultat från tre av dessa presenteras i avsnittet nedan.

Två olika flöden finns i dag för barnpatienter; Barn- och ungdomsmedicinska akutmottagningen (BAM), för medicinbarn, och ett för övriga specialiteter på Akutmottagningen. Bilddiagnostik är en viktig aktör i projektet genom sin centrala roll för patientflöden.

## Resultat

### Privatjouren (primärvården) på akutmottagningen

Införande av privatjouren (primärvården) på akutmottagningen under jourtid helger och måndagar.

### *Minska slöseri med patienters tid*

Vistelsetiden för patienterna under dessa tider har minskat med i genomsnitt 38 minuter.

### *Öka kvalitet och patientsäkerhet*

I genomsnitt kommer 11 patienter färre till speciallistdiskarna inne på akutmottagningen när privatjouren är på plats. Det innebär att fler patienter behandlas på rätt vårdnivå från början.

### *Öka nöjdhet hos medarbetare*

Resultatet av enkätundersökning visar att en stor majoritet av medarbetarna på akutmottagningen upplever att samarbetet med privatjouren fungerat bra eller mycket bra.

### **Traumatransfer**

Patienter på traumatransfer ligger fixerade tills det stora antalet röntgenbilder som det handlar om, är bedömda. Det visade sig att dessa patienter inte alltid prioriterades av röntgenavdelningen. Information om att patienter ligger på traumatransfer anges nu tydligt på röntgenremissen, så rätt prioritering kan ske på röntgenavdelningen.

### **Minska slöseri med patienters tid**

Förtydligandet av remisskrivningen skapar förutsättningar för ett snabbare flöde till röntgenundersökning, vilket förkortar tiden som patienter behöver ligga på traumatransfer.

### **Öka kvalitet och patientsäkerhet**

Tiden då patienten får uppleva obehaget av att ligga på traumatransfer blir kortare och risken för tryckskador minskar. Även tiden till behandling förkortas.

### **Öka nöjdhet hos medarbetare**

Då patienter som ligger på traumatransfer behöver övervakning minskar också den tid som tar personalresurser i anspråk för detta när tiden på traumatransfer förkortas. Tid frigörs därmed för direkta omvårdnadsinsatser och skapar förutsättning för minskad stress och frustration.

### **Rehab på Akutmottagningen**

Sjukgymnast ingår i arbetsteamet på akutmottagningen och gör bedömningar och insatser som i flera fall visar sig vara direkt avgörande, eller har underlättat läkarens beslut så att patienter kunnat gå hem i stället för att läggas in.

### **Minska slöseri med patienters tid**

Genom att undersökning, bedömning och information ges av sjukgymnast till patienter som har ett mervärde av detta, används tid som annars hade varit ”i väntan på..” till att skapa ett mervärde för dessa patienter.

### **Öka kvalitet och patientsäkerhet**

Genom att sjukgymnast gör bedömning av patienten blir denna komplett och andra behov kan tillgodoses, som exempelvis hjälpmedel, information och träningsprogram. Kontakter och överrapportering till kommunen underlättar övergången.

### **Öka nöjdhet hos medarbetare**

Sjukgymnast har specifik kompetens att ge information till patienter rörande vissa tillstånd och utföra vissa arbetsuppgifter. Det upplevs positivt av omvårdnadspersonal och läkare att sjukgymnast tillför denna kompetens.

### **Barnflödet**

För att tydliggöra barnperspektivet på akutmottagningen har utveckling av gemensamma lösningar mellan barn- och ungdomsmedicinska akutmottagningen (BAM) och akutmottagningen inletts.

### **Minska slöseri med patienters tid**

Införande av Retts-p på akutmottagningen leder sannolikt till snabbare genomloppstid.

### **Öka kvalitet och patientsäkerhet**

Då alla barn på akutmottagningen bedöms enligt Retts-p sedan maj 2013 tillgodoses behovet av en objektiv bedömning av barn utifrån ålder och sörsak. Gemensamt ”smärtkort” utarbetas tvärprofessionellt. Införande av specialist i första ledet dagtid, vardagar på BAM.

### **Öka nöjdhet hos medarbetare**

Retts-p ger sjuksköterskorna en ökad trygghet i att göra riktiga bedömningar. Teamkänslan på BAM har ökat sedan dagligt morgonmöte med samtlig personal har införts.

### **Sammanfattning måluppfyllelse**

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Region Skåne inledde under våren 2013 en genomgripande organisationsförändring i syfte att förbättra samarbete och att sätta fokus på patientprocesser. Hälso- och sjukvården är nu organiserad i tre sjukvårdsförvaltningar, som i sin tur är uppdelade i divisioner. Denna omorganisation öppnar för stora möjligheter för att utveckla processtänkandet ytterligare.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Det är i dag ännu oklart hur framtidens struktur för förbättringsarbete kommer att se ut, men fortsätter tills vidare i nuvarande form. Det sedan 2012 inleda samarbetet mellan Beth Israel Deaconess Medical Centre och Helsingborgs lasarett kommer att fortsätta. Detta innefattar en fortsatt utveckling på Akutmottagningen avseende kompetens för samtliga yrkesgrupper.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

### För våra patienter och medarbetare

- › Ökad kvalitet och säkerhet, den värdeskapande tiden har ökat.
- › En ökad delaktighet/möjlighet att påverka för medarbetarna.

### För oss som deltagit, både i team och styrgrupp

- › Tillvaratagande av kunskap, inspiration, insikt och ökad kunskap.

### För samarbeten över gränser

- › Skapande av relationer ger ökad förståelse och bättre samarbete.

### Övrigt vi vill förmedla

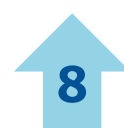
- › Genom nätverk och idéer från andra undviks att ”uppfinna hjulet” om igen.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Var systematisk; Använd en metodik, sätt tydliga mål och kom ihåg att ”mäta för att veta”.
- › En gemensam bild; Var överens om nuläget innan arbetet med nya arbetssätt inleds.
- › Överlåt ansvaret att utveckla arbetsprocesserna till medarbetarna.
- › Ledarskapet; Cheferna ska vara beslutskompetta, coacha, följa upp och stödja.
- › Utgå från patienten i alla analyser och kreativa lösningar.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Beslut om förbättringsarbete måste vara förankrat och viktigt i hela chefslinjen.
- › Förbättringsarbetet ska vara planerat och strukturerat med avsatt tid och tidplan.
- › Mål måste vara tydliga, och mätning före, under och efter en förändring ska göras.
- › Använd alla yrkesgrupper i utvecklingsarbetet, värdesätt lärandet.
- › Kunskap om förbättringsarbete behövs hos alla medarbetare, men välj ut de som ska leda arbetet och utbilda dessa i en metodik.
- › En projektledare/samordnare med ett tydligt uppdrag behåller fokus framåt.
- › Kommunikation och information är A och O, liksom tålamod och ihärdighet.
- › Kontinuerliga och gränsöverskridande möten är avgörande!
- › Våga testa och visualisera resultaten!



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”







## ”Akut förbättring” på Helsingborgs lasarett

### Projektledare

*Maria Comet*, utvecklare, maria.comet@skane.se

### Team

*Katarina Johansson*, sjuksköterska, akutvårdsavdelning Infektion

*Johanna Lindeberg*, undersköterska, bitr enhetschef, akutmottagningen

*Lisen Ignell*, specialistläkare, barn- och ungdomsmedicinska akutmottagningen

*Mia Arheden*, sjuksköterska, enhetschef barn- och ungdomsmedicinska akutmottagningen

*Marie Kwart*, sjuksköterska, barn- och ungdomsmedicinska akutmottagningen

*Marie Nordstedt*, undersköterska, Helsingborgs akutvårdsavdelning

*Mia Mauritsson*, sjukgymnast, akutmottagningen

*Lena Tinebo*, sjuksköterska, akutvårdsavdelning kirurgi och öron-näs-hals

*Eleni Ikonomidou*, narkosköterska, operationsavdelningen

*Anna Sandberg*, sjuksköterska, ortoped avd 38

*Helene Kihlman*, röntgensjuksköterska, röntgenavdelningen

*Peter Adauktusson*, enhetschef, akutmottagningen

*Marianne Wernebrink*, sjuksköterska, akutvårdsavdelning infektion

*Karin Nilsson*, sjuksköterska, akutmottagningen

### Styrgrupp

Ledningsgruppen på Helsingborgs lasarett, på lärseminarier företrädd av *Kjell Ivarsson*, ordf. verksamhetschef, akutcentrum.

Fr.o.m maj 2013 aivisionschef, division specialiserad närsjukvård, Skånevård Sund, Region Skåne

*Jan Neiderud*, verksamhetschef, barn- och ungdomsmedicin

*Jan Steen*, ekonomichef

*Karin Fristedt*, verksamhetschef, diagnostik

### Handledare

*Maria Comét*, utvecklare, Helsingborgs lasarett

*Tyra Warfvinge*, Sveriges Kommuner och Länsting

### Om sjukhuset

Helsingborgs lasarett är ett av Region Skånes fyra specialiserade akutsjukhus.

Antal anställda**	2 504
Antal vårdplatser**	420
Utskrivna patienter 2012**	29 834
Antal besök på akutmott 2012*	82 135
Antal besök på akutmott tom 12 sep 2013*	61 088

Källa: \*Regionala patientliggaren 2013-09-13, \*\*Årsredovisning Helsingborgs lasarett 2012

# Länssjukhuset i Kalmar

”Medicinska akutprocessen – från akuten till specialistvård”

## Bakgrund

Projektets syfte var att skapa en kontinuerlig och produktiv samverkan mellan medicinkliniken och akutkliniken på Länssjukhuset i Kalmar. Samverkansgruppens utgångspunkt var den medicinska akutprocessen, vilket innebar att försöka optimera medicinpatienternas flöde från akutmottagningen till slutenvårdsplats med ökat fokus på kvalitet, patientsäkerhet och nöjdhet hos medarbetarna.

Initialt genomfördes en värdeflödesanalys av den ”akut medicinska patientens väg genom akutmottagningen”. Ett nytt flöde arbetades fram och konkretiserats. Totalt identifierades 16 stycken processmål som var knutna till de tre resultatmålen. Processgruppen beslutade att till en början prioritera några av dessa processmål.

## Resultatmål

- › Öka andelen värdeskapande tid i akutprocessen för medicinpatienter med 50%.
- › Öka kvalitet och patientsäkerheten för medicinpatienterna i akutprocessen.
- › Öka andelen nöjda medarbetare.

## Resultat

Minska väntetiden till läkare var ett processmål som genom aktiviteten – Tidig läkarbedömning (TLB) testades under en tre veckors period. Största vinsterna som testet gav var:

- › 31% av patienterna kunde vända hem eller till annan vårdinrättning direkt från triage. Motsvarande siffra under referensperioden var 3%.
- › 30% fler patienter upplevde att väntetiden till läkare var rimlig gentemot referensperioden.
- › 10% färre inläggningar under testperioden än referensperioden vilket ur en ekonomisk synvinkel ger en stor kostnadsbesparing.

Medicinskt teammöte var ytterliggare en aktivitet vars processmål var att:

- › ge ökad andel nöjda medarbetare. Svårt att utvärdera nöjdhet, men aktiviteten har givit oss en bättre form av samverkan i det kliniska arbetet och ett framtida forum för systematiserat förbättringsarbete.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Framtid

Förbättringsarbetet med den medicinska akutprocessen kommer att fortsätta mellan klinikerna i samma form som idag. Strukturen har dock diskuterats och tankar finns om att försöka möjliggöra läkarnas medverkan än mer.

## Reflektion

Medverkan i "Akut förbättring" har medfört en gemensam syn på hela den akuta medicinska processen av berörda medarbetare. Detta upplever vi tillfredställt patienternas behov och förväntningar på ett kvalitativt, säkert och effektivt omhändertagande.



### Hit har vi nått på Indextavlan

"Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar."



## "Akut förbättring" på länsjukhuset i Kalmar

### Projektledare

*Magnus Engström*, vårdkoordinator,  
magnus.engstrom@ltkalmars.se

### Team

*Helena Berglund*, avdelningschef  
*Liza Lindbäck*, avdelningschef  
*Tobias Fagergård*, avdelningschef  
*Charlotta Gustafsson*, sjuksköterska  
*Fredrik Elofsson*, sjuksköterska  
*Stina Idermark*, sjuksköterska  
*Anna Adolfsson*, sjuksköterska  
*Johan Schygge*, läkare  
*Stefan Rydén*, läkare

### Styrgrupp

*Johan Rosenqvist*, sjukhuschef  
*Gunhild Nordesjö Haglund*, verksamhetschef  
*Erik Lexne*, verksamhetschef

### Handledare

*Helen Holmström*, patientsäkerhetssamordnare

### Om sjukhuset

Länsjukhuset i Kalmar är ett av Sveriges 20 länsjukhus och den största arbetsplatsen inom Landstinget i Kalmar län. Antalet anställda är 2 200 personer och sjukhuset har 340 vårdplatser. Antalet besök per år på akutmottagningen är 34 000. Sjukhuset har ett tjugotal specialiteter och tillhör ett av de främsta i landet vad gäller tillgänglighet, kundnöjdhet och effektivitet. Vår vision är att vara det ledande länsjukhuset – lärande, säkert och kompetent.

## Västervik sjukhus

”Varje dag lite bättre”

### Bakgrund

Akutmottagningen, Västerviks sjukhus har liksom övriga sjukhus i Landstinget i Kalmar län en målsättning att alla patienter ska ha en total handläggningstid inom tre timmar

Vid projektstart nåddes detta mål till ca 70% vilket vi inte var helt nöjda med. Av den anledningen tackade vi ja till projektet då vi såg stora möjligheter till att minska slöseri med patienters tid och öka kvaliteten på patientflöden samt nöjdheten för medarbetare.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

Målsättningen att minst 80% av patienterna ska ha en total handläggningstid inom tre timmar är närmast uppnådd.

Två flöden identifierades, enkla sårskador och enkla ortopediska extremitetsskador, som ska handläggas som snabbspår. Regelbundna mätningar visar att väntetiderna minskat. Målsättningen är att 80% av enkla sårskador och 60% av enkla ortopediska extremitetsskador ska handläggas inom två timmar.

DIAGRAM 3. Totala handläggningstiden på akutmottagningen 2012-2013

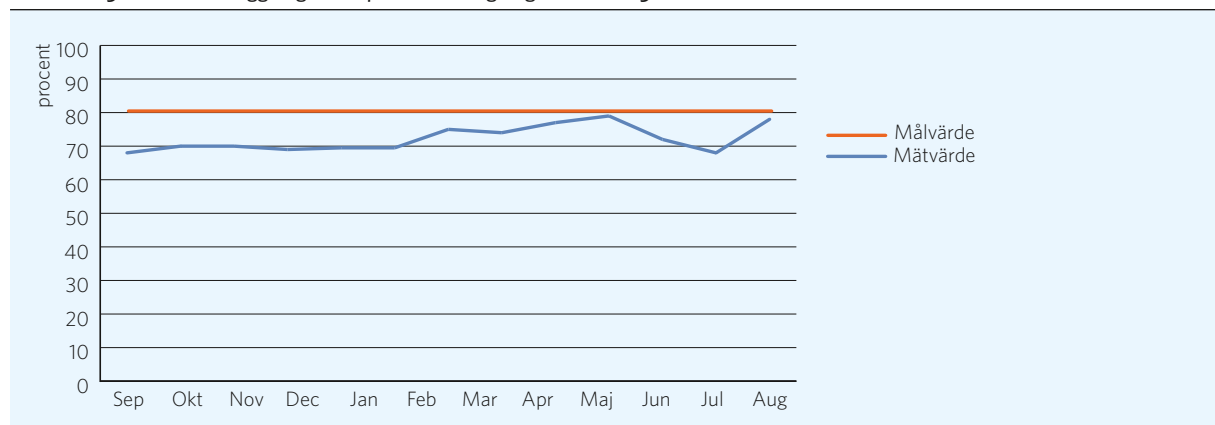


DIAGRAM 4. Handläggningstid enkla sårskador 2012-2013

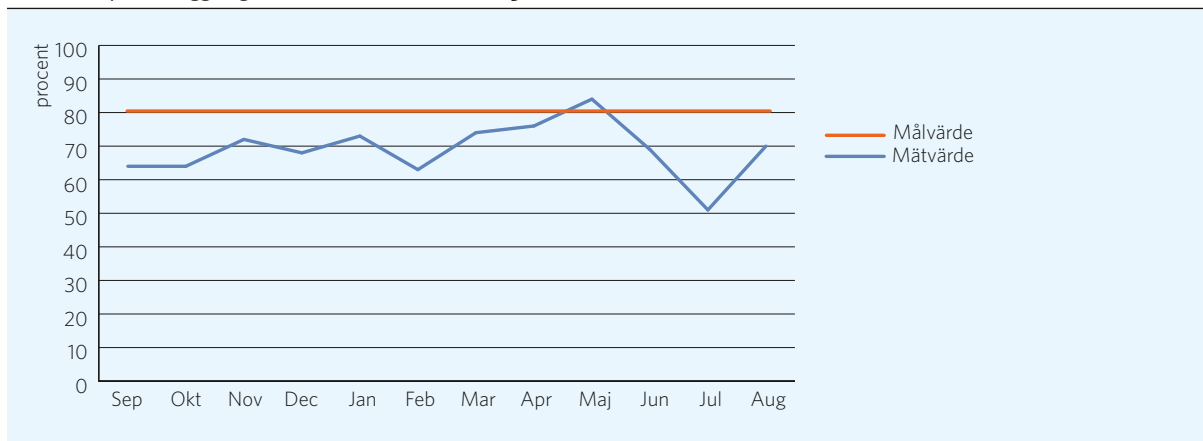
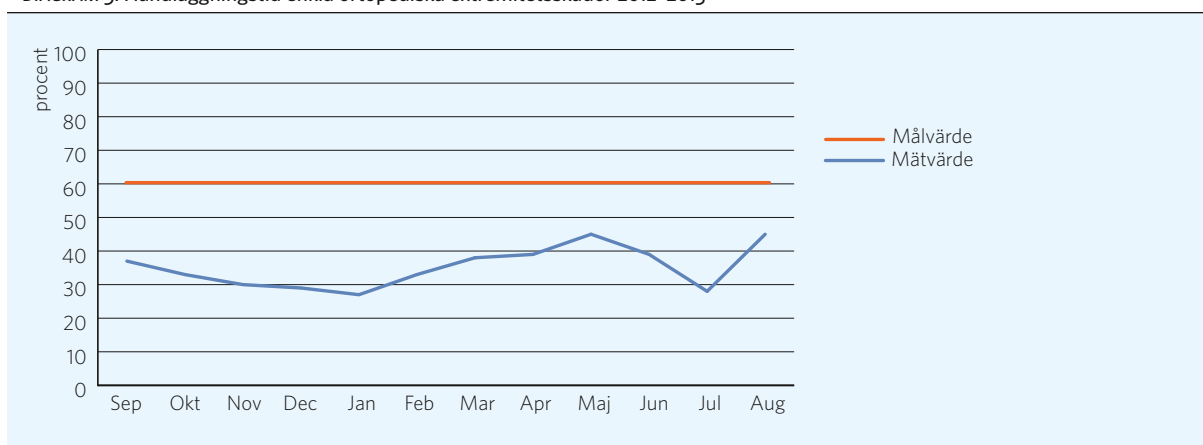


DIAGRAM 5. Handläggningstid enkla ortopediska extremitetsskador 2012-2013



## Öka kvalitet och patientsäkerhet

Teamet har strukturerat och förenklat rutinerna för i huvudsak tre olika patientkategorier.

### 1.1 Enkla sårskador

Flödet: triagering/dokumentation – förberedelse för suturering – notera snabbspår i akutliggaren – behandling/omläggning – patientinformation vid hemgång. Rutinen har förbättrats genom patientinformation, enhetligt utrustade sårvårdsvagnar samt förbättrat samarbete mellan alla personalkategorier.

### 1.2 Enkla ortopediska extremitetsskador (hand-arm-axel-nyckelben-fot/fotled-underben-knä)

Remissmallar är utarbetade och förankrade med verksamhetschefer på ortopedkliniken och radiologiska kliniken. Sjuksköterskor skriver röntgenremisser direkt vid triagering på patienter över 18 år. Samtidigt har nya rutiner för smärtlindring utarbetats.

### 1.3 De Mest Sjuka Äldre (65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av handikapp, skada eller sjukdom)

En checklista för ökat omvårdnadsbehov utarbetades. Detta har inneburit en ökad patientsäkerhet genom regelbundna kontroller av hudkostym, smärta, hygien, nutrition och elimination. Checklistan medföljer patienten till vårdavdelning.

### 2.1 Patienters och anhörigas upplevelse av vård och behandling

Systemiska möten och informationsträffar med patientföreningar har genomförts och belyst behovet av värdeskapande tid. Under projektets gång har tre patientenkätundersökningar genomförts med inriktning mot bemötande, information och nöjdhet av vård/behandling under vistelsen på akutmottagningen. Resultaten är övervägande positiva och överensstämmer väl med den nationella patientenkäten från hösten 2012. Patienterna upplevde

bristande information vilket åtgärdades med att en presentationsskärm installerades och informationspärmar utarbetades för väntrummet.

## 2.2 Övriga mätningar som har gjorts för att kvalitetssäkra vården, 2012–2013

DIAGRAM 6. Triage utförd och dokumenterad inom 30 minuter

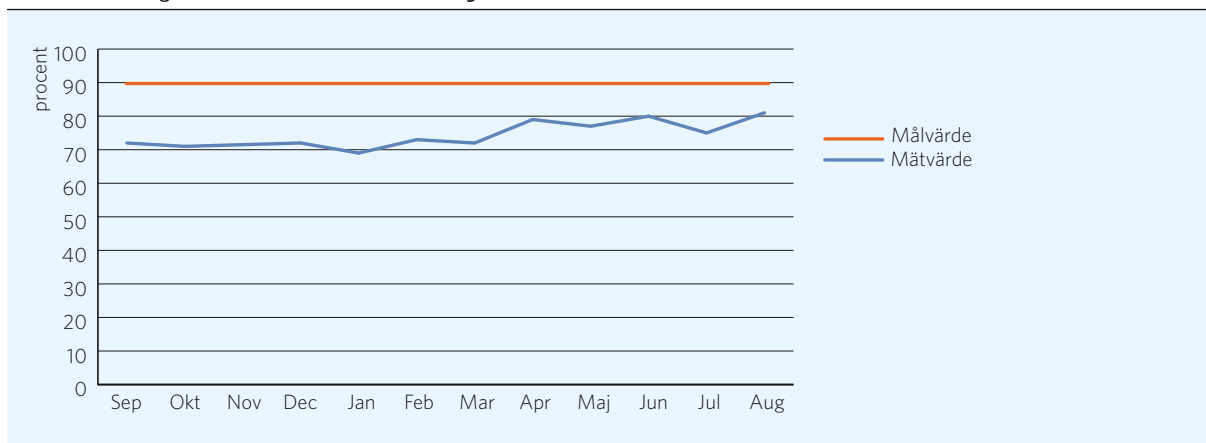


DIAGRAM 7. Tid till första läkarbesök, mediantid

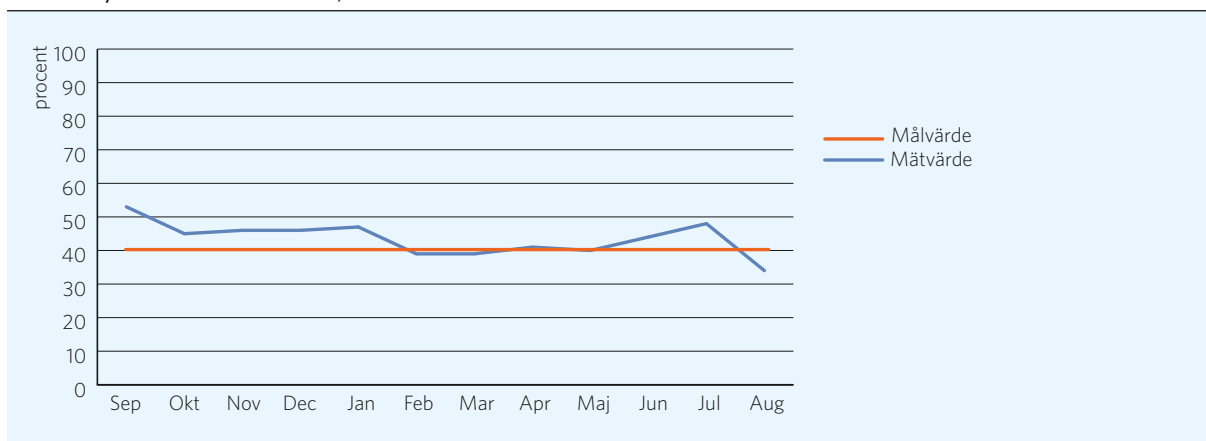
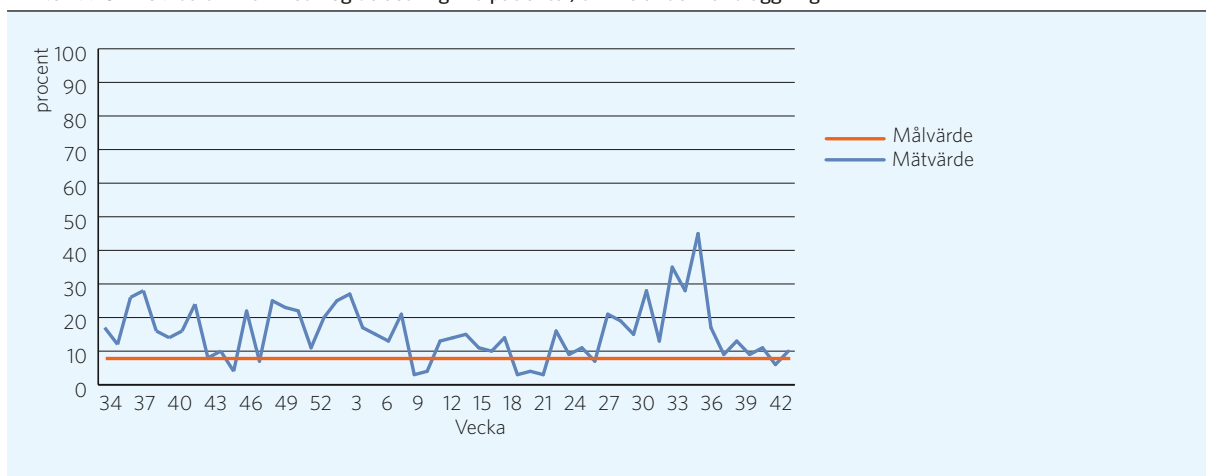


DIAGRAM 8. Enskilda timmar med hög belastning >16 patienter/timme under handläggning



## Öka nöjdhet hos medarbetare

Under projektets gång har enkäter skickats till samtlig personal vid fyra tillfällen. Frågorna belyser samarbetsförmåga, upplevelse av betydelsefullhet och inställning till förändringsarbete. Åtgärder har införts med ökad läkarbemanning under vissa delar av dygnet och schemateknisk förändring för vårdpersonal. Detta har möjliggjort ökad bemanning på eftermiddagar och kvällar då belastningen i regel är som högst.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	■
Öka kvalitet och patientsäkerhet	■
Öka nöjdhet hos medarbetare	■

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

- › Fortsätta regelbundna mätningar av våra flöden. Utveckla vården för De Mest Sjuka Äldre genom ökat samarbete med vårdavdelningar och kommun/primärvården. Implementering av checklista vid ökat omvårdnadsbehov.
- › Utarbeta ett värdeskapande flöde för patienter med misstänkt djup ventrombos.
- › Årliga systemiska möten.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Akutmottagningen kommer att jobba vidare mot ständiga förbättringar genom att följa landstingets idé "Varje dag lite bättre".

Med all säkerhet kommer kliniken att delta i landstingets återkommande förbättringsprogram.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

### För våra patienter och medarbetare

- › Värdeskapande flöden, belyst vikten av bemötande och information till patienter, förbättrad patientsäkerhet genom strukturerat arbetssätt.

### För oss som har deltagit, både i team och styrgrupp

- › Positivt att driva projekt med olika yrkeskategorier och kliniker.
- › Att värdeflödesanalyser kan visa att små enkla förändringar kan resultera i stora vinster för patient och personal.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Öka patientdelaktighet i förbättringsarbete.
- › Granska verksamheten genom värdeflödesanalyser.
- › Inkludera alla personalkategorier och berörda klinker för att få genomslag.
- › Förankra och engagera projektgruppens förslag hos ledningen.
- › Gemensamma seminarier med givande föreläsningar.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Konkreta förbättringsförslag,
- › mätbara mål.
- › Testa småskaligt och utvärdera.
- › Jobba enligt PDSA-hjulet.
- › Kontinuerlig information så att medarbetare känner sig delaktiga.

**Hit har vi nått på Indextavlan**

**10** "Etablerad struktur för ständiga förbättringar finns."



## ”Akut förbättring” på Västervik sjukhus

### Projektledare

*Ulf Axelsson*, ulf.axelsson@ltkalmar.se

### Team

*David An*, läkare

*Ulf Axelsson*, sjuksköterska/projektledare

*Lena Lindmark*, undersköterska

*Marie Peereboom*, sjuksköterska

*Jesper Schüllerqvist*, läkare

*Lennart Tedborn*, avdelningschef

*Inga-Lill Wall*, sjuksköterska

### Styrgrupp

*Johan Alkstedt*, överläkare

*Bengt Arvidsson*, överläkare

*Leif Benzein*, verksamhetsutvecklare

*Hani Hattar*, överläkare

*Henrik Holmberg*, sjukhuschef

*Karl Landergren*, överläkare

*Björn Sinnerstad*, överläkare

### Handledare

*Åsa Assmundson*, kvalitetsstrateg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

### Om sjukhuset

Ett akutsjukhus med ett flertal specialistkliniker där det inom vissa specialiteter finns ett länsövergripande ansvar för medicinsk rehabilitering och smärta.

Sjukhuset har 156 somatiska vårdplatser och 60 vårdplatser inom psykiatri. Drygt 1 480 personer arbetar med hälso- och sjukvård. Årligen genomförs inom den somatiska vården drygt 89 200 läkarbesök och 236 800 sjukvårdande behandlingar. Akutmottagningen tar emot ca 22 000 besök per år och den psykiatriska mottagningen har ca 4 000 besök per år.

Sjukhuset har framgångsrikt jobbat med förbättringar under många år vilket resulterat i att vara ett av Sveriges sjukhus med kortast väntetid till akutmottagning. Resultat från senaste nationella patientenkäten visar att sjukhuset har flest nöjda patienter och anhöriga i landet. Strävan är att vara det nytänkande akutsjukhuset med ledande resultat i landet.



# Oskarshamns sjukhus

”Bäst i test när vi standardiserar vårt arbetssätt”

## Bakgrund

Projektet ”Akut förbättring”, Oskarshamns sjukhus ingår i ett nationellt projekt som leds av Sveriges Kommuner och Landsting, som fått uppdraget av regeringen med utgångspunkt att förbättra väntetider och kvalitet på landets akutmottagningar. Projektet har tre bestämda målområden, se nedan

Syftet med projektet är att optimera patientens väg under vårdtiden, genom ökad samverkan mellan berörda kliniker och enheter. Syftet är också att detta ska leda till ökad kvalitet och patientsäkerhet samt öka nöjdheten hos medarbetarna.

## Minska slöseri med patienters tid

### Resultatmål

- › 80% av patienterna på akuten ska vara färdigbehandlade inom 3 timmar.

För att uppnå detta har man frigjort jourhavande överläkare så att denne kan vara tillgänglig för akutens patienter och primärjour från kl 08:00–17:00. Detta har fallit mycket väl ut och syns i dörr till dörr tider på akuten. Vissa veckor har 86% av patienterna varit klara inom 3 timmar. I genomsnitt ligger vi på 70% inom 3h. Ser man till

det rikstäckande målet på 4h klarar vi det i 86% av alla besök.

### Processmål

- › 80% av patienterna ska ha träffat läkare inom 30 minuter från ankomst.

I mars innan förbättring infördes hade vi en mediantid till läkare på 52 min. Efter mer närvarande bakjour har vi mediantid på 42min.

- › Läkariage, kan förkorta handläggningstiden. Vi har inte kunnat testa den teorin pga läkarbrist under året.

- › Minska utredningar av patienter på akuten./ Införa intagningsvårdavdelning, ITVA.

Uppdragsbeskrivning är gjord för att skapa riktlinjer för intagningsvårdavdelning, ITVA. Med införandet av två ITVA platser minskas slöseriet med patienters tid genom att möjliggöra för snabbare hemgång vid vissa symtom och sparar platser på medicinkliniken. Verksamhetscheferna från medicinkliniken och akutkliniken har tagit fram kriterier för vilka patienter som kan vara aktuella för inläggning där.

Arytmiövervakningsskåp är inköpta och platserna är klara att tas i bruk. Vilken personal

som ska bemanna dessa platser är inte klart och starten har därför skjutits upp tills vidare.

- *Frigöra platser på medicinkliniken genom förändrat rondarbete. 70% av patienterna som ska hem, utskrivna innan kl. 12.00.*
- *Göra klart utskrivning en dag innan planerad hemgång, så kan de första patienterna gå hem mellan kl. 10.00–12.00.*
- *Ta socialt status på patienten vid ankomst till vårdavdelning, skicka fax för vårdplanering direkt*  
Avdelningscheferna på respektive avdelning tillsammans med projektgruppen och verksamhetschefer har tagit fram riktlinjer för ett effektiviserat rondarbete. I dessa riktlinjer ingår att ha en plan för utskrivning och ta socialt status tidigt, samt kontakta kommunen tidigt. Detta ska leda till att platser frigörs på medicinkliniken och att ingen patient ska behöva vänta på akuten för att få plats på avdelning.

Rondchecklistorna har tagits i bruk på respektive medicinavdelning och nya mätningar på utskrivningstider pågår under v 38, 39.

## Öka kvalitet och patientsäkerhet

### Resultatmål

- 100% av akutens patienter ska ha handlagts, finnas en planering för patienten av överläkare, inom en timme från ankomst.
- För att uppnå detta har man frigjort jourhavande överläkare så att denne kan vara tillgänglig för akutens patienter och primärjour från kl 08:00–17:00. Mediantiden till läkare har minskats med 10 min.

### Processmål

- *Läkartriage med minst ST*  
Vi har inte kunnat testa den teorin pga läkarbrist under året.
- *Tidigare kontakt med överläkare*  
Se ovan.
- *Utforma standardiserat styrkort för de vanligaste sökorsakerna, vilket gör planen för patienten tydlig redan på akuten*  
Handbok för primärjourerna på akuten (akutboken) håller på att arbetas fram av överläkare på medicinkliniken. Tanken är att man med detta

ska minska onödiga utredningar och skapa tydliga riktlinjer för hur olika symtom ska handhas. Detta kan påskynda handläggningstiden och ökar kvalitet och patientsäkerheten. Handboken för kardiologiska åkommor är i stort sett klar. De övriga är inte klara och den kommer inte att tas i bruk än.

Utöver våra processmål ovan har vi även arbetat med att förbättra AT-läkarnas introduktion under en introduktionsvecka. Varje avdelning har lämnat en lista på saker som ska gås igenom med nya AT-läkare.

Introduktionen har utökats lite, med bl.a. ALERT och RETTSinformation men det saknas fortfarande vissa delar. Arbeta kommer att pågå under hösten för att få veckan komplett tills nästa grupp kommer i februari. PA-konsult och studierektor kommer att medverka vid nästa styrgruppsmöte.

## Öka nöjdhet hos medarbetare

### Resultatmål

- 100% nöjda medarbetare.

### Processmål

- Färdiga patienter dörr till dörr inom tre timmar på akuten.
- Upplevelse av att patienter fått information, är delaktiga i vården och är rätt handlagda.
- Upplevelse av att vara trygg i sitt jobb med tydligt uppdrag och tydliga riktlinjer.
- *Förståelse för verksamheten från våra chefer*  
Mätning över personalens nöjdhet efter sitt arbetspass pågick på akutkliniken och medicin avd 4 under mars månad. Resultatet visar att medarbetarna överlag är nöjda med sin arbetssituation. De tycker att de är trygga i sin roll och har förståelse från cheferna. Nya mätningar planeras under hösten.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Vi kommer fortsätta arbeta med akutboken och introduktionsveckan för nya läkare. Nya mätningar på medarbetares nöjdhet kommer att genomföras. Vi följer dörr till dörr tid på akuten varje vecka.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Styrgruppen önskar att teamets arbete fortsätter, men det är inte klart i vilken form än.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

### För våra patienter och medarbetare

Stor förbättring för patienter med en mer närvarande bakjour på akuten. Handläggningstiderna har minskat.

Personalen förmedlar att de tycker det är en stor förbättring som underlättar patienternas handläggning.

## För oss som deltagit, både i team och styrgrupp/ För samarbeten över gränser

Vi har möjliggjort implementering av en gemensam plattform för medicin och akutklinikens fortsatta utveckling. Medicin och akutklinikerna har gått från att ha varit två skilda enheter till att nu jobba med gemensamma mål för att underlätta/förbättra för patienter och medarbetare.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Högre kompetens i första ledet.
- › Standardiserade checklistor.
- › Förbättrad introduktion av nya medarbetare.



## Hit har vi nått på Indextavlan

”Mätningar utförs regelbundet.”





## ”Akut förbättring” på Oskarshamns sjukhus

### Projektledare

*Kristin Axelsson*, sjuksköterska  
kristin.axelsson@ltkalmar.se

### Team

*Henriette van der Wal*, kardiolog  
*Maria Carlsson*, undersköterska  
*Christina Hult*, undersköterska  
*Gunilla Grönros*, undersköterska  
*Ann-Louise Pettersson*, sjuksköterska

### Styrgrupp

*Bibi Hidén*, sjukhuschef  
*Petra Hinnen*, verksamhetschef, medicinkliniken  
*Elmar Keppel*, verksamhetschef, medicinkliniken  
*Jan Johansson*, verksamhetschef, akutkliniken

### Handledare

*Helén Strömbäck Hultberg*, verksamhetsutvecklare

### Om sjukhuset

Länsdelssjukhus, ca 18 000 besök till akutmottagningen per år, 85 vårdplatser, 450 anställda.

# Centrallasarettet Växjö

”Bra flyt – i rätt tid – på lång sikt”

## Bakgrund

Akutmottagningen i Växjö har en traditionell organisation utifrån medicinska sektioner med läkarbemanning från respektive moderklinik. En blivande akutläkare är anställd och under utbildning. Sedan några år pågår ett arbete med att infria akutvårdsgarantin där målsättningen är att 90% av patienterna ska vara helt klara med sitt besök inom fyra timmar. Projektet ”Akut förbättring” syftar till bättre flöden på akutmottagningar varför det passade bra in i detta arbete. Akutkliniken fick tidigt stöd av de ”stora klinikerna” för projektet. Som underlag för vilka förbättringsarbeten vi skulle satsa på gjorde vi först en omfattande mätning av ledder i akutprocessen.

## Resultat

### Minska slöseri med patienters tid

#### › *Gemensam introduktion*

Vi har tagit fram ett antal dokument som underlag för introduktion av alla som arbetar på akuten. Dessa beskriver akutens organisation och funktioner med stort fokus på rätt arbetssätt för att få bra flyt i arbetet. De olika klinikernas dokument är synkroniserade. Vi har också infört

en rundvandring för nya läkare som här informeras om lokaler och hur vi jobbar. Vi har stora förhoppningar om att detta på sikt ska ha stor effekt för att minska slöseri med patienternas tid, korta handläggningstider och också ge nöjdare medarbetare.

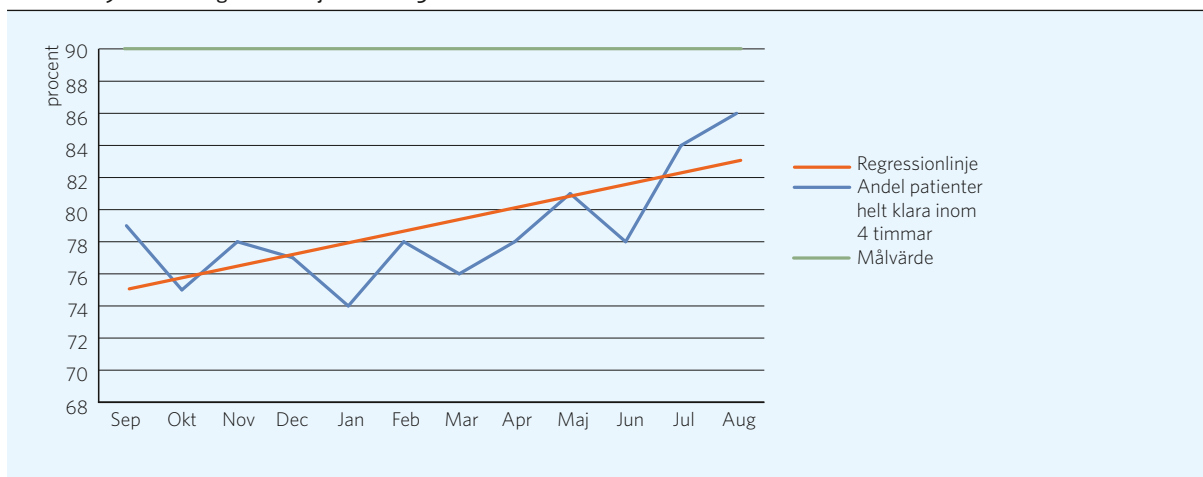
#### › *Effektivare akut röntgenprocess*

Vi har påbörjat ett arbete kring vilka patienter från akuten som behöver röntgas. Vi har valt två vanliga undersökningar och tar nu fram förutsättningar för att se om antalet undersökningar som görs akut kan reduceras alternativt göras senare vid en tidpunkt då röntgenkapaciteten är bättre, ex. nästa dag. Vi har i denna grupp ett bra samarbete med röntgenkliniken.

#### › *Vårdplats inom 60 minuter*

Vi har på en sektion gjort en mätning som visar hur länge patienterna väntar på att få komma vidare till en säng på vårdavdelning, från det att allt är klart på akuten. Utifrån denna mätning tog vi fram en lean-influerad idé kring vårdplatskoordination. Vi fick dock inte gehör för denna på aktuell klinik och har inte arbetat vidare med detta.

DIAGRAM 9. Akutvårdsgaranti Växjö 2012–2013



## Öka kvalitet och patientsäkerhet

### › Gemensam dikteringsmall

De olika klinikerna hade alla olika mallar för diktering av inläggningsjournal. Vi har infört en enhetlig mall som underlättar sekreterarnas arbete och gör det enklare för AT-läkare som flyttar mellan klinikerna.

### › Patientplaneringsblankett

Vi upplevde problem kring kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor vad gäller ordinationer och planering efter det att patienten läkarundersökts. Vi har infört en ny blankett där läkare med kryssalternativ anger vad som ska ske med patienten. Detta har blivit ett bra komplement till muntlig kontakt och fungerar också som arbetsdokument för att bocka av när åtgärderna är gjorda.

### › Patientenkät

Under fem månaders tid har vi på undersökningsrummen haft en enkät med två frågor:

*Hur har du upplevt ditt besök hos oss?*

*Har du förslag på förbättringar som vi kan göra?*

Enkäten gav oss underlag för att jobba vidare med förbättringar inom omvårdnad, service och information.

### › ”Trygg på akuten”

Utifrån resultatet av patientenkäten har vi infört omvårdnadsrond med målsättning att varje patient ska rondas minst en gång per timme. Vi har också lanserat begreppet ”Trygg på akuten”: alla patienter och anhöriga ska känna sig trygga under sin vistelsetid hos oss. Detta inbegriper tillsyn och omvårdnad, rätt information och service med fika.

## Öka nöjdhet hos medarbetare

### › Resultattavla

På akutmottagningen finns nu en stor whiteboard där det varje morgon noteras hur många patienter som sökte respektive klinik på akuten föregående dygn. Här visas också hur varje klinik klarar akutvårdsgarantin per vecka samt hur vi klarar målen för tid från tagen kölapp till triage. Att på detta sätt synliggöra volymer och hur vi klarar målen har resulterat i bra diskussioner kring belastning och förbättringsidéer.

### › Sektionslös akutmottagning

I samband med att akuten fick helt nya lokaler infördes utvidgad triage där allt som ska göras före läkarundersökning görs klart i triagen. Detta har förbättrat flödena och gett betydligt högre kvalitet på det viktiga första mötet med patienten.

En betydande nackdel är att sjuksköterskan på sektionen som sedan tar över ansvaret för patienten inte har varit med från början och har sämre kunskap om patienten. Genom att istället jobba sektionslöst har sjuksköterskor och undersköterskor ansvar för patienter från alla kliniker och kan då jobba i triage och följa sina patienter under hela vårdtiden på akuten. Vi har testat under en dag och upplevde då många positiva effekter. Vi ska i höst göra ett veckolångt test.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Några av våra förbättringsarbeten är inte fullt genomförda eller utvärderade. Dessa fortsätter under 2014. Vår förhoppning är att arbetsgruppen kan fortsätta sitt förbättringsarbete för effektiva flöden.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Vårt förslag är att styrgruppen ska slås samman med den styrgrupp som finns för akutvårdsgarantiarbetet. Den nya styrgruppen ska fatta beslut om organisation av arbetsgrupper.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

”Akut förbättring” har i Växjö varit mycket framgångsrikt. Vi har genomfört ett antal förbättringsarbeten och några pågår. Vi har utvecklat ett mycket gott samarbete i både arbetsgrupp och styrgrupp. De läkare som deltagit har varit mycket engagerade och drivande vilket har haft avgörande betydelse. Det viktigaste resultatet tror vi är en kulturförändring kring patienters väntetid och vikten av rätt arbetssätt. Vi ser en långsiktighet i det arbete som vi gjort, förändringar som gjorts ska bestå och utvecklas vidare.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Gemensam introduktion – alla som arbetar på akuten utbildas i rätt arbetssätt för bra flyt.
- › Sektionslös akutmottagning – bättre kunskap om patienten ger effektivitet hela vägen.
- › Patientplaneringsblankett – säker informationsöverföring förebygger missar och tidsspill.
- › Omvårdnadsrond – för trygga patienter.
- › Effektivare röntgenprocess – standardisering av vad som ska röntgas från akuten.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

Våra viktigaste framgångsfaktorer har varit engagerade läkare och en drivande styrgrupp. För att starta igång en förändringsprocess är det viktigt att ha bra argument i form av goda idéer med tydliga mål.

### Hit har vi nått på Indextavlan

8

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”





## ”Akut förbättring” på Centrallasarettet Växjö

### Projektledare

*Clas Hjertqvist*, biträdande verksamhetschef,  
clas.hjertqvist@ltkronoberg.se

### Team

*Argyrios Alexandropoulos*, läkare, ortopedkliniken  
*Malin Blomkvist*, sjuksköterska, akutkliniken  
*Karin Carlsson*, undersköterska, akutkliniken  
*Erik Falk*, läkare, akutkliniken  
*Ingemo Karlsson*, sjuksköterska, akutkliniken  
*Annika Olsberg*, avdelningschef,  
sekreterare-enheten, akutkliniken  
*Carin Pählman*, läkare, kirurgkliniken  
*Helena Rosén*, läkare, kirurgkliniken  
*Staffan Sandgren*, läkare, medicinkliniken  
*Cecilia Sandström*, läkare, medicinkliniken  
*Malin Värmlöv*, undersköterska, akutkliniken  
*Eva-Lotta Wetterhall*, sekreterare, akutkliniken

### Styrgrupp

*Olle Bergström*, biträdande verksamhetschef,  
medicinkliniken  
*Jonas Johansson*, verksamhetschef,  
ortopedkliniken  
*Carina Pettersson*, verksamhetschef, akutkliniken  
*Jörgen Tagesson*, centrumchef, akutcentrum  
*Per Weber*, verksamhetschef, kirurgkliniken

### Handledare

*Lena Yngvesson*, verksamhetsutvecklare

### Om sjukhuset

Centrallasarettet i Växjö är länssjukhus i Kronobergs län med ett upptagningsområde som omfattar 126 000 innevånare. Sjukhuset har 318 vårdplatser. Akutmottagningen har c:a 30 000 besök per år. 2011 gjordes en total ombyggnation och akutmottagningen har nu moderna och ändamålsenliga lokaler.



## Värnamo sjukhus

”Snabb och effektiv vård på akutmottagningen i Värnamo”

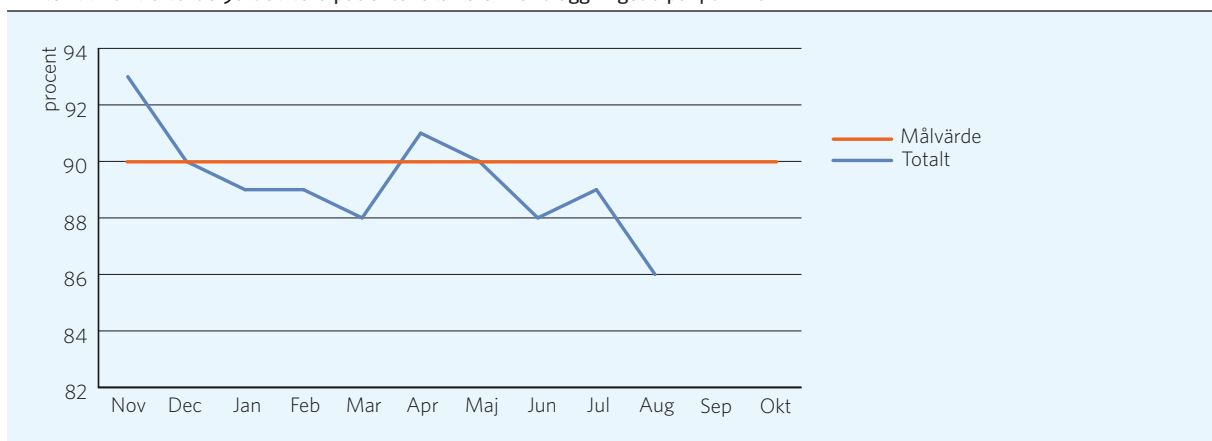
### Bakgrund

Sedan några år tillbaka har vi arbetat med målet att 90% av våra patienter ska ha en handläggningstid kortare än 4 timmar. Med respekt för patientens tid är det angeläget för oss att minimera de risker som uppstår vid lång handläggningstid utan att påverka patientsäkerheten negativt. Genom deltagande i projektet såg vi en möjlighet att både få ökat fokus på utvecklingsarbete runt akutprocessen och kunskapsutbyte med andra akutmottagningar i landet.

### Resultat

I vårt projekt har vi arbetat mot de tre huvudmålen: Minska slöseri med patienters tid, Öka kvalitet och patientsäkerhet samt Öka nöjdhet hos medarbetare. Vi har också arbetat med att standardisera och systematisera våra arbetsätt som vi tror påverkar ledtid för patient/närstående, ökar kvaliteten på information till patient/närstående samt utjämnar belastning för personal som istället finns tillgänglig för patientnära arbete.

DIAGRAM 10. Målvärde 90% av våra patienter ska ha en handläggningstid på 4 timmar



## Standards – framtagna under projektet

### *Provtagning*

Undersökningsrum har kompletterats med full utrustning för provtagning. Tidigare fanns sju provtagningsvagnar (tre rumsbundna) för hela akutmottagningen som hämtades vid varje provtagning. Nu finns elva vagnar. Provrör skickas i ”Tempus” direkt efter provtagning (Tempus är för oss nytt transportsystem för blodprover som går direkt till labb). Tidsbesparing/10 patienter, dag: 10 minuter, natt 45 minuter.

### *Återbesök på akutmottagningen dag efter akutbesök*

Väntetiden för patienten har minskat och skriftlig information om eventuella förberedelser har tagits fram. Styrning av klockslag för besöket till tid då belastningen på akutmottagningen och röntgen är så låg som möjligt. Målsättning att patienten ska få träffa läkare med högre kompetens inom aktuell specialitet.

### *Information till patient/närstående om akutens verksamhet.*

Vi har tagit fram ett bildspel som rullar på TV i väntrum liksom en pärm som finns tillgänglig på undersökningsrum. I pärmen finns riktad information om verksamheten men också generell information.

### *Informationsblad*

Informationsblad som säkerställer att personal ger/patient får rätt information gäller patienter som ska återkomma för poliklinisk operation alternativt återbesök senare samma dag eller dagen efter akutbesök. Information om bästa möjliga flöde för medicin- och ortopedpatienter har distribuerats till kommunala boenden, hemsjukvård, primärvård. Målsättning med aktivitet är att patienter ska hamna på rätt vårdnivå och är rätt förberedda när de anländer till akuten.

### *Introduktion till nya AT-läkare*

Introduktionsmaterial har uppdaterats och anpassats. Här pågår också arbete med checklistor som säkerställer att nya läkare har fått all information de behöver.

### *Systematiskt inhämta synpunkter*

genom att enkät skickas ut varje månad, en till medarbetare och en till patient. Enkäten går samma dygn till alla patienter och all personal som varit på akutmottagningen aktuellt dygn. Vi har också skapat ett informationsblad om akutens utvecklingsarbete där vi ber om synpunkter från patienter och närstående.

### *Systematiserat telefonledes beläggningsrapportering från vårdavdelningarna*

Det förbättrar den bild vi får i vårt IT-stöd med att vi också får en prognos för planerade utskrivningar de närmaste timmarna.

### *Systemiskt teamarbete – test med teambedömning av alla patienter*

Svårt för oss att genomföra pga att vi är få i personalgruppen. När vi lyckas är upplevelsen till största delen positiv. Teamarbete prioriteras alltid på patienter som triageras som röda alternativt orange patienter.

### **Sammanfattning måluppfyllelse**

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Struktur för fortsatt utvecklingsarbete på akutmottagningen 2014

Med den organisation vi har på sjukhuset ser vi att vi behöver en styrgrupp runt akutprocessen med representation från respektive specialitet på akutmottagningen. Vi är på väg mot målet men har inte nått dit ännu! Ambitionen är att ha arbetsgrupper runt utvecklingsarbeten med representation från berörda verksamheter och roller.

Vi kommer att fortsätta med påbörjade arbeten samt starta nya utifrån de idéer som finns.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Förändringsarbete över verksamhetsgränser är svårt, tar tid och kräver både mod och uthållighet. Det är generellt svårt att få läkare att avsätta och få avsatt tid för utvecklingsarbeten på akutmottagningen. Deltagandet har gett oss kunskap, verktyg och kontaktytor med samverkanspartner på hemmaplan men också kontakter och nätverk med andra landsting.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Ta med samverkanspartner, förankra förändringar hela vägen.
- › Titta på vad andra har gjort.
- › Hitta små tidstjuvar – ”liten tuva stjälp ofta stort lass”.
- › Skapa kultur där ni kan flagga för avvikelser, små som stora.
- › Våga testa, men ta en förändring i taget!

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Tvärprofessionell delaktighet viktigt – annars kommer vi inte framåt!
- › Skapa utrymme för att möjliggöra delaktighet, planera tidigt.
- › Deltagare med intresse i frågan – annars ingen ”verkstad”.
- › Tydlighet i roller, förväntningar, uppdrag, mål och information.
- › Mätningar före och efter, skapar möjlighet till visualisering och engagemang.



## Hit har vi nått på Indextavlan

”Förändringar har börjat testats och förbättringar kan ses i delar av flödet.”





## ”Akut förbättring” på Värnamo sjukhus

### Projektledare

*Lisbeth Apelhult*, vårdenhetschef,  
akutmottagningen, lisbeth.apelhult@lj.se

### Team

*Anne Rydén*, teamledare, sjuksköterska,  
akutmottagningen  
*Marianne Andersson*, teamsekreterare, vårdadmin.,  
akutmottagningen  
*Ulla Hafmar*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Maria Karlsson*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Catarina Ivarsson*, undersköterska, akutmottagningen  
*Anna Carlsson*, röntgensjuksköterska,  
röntgenavdelningen  
*Anita Hokander*, biomedicinsk analytiker,  
laboratoriemedicin  
*Karen Wahlén*, överläkare, medicinkliniken  
*Celinda Gaardsdal*, ST-läkare, medicinkliniken  
*Jonas Welam* (avgått), ST-läkare, ortopedkliniken  
*Ida Höglund* (avgått), ST-läkare, kirurgkliniken

### Styrgrupp

*Ingeborg Franzén*, ordförande, utvecklingsenheten  
*Terje Blomstrand*, verksamhetschef, akutkliniken  
*Ahmad Kassem*, verksamhetschef, kirurgkliniken  
*Håkan Sjöstrand*, verksamhetschef, medicinkliniken  
*Dan Linvik (Åke Deiver)*, verksamhetschef,  
ortopedkliniken  
*Lena Annell*, områdeschef, röntgenavdelningen  
*Karin Aronsson*, områdeschef, klin.kem.lab

### Handledare

*Charlotte Carlsson*, verksamhetsutvecklare,  
utvecklingsenheten

### Om sjukhuset

Missionen för Värnamo sjukhus är ”Ett av världens säkraste och effektivaste lokala sjukvårdssystem”. Sjukhuset är ett länsdelssjukhus i Jönköpings läns landsting och har ett upptagningsområde som omfattar fyra kommuner, invånarantal cirka 85 000. På sjukhuset arbetar ungefär 1 350 medarbetare inom 13 olika verksamhetsområden.

I sjukvårdsområdet finns tio landstingsdrivna och sex privata vårdcentraler – dessa har en gemensam jourcentral som är belägen på sjukhuset.

Akutmottagningen har i nuläge en jourlinje för medicin och gemensam jourlinje kirurgi/ortopedi. Dessa bemannas av läkare för respektive specialitet.

Antal anställda på akutmottagningen är totalt ~50 (sjuksköterskor, undersköterskor och vårdadministratörer).

	Värnamo sjukhus	Akutmottagningen
Besök, öppenvård, totalt	-71 000	-17 700 varav (med: 7 740, kir: 5 400, ort: 4 570)
Besök per dygn		-49
Vårdtillfällen	-11000	
Medelvårdtid	-4,8 dygn	2 timmar 45 minuter (median 2 timmar 20 minuter)
Antal vårdplatser: somatik	198	
Antal vårdplatser: psykiatri	25	

# Länssjukhuset Ryhov Jönköping

”Strålände kommunikation i patientens hela flöde”

## Bakgrund

Syftet med projektet är att genom smidigare flöden för patienterna, hålla god kvalitet och hög patient-säkerhet på vården, få välinformerade patienter och personal som känner arbetsglädje. Flöden valdes, efter PDSA-analys av ledtider för patienter som tri-agerats gula enligt RETTS.

- › röntgen/ CT undersökningar – flöde A
- › inläggning på vårdavdelning – flöde B

## Resultat

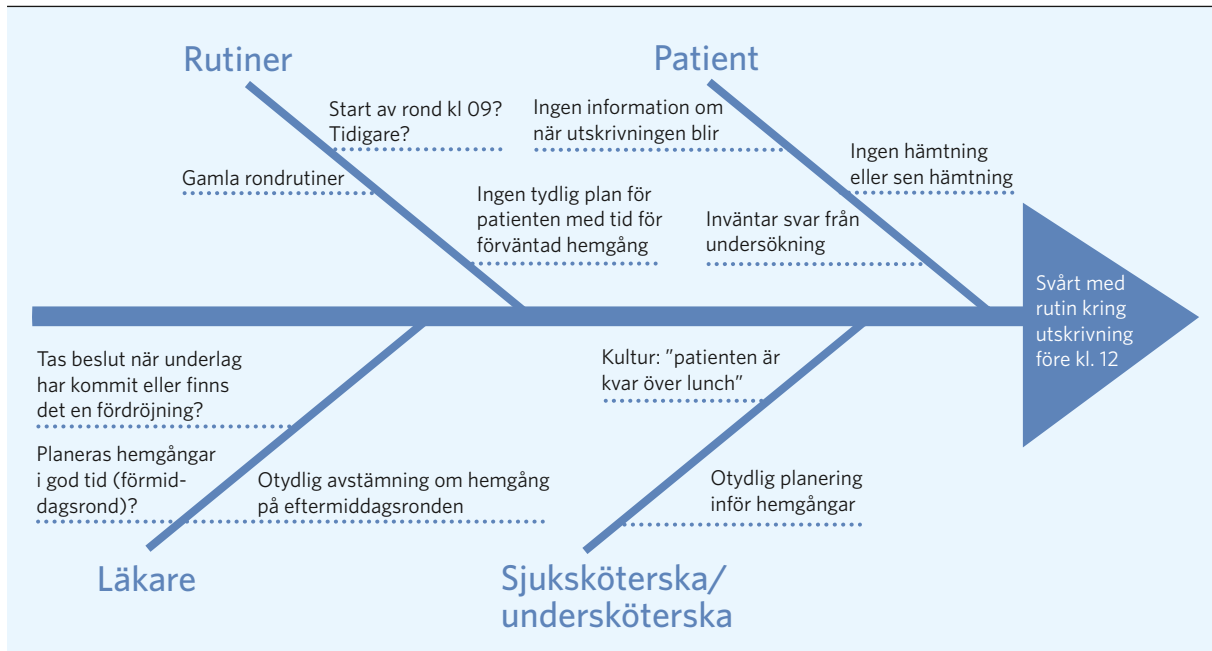
Vardagens arbete påverkades direkt av att projekt-deltagarna samlades och resonerade flöden.

### Minska slöseri med patienters tid

- › Väntetiden har minskat för kirurgiska patienter som behöver ett snart återbesök. En speciell återbesöksmottagning för sår- och brännskador har inrättats på kirurgmottagningen.

- › Mätningar visar att väntetiderna minskar både för de patienter som behöver snabbt återbesök och de som akut behöver handläggas på kirurgakuten.
- › Smidigare flöde ger kortare väntetider på röntgen/CT-undersökningar och svar på dessa – flöde A. Projektgruppens arbete med att förbättra flödet har inneburit förändringar som:
  - Telefoner även till undersköterskorna på akutmottagningen för att underlätta röntgens möjligheter att få kontakt
  - Bemanningen av sjuksköterskor på röntgen/CT är förändrad under lunchtid
  - Patienter får vänta kvar på röntgenavdelningen tills röntgenläkare bedömt bilderna, vilket minskar transporterna tillbaka till röntgen för eventuell omtagning av bilder. Effekten har mätts och antalet returtransporter minskar under mätperioden.
  - CT-lab ringer och ger en ungefärlig tid för de akuta undersökningarna. Detta gör att patienten är bättre informerad, kommer till undersökningen i tid och att arbetet på akut-mottagningen kan planeras bättre.
  - Ökad bemanning genom schemaförändring för röntgenläkare som på eftermiddagar bedömer akuta CT-undersökningar.

FIGUR 1. Svårt med rutin kring utskrivning före klockan 12.00



På grund av sjukdom var det problem att genomföra mätningar på röntgen. Under hösten 2013 tas ett nytt dataprogram i drift som enklare ger flödestider.

Patient med inskrivningsbeslut ska så snart som möjligt beredas plats på vårdavdelning – flöde B. Förbättring genom att patienter, som planeras gå hem från avdelningen, skrivs ut före lunch. Mätning under våren visar att de flesta patienter skrivs ut från vårdavdelning mellan kl:13–14. Introduktion av eftermiddagsrond har till viss del kommit till stånd, men inte påverkat utskrivningstiderna nämnvärt. Vid en analys kring anledningen till varför patienter inte skrivs ut tidigt ser vi en del orsaker som vi kan ha som underlag i arbetet på avdelningarna kring nya rondrutiner under hösten.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

› **Flöde A – om välinformerade patienter, till exempel väntetid för röntgenundersökning.** Broschyr och informationstavla har tagits fram som förklarar hur arbetet går till på akutmottagningen. Praktiska tips om vägen till röntgen, mobiltelefonpolicy, mat och dryck beskrivs också. Materialet började användas september 2013, då 1177 infördes i länet. Budskapen rullar även på informations-TV i väntrummet. Patient som medverkade i ett ”systemiskt möte” gav praktiska tips. Uppföljande mätningar, med fyra frågor ur Nationella patientenkäten, görs under hösten 2013.

› **Flöde B – om rapportering enligt SBAR från akutmottagning till vårdavdelning.**

Både ur patientsäkerhets- och arbetsmiljösynpunkt är det viktigt att rapportera enligt SBAR. Sjuksköterskor från akutkliniken och kirurgkliniken har träffats och gemensamt tagit fram vad som ska rapporteras från akutmottagningen till vårdavdelningen. Det finns en standardmall på vad som ingår i rapporten. Mätningar har gjorts om upplevelsen av rapport givits enligt mallen samt om rapporten skett med ett vänligt bemötande/mottagande. Mallen införs under hösten på övriga större kliniker; ortoped- och reumatologkliniken, medicinkliniken och geriatriska kliniken. Införandet sker även där genom att sjuksköterskor från vardera kliniken träffas och därmed ”ser” varandra.



DIAGRAM 11. Hur har samarbetet och kommunikationen fungerat med röntgenavdelningen/CT under ditt arbetspass? 2013

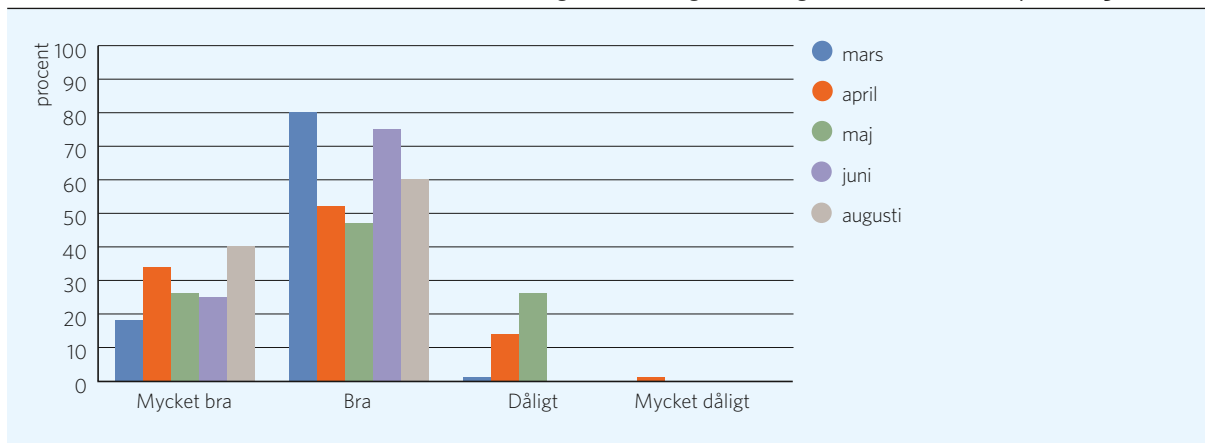
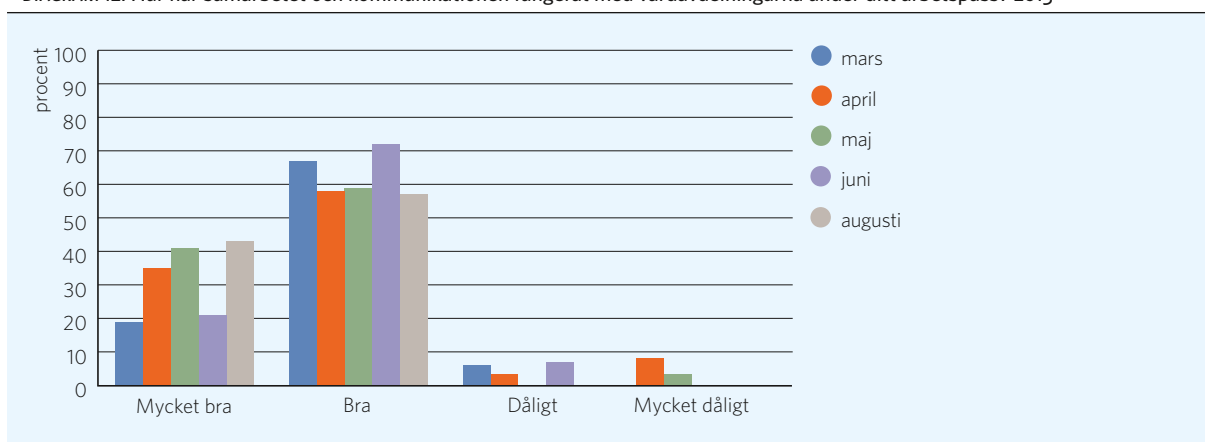


DIAGRAM 12. Hur har samarbetet och kommunikationen fungerat med vårdavdelningarna under ditt arbetspass? 2013



### Öka nöjdhet hos medarbetare

- › Projektet har satt mål för nöjdhet bland medarbetarna och det mäts i en enkät en gång per månad. 90 procent av alla medarbetare, inklusive jourläkare, ska efter avslutat arbetspass svara att man är nöjd eller mycket nöjd med samarbetet både i flöde A – till röntgen/CT-undersökningar och i flöde B – inläggning på vårdavdelning.
- › Mätningar visar en ständig förbättring. I augusti tyckte 100 procent av det 40-tal medarbetare som besvarat enkäten att samarbetet med röntgen/CT och vårdavdelningarna fungerade bra eller mycket bra. Målen är uppfyllda men andra faktorer än projektet kan också ha betydelse.

### Förbättringsarbetet fortsätter 2014

- › Ytterligare arbete med patientens väg till, på och från röntgen, nu med mätningar.
- › Ytterligare arbete med ”tidig hemgång” från vårdavdelning.
- › Uppföljning av rapportering enligt SBAR.
- › Behövs ytterligare informationsinsatser till patienten? Analys av införda förändringar.
- › Inflödet av patienter på akutmottagningen, vilket är direkt korrelerat till antal inläggningar, ska tydliggöras för vårdavdelningarna. Detta kan ske i dashboard – sjukhusets ständigt uppdaterade system för vårdplatsbeläggning.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	✓
Öka kvalitet och patientsäkerhet	✓
Öka nöjdhet hos medarbetare	✓



### Struktur för fortsatt förbättringsarbete

- › Styrgruppen utgörs till största del av det permanenta akutrådet.
- › Arbetsgruppen/teamet kvarstår och blir ett praktiskt arbetande utskott till akutrådet. Viktigt är att läkare, som är jour från de olika klinikerna, också ingår i gruppen.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Projektet har satt fokus på patientflödena och samarbetet mellan klinikerna. Vi har kunnat arbeta över klinikgränserna och fått en ökad förståelse för varandras arbetssituation. Arbete i en tvär-professionell grupp över klinikgränserna är effektivt och belysande.

Vi har fått insikt i hur andra sjukhus arbetar och tagit del av varandras erfarenheter inom olika områden.

En grundförutsättning för förbättringsarbetet har varit att involvera röntgenavdelningen, som tillhör en annan och länsövergripande förvaltning, Medicinsk diagnostik. Patientens väg har blivit tydligare för alla involverade.

### Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Ha rätt kompetens tidigt i första bedömningen av patienten, gärna läkare och sjuksköterska tillsammans i triagen.
- › Ha möjlighet att direkt ge tid för bedömning på vårdcentral, sjukhusmottagning eller jourcentral till de patienter där akutmottagningen är fel vårdnivå.
- › Identifiera och tydliggör flöden där flera kliniker kan bli inblandade till exempel patient med erysipelas, kvinnor med buksmärter. Då undviks onödiga och tidskrävande "bollning" av patienter mellan olika kliniker.

### Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Kartlägg noga det ni vill förändra.
- › Tydliggör arbetsgruppens mandat.
- › Styrgruppens stöd och engagemang måste vara tydligt.
- › Ihärdighet och tålamod eftersom alla inte vill förändra.
- › Avsätt tid för arbete i projektet



### Hit har vi nått på Indextavlan

” Ett väl fungerande flöde för patienterna är etablerat.”





## ”Akut förbättring” på Länssjukhuset Ryhov Jönköping

### Projektledare

*Britt-Marie Persson*, projektledare, överläkare,  
britt-marie.persson@lj.se

### Team

#### **Akutkliniken**

*Staffan Cewers*, verksamhetsutvecklare  
*Anela Jakupovic*, sjuksköterska  
*Sofie Möller*, sjuksköterska

#### **Kirurgkliniken**

*Linda Lundgren*, specialistläkare  
*Sophia Lundström*, biträdande verksamhetschef

#### **Medicinkliniken**

*Eva-Marie Ebefors*, verksamhetsutvecklare  
*Johanna Holmgren*, ST-läkare  
*Thérèse Lützén*, ST-läkare  
*Gustav Norrman*, ST-läkare, ortoped-  
och reumatologkliniken  
*Fredrik Hydling*, specialistläkare  
*Lotti Morales*, verksamhetsutvecklare

#### **Röntgen**

*Annika Ackzell*, överläkare  
*Charlotte Appelkvist*, sektionsledare  
*Annika Lundberg*, sektionsledare

### Styrgrupp

*Erik Wellander*, verksamhetschef, kirurgkliniken  
och ordförande  
*Wille Alstermark*, verksamhetschef, akutkliniken  
*Pirkko Lackström*, områdeschef, röntgen  
*Annika Lind*, verksamhetschef, barn- och ungdoms-  
medicinska kliniken  
*Marie-Charlotte Lindberg*, vårdenhetschef,  
akutmottagningen  
*Håkan Löfgren*, verksamhetschef, ortoped-  
och reumatologkliniken  
*Mats Petersson*, biträdande sjukvårdsdirektör  
*Agneta Ståhl*, verksamhetschef, medicinkliniken

### Handledare

*Maria Magyar*

### Om sjukhuset

Länssjukhuset Ryhov har 3 300 anställda (2 800 årsarbetare) och 506 vårdplatser. 2012 hade akutmottagningen 46 600 patientbesök. De senaste åren har besöken ökat med nästan tio procent årligen. Akutmottagningen har 70 anställda i direkt patientarbete. Nyligen firade sjukhuset 25 årsjubileum, en ålder som gäller också för akutklinikens lokaler.

## Visby lasarett

”Dreamteam” och ”Rauka spåret”

### Bakgrund

Då arbetet på akutmottagningen är komplext med medarbetare från flera olika områden i organisationen har sjukvårdens ledningsgrupp (SLG) beslutat att arbete med akutprocessen ska påbörjas. Akutprocessen innehåller de aktiviteter som genomförs från det att patienten kommer till akutmottagningen till dess att patienten lämnar akutmottagningen.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

##### › *Teambedömning*

- Patienten slipper upprepa sig – kortare väntan på beslut/åtgärd för patienten.
- Optimerat diagnostikflöde – svar inom 60 min från remiss till svar (lab./rtg) – kortare väntan på beslut/åtgärd för patienten.

##### › *Avknoppning till ett arbete på avdelning, med följande mål*

Minska icke värdeskapande tid för patienter och personal samt säkerställa en god kvalitet under den tid patienten vistas på avdelningen, både ur

ett medicinskt och ett omvårdnadsmässigt perspektiv och även med hänsyn till hela vårdkedjan på sjukhuset. – förväntas ge kortare väntetid på akuten för patienter som ska läggas in.

##### › *Separat se-och-behandla-flöde – tidigare omhändertagande av lägre medicinsk prioritering*

Resultat: Nationella patientenkät har visat ett bättre resultat.

Andel remissvar <60 min 100% för kemlab.

#### Öka kvalitet och patientsäkerhet

##### › *Teambedömning*

- Samma/samtidig information från patienten samt möjlighet till teamarbete mellan läkare och sjuksköterska eller undersköterska.
  - Separat se-och-behandla-flöde – höjer säkerheten för högre medicinsk prioriterade eftersom den totala/samtidiga patientvolymen på mottagningen blir mindre.
  - Kontrollerat följsamhet till vitalparametrar (MEWS och RETTS).
  - Avdelningsprocessen – Se ovan.
- Resultat: Totaltid < 4 tim uppfyllt till 80%.  
Andel patienter till läkare <60 min har ökat.

## Öka nöjdhet hos medarbetare

### › Teambedömning

Lättare med informationsöverföringen gällande patienten, kompetensutvecklande.

### › Avstämningsmöten

All personal vet vilka som ingår i "teamet" och hur läget på sjukhuset i övrigt ser ut inför arbetspasset. Tillfälle att påminna om dagens "mål" eller utmaningar.

### › Introduktion för all ny personal

#### – ökad trygghet för all personal

Anpassat schemat och personaltäthet efter patientflödets variation över dygnet och veckan  
Resultat: ny medarbetarenkät har inte hunnit genomföras men upplevelsen och spontana kommentarer pekar på en ökad nöjdhet i arbetsgruppen.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Vi kommer fortsätta arbeta med våra delmål för att utveckla vår akutvårdsmottagning och flödet därigenom med utgångspunkt från det vi påbörjat och fått med oss från övriga team i projektet.  
Direktinläggning? Synka ihop med Avdelningsprocessen?

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Sjukvårdens akutråd kommer fungera som ny styrgrupp?

Teamet kommer fortsätta att jobba konkret med förbättringsarbeten kopplade till flödet och patientsäkerheten, men med en lägre frekvens av möten

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Vi har nått en bättre tillgänglighet, snabbare genomströmning av patienter och bättre uppföljning av vitalparametrar :

- › Teamkänslan på akutmottagningen har blivit mycket bättre.
- › Vårt förbättringsteam har utvecklats och fått en bättre förståelse för andra enheters verksamhet
- › Vi är glada för att det blivit en avknoppning som arbetar med flödet genom vårdavdelning.
- › Önskar att vi får se att detta blir en modell som sprider sig i hela verksamheten för hur utvecklingsarbeten kan drivas och att det blir en del i det dagliga arbetet för alla medarbetare.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Teambedömning.
- › Se-och-behandla-flöde.
- › Diagnostikflödet.
- › Teamkänsla på akutmottagningen.
- › Involvera flödet genom vårdavdelningarna.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Planera in och avsätt tid regelbundet över lång tid.
- › Tappa inte sugen för att det tar tid – förändringar tar tid.
- › Jobba nära ledningen som måste vara engagerad.
- › Hitta mätetal som går att följa över tid.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”



## ”Akut förbättring” på Visby lasarett

### Projektledare

*Eva Borin*, överläkare, kirurgi,  
eva.borin@gotland.se

### Team

*Anna Skoglund*, specialistläkare, medicin  
*Åsa Svensson*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Daniel Holmberg*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Petra Hjalmarsson*, sjuksköterska, medicinavdelningen  
*Carin Engström*, sjuksköterska IVA  
*Ing-Britt Robsarve*, BMA, Kem.lab  
*Magnus Lindgren*, sjuksköterska, röntgen

### Styrgrupp

*Veronica Hermann*, resursområdeschef, öppen- och dagvård  
*Margaretha Ekström*, enhetschef, akutmottagningen

*Thomas Karte*, verksamhetsområdeschef,  
VO-medicinska specialiteter

### Handledare

*Christian Eriksson*, utvecklingshandledare

### Om sjukhuset

Länsdelssjukhus med funktioner motsvarande ett länsjukhus med anledning av ö-läget. Stor variation över året i patientflödet pga stort turistinflöde och ökat invånarantal pga sommarboende.

- › Ca 24 000 besök till akutmottagningen per år, 149 vårdplatser totalt inom sjukvården,
- › 1 300 Årsarbetare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (=somatik, psykiatri, primärvård och folktandvård)

# Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra sjukhuset

”Rätt patient på rätt plats”

## Bakgrund

Väntetiderna och genomloppstiderna på Akutmottagningen på Östra sjukhuset är för långa för patienter med låg prioritet. Därför kan vi inte uppnå de politiskt uppsatta målen som innebär att alla patienter skall träffa en läkare inom en timme och vara färdigbehandlade inom fyra timmar.

### Våra mål är

- › Att minska väntetiden till läkare och den totala tiden på Akutmottagningen för medicinpatienterna.
- › Att öka patientsäkerheten och nöjdheten hos medarbetarna.

Detta ska ske genom att utveckla arbetsrutiner och utöka utbildningsinsatserna för hela arbetsgruppen.

## Resultat

### Minska slöseri med patienters tid

- › Vi har ökat graden av sjuksköterskestyrda hänvisningar till primärvården. Hänvisningarna sker enligt en hänvisningsmodell som är framtagen på Akutmottagningen, Östra sjukhuset, och är baserad på RETTS. Sedan införandet av hänvisningarna via RETTS har vi ökat hänvisningsgraden från 2,4% i juni 2011 till 4% i juni 2013. Vi tror att det är ett rimligt mål att vi i framtiden hänvisar ca 5% av patienterna. Samtliga hänvisningar journalgranskas i efterhand för att säkerställa att vi gör korrekta medicinska bedömningar.
- › Vi har infört sjuksköterskestyrda direktinläggningar. Detta innebär att sjuksköterskor redan i triagen identifierar patienter med ett inläggningsbehov och i samråd med överläkaren lägger in patienterna direkt på avdelning där de senare skrivs in av avdelningsläkare. För denna grupp patienter har väntetiden på akuten reducerats med närmare 3,5 timmar. Detta innebär även en stor tidsvinst för övriga patienter på akutmot-

tagningen och för läkaren som kan ägna sig åt de patienter som behöver utredning och behandling på akuten.

- Vi har arbetat med att utveckla våra sjuksköterskestyrda DVT rutiner. Enligt bestämda kriterier identifieras patienter med förmodad DVT och tack vare rutinen kan de hänvisas direkt till diagnostisk undersökning utan att behöva vänta på läkaren. Vid positivt svar hänvisas dessa patienter till läkare på trombosmottagning.
- För att vinna tid i triagen och minska antalet överrapporteringar har vi arbetat fram en modell där patienterna träffar läkare och sjuksköterska samtidigt, ett så kallat teambesök. Vi har i olika omgångar haft testperioder med detta arbetssätt. Många har reagerat positivt men projektet är fortfarande under utveckling och vi kommer att arbeta vidare med detta framöver.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

- I samarbete med klinikens akutläkare har vi börjat införa regelbundna utbildningstillfällen inom de vanligaste sjukdomarna som förekommer på akutmottagningen för sjuksköterskor och undersköterskor.
- Vi har påbörjat arbetet med en strukturerad utbildning i medicinteknisk utrustning för all personal. Intentionen är att utbildningen ska hållas med regelbundet.
- Vi har arbetat fram en arbetsbeskrivning för läkare i triagen.
- Vi har infört introduktionsutbildning för nyanställda läkare på akuten där vi går igenom rutiner och förevisar apparatur. Tanken är att det ska ske fyra gånger per år. Utbildningen har skriftligen utvärderats efter varje tillfälle och särskilt genomgången av apparatur har uppskattats.
- Tack vare projektmedel från In och ut-projektet med fokus på trygg och säker vårdkedja för de mest sjuka äldre har vi kunnat placera en person med omsorgskompetens på akutmottagningen under kontorstid på vardagar. Fokus i arbetet är att träffa alla patienter där det finns behov av att kartlägga hemsituationen. Sedan projektstart 2013-03-01 är det 95 patienter som har fått en

”Vård och omsorgsplanering” på akutmottagningen och tack vare detta sluppit inläggning i slutenvården. Projektet finansieras från och med september med egna medel.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

- Vi har vidareutvecklat utbildningsdagar för personal på akutmottagningen, så kallade lagdagar, med syfte att utbilda och stärka arbetslaget. Det är heldagar avsatta och där finns tid för både reflektion, utbildning och social samvaro. Dessa har varit mycket uppskattade.

Vår tro och intention har varit att alla förbättringsområden som vi lagt tid på i projektet skall leda till en ökad nöjdhet hos medarbetarna. Enkäter som vi genomfört stödjer den uppfattningen.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Beslut är taget att arbetsgruppen skall fortsätta med vårt förbättringsarbete. Vi kommer under år 2014-2015 bygga om Akutmottagningen och stor tonvikt kommer därför att ligga på att ta fram nya arbetssätt anpassade för de nya lokalerna.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Projektet har gett akutmottagningen bättre fokus på förbättringsarbeten, med en tydligare struktur och ökad kunskap i hur förbättringsprocesser drivs. Vi har skapat bättre kontakter med andra sjukhus och det har gett möjlighet till studiebesök. En styrka är avsatt tid till teamet samt att teamet är tvärprofessionellt, vilket ger en ökad helhetsbild. De lärandeseminarier som arrangerats i Stockholm har varit av varierande kvalitet och några gånger har vi upplevt att nyttan av dem inte varit lika stor.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Läkare i triagen.
- › Sjuksköterskestyrda inläggningar.
- › Identifiera snabbspår som påskyndar patientens handläggning på Akutmottagningen.
- › Strukturera hänvisningsarbetet.
- › Våga tänk utanför ordinarie rutiner.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Avsätt tid.
- › Se till att teamet består av engagerade medarbetare och att gruppen har en bra dynamik.
- › Stöd från beslutfattare.



## Hit har vi nått på Indextavlan

”Ett väl fungerande flöde för våra patienter är etablerat.”



## ”Akut förbättring” på Östra sjukhuset

### Projektledare

*Annika Eklund*, sjuksköterska,  
annika.eklund@vgregion.se

### Team

*Emma Salmén*, sjuksköterska  
*Petter Nordström*, sjuksköterska  
*Johnny Sundling*, undersköterska  
*Sofia Ekdahl*, specialistläkare  
*Kurt Andersson*, överläkare

### Styrgrupp

*Tobias Carlson*, sektionschef  
*Daniel Johansson*, vårdenhetschef  
*Mathias Malm*, vårdenhetschef

### Handledare

*Liselotte Davidsson*, socionom

### Om sjukhuset

#### *Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) består av tre sjukhustomter med sammanlagt ca 16 000 anställda och ca 2 000 vårdplatser. Sahlgrenska akutmottagningar tog år 2012 emot 186 650 antal sökande.

#### *Östra sjukhuset*

Östra sjukhuset (en av SU:s tre sjukhustomter) har sammanlagt ca 3 700 anställda och 716 vårdplatser. På Östra sjukhusets vuxensomatiska akutmottagning arbetar 79 anställda och 2012 var inflödet 44 039 patienter och av dessa var ca 60% medicinpatienter.

# Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Drottning Silvias barn- och ungdoms- sjukhus

”Separerade flöden avlastar akutmottagningen”

## Bakgrund

I en tidigare genomgång på barnakuten har det konstaterats att ca hälften av de barn som söker på barnakuten skulle ha kunnat tagits omhand i primärvården. Av tradition söker dessa dock ändå barnakuten, vilket bidrar till ett stort patienttryck.

Det stora patientantalet i kombination med långa vistelsetider på akuten leder till att ett stort antal patienter befinner sig på akuten, framför allt kvällstid. Denna höga beläggning blir svårkontrollerad för vårdpersonal och läkare, som upplever att patientsäkerheten påverkas när överblicken över de många patienterna brister.

Patients och anhörigas missnöje över väntetider, hög arbetsbelastning och en känsla av bristande kontroll orsakar stundvis en arbetsmiljö som många medarbetare upplever påfrestande.

För att hantera dessa problemområden satte teamet upp följande delmål inom projektet:

## Minska slöseri med patienters tid

- › Den totala tid som patienten spenderar på akuten (total genomloppstid) ska minskas genom prioritering av värdeskapande moment och eliminering av icke värdeskapande moment.

## Öka kvalitet och patientsäkerhet

- › Varje medarbetare ska ha färre patienter ”i luften” för att minska stress och dubbelarbete och för att förbättra överblicken.
- › Ökad flödeseffektivitet ska minska beläggningen på akuten och möjliggöra arbete med högre kvalitet och patientsäkerhet.
- › Genom hänvisning av barn med lättare åkommor till primärvården ska dessa kunna få snabbare hjälp på annan instans, samtidigt som svårare sjuka/skadade barn ska kunna ägnas ökad uppmärksamhet på barnakuten.



## Öka nöjdhet hos medarbetare

- › Lägre beläggning på akuten ska leda till mindre stress.
- › Medarbetarna ska involveras i projektets utvecklande, få möjlighet att lämna synpunkter och kontinuerligt informeras om förbättringsarbetet.

## Resultat

Vi började med att eliminera hinder för att vi skulle kunna tillämpa vårt önskade arbetssätt. Samtidigt förberedde dessa mindre åtgärder medarbetarna på förbättringsarbetet genom att de blev bekanta med metodiken att testa och utvärdera. Alla åtgärder testades under en begränsad tid, synpunkter och statistik inhämtades efter varje test och utifrån detta gjordes modifieringar vid behov. Information spreds skriftligt till alla medarbetare via e-post och en dedikerad anslagstavla, och muntligt på arbetsplatsträffar och på längre informationsmöten, där projektets fortskridande presenterades och en dialog skedde med medarbetarna. Synpunkter inhämtades dels på APT och informationmötena och dels via skriftliga utvärderingar av varje test.

Sammanfattningsvis har följande förbättringar hittills gjorts, men en fortsatt kontinuerlig förbättring planeras:

Varje morgon hålls ett 10 minuter långt uppstartsmöte där alla läkare och vårdpersonal deltar. Nya kollegor presenteras och arbetsuppgifter fördelas och alla får därmed kännedom om vilka som jobbar och deras respektive roller. Eventuella faktorer som kan påverka dagens arbete, t.ex. en röntgenapparat som repareras eller storstäd som omöjliggör användande av vissa rum, tas upp. Vid varje test i projektet presenteras arbetssättet och gjorda modifieringar. Uppstartsmötet avslutas med ett undervisningsmoment, ”5 minuter om”, med ämnen som medarbetarna önskat.

I patientkontakten har inskrivningsförfarandet har ändrats så att det direkt åskådliggörs att en patient har anlänt och vilken disciplin (medicin/kirurgi/ortopedi) han/hon tillhör. Patienter som bedöms bättre kunna omhändertas i primärvården får redan vid första kontakt information om detta och får hjälp att boka tid. Tillgång till vårdcentralernas tidbok har nyligen ordnats.

Vid frånvaro av kö sker ingen triagering och ett ”pull”-system har införts som innebär att respektive team (se nedan) hämtar patienten omgående. Vid kö sker triagering och vid frakturmisstanke skriver

en särskilt utbildad sjuksköterska röntgenremiss redan från triage. Därigenom har ortopedien tillgång till röntgenbilder redan vid första läkarkontakt och behovet av en andra läkarkontakt har nästintill eliminerats för denna patientgrupp.

Läkare och vårdpersonal är organiserade i tre till sex team med läkare (medicin, kirurgi eller ortopedi) och sjuksköterska eller undersköterska. Varje team har en egen arbetsstation och på så sätt har flera ”små akutmottagningar” bildats, där var och en ansvarar för ett relativt litet antal patienter. Ett tätt samarbete mellan läkare och vårdpersonal i varje team har förkortat kommunikationsvägarna och tiden mellan ordination och utförande. En dedikerad sjuksköterska fördelar nya patienter till det team som bäst kan ta hand om dem, baserat på belastning, väntetid och teamets erfarenhet.

Utifrån de tre delområdena har vi sett följande resultat:

### Minska slöseri med patienters tid

I vårt senaste test de sista veckorna har den totala genomloppstiden minskat med upp till 19%, trots ett ökat patientantal jämfört med samma period föregående år. Detta var mest uttalat för ortopedpatienterna, trots att de också hade ökat mest i antal. En delorsak är troligen att väntetiden till röntgenremiss i princip eliminerats. Antalet röntgenremisser har inte ökat efter att sjuksköterska börjat skriva remiss.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Varje team har ett fåtal patienter i omlopp och överblicken över dessa har förbättrats. Teamarbetet har möjliggjort tätare samråd mellan läkare och vårdpersonal, som ofta kan bidra med erfarenhet som nyare läkare inte har hunnit få.

Ca 20% av patienterna omdirigeras till primärvården, vilket på årsbasis avlastar teamen med ca 10 000 barn så att de kan fokusera på de svårare sjukskadade barnen.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

I utvärderingar uppger sig medarbetarna överlag vara nöjda med uppstartsmöten, inskrivningsförfarande, röntgenremisskrivande och med teamarbetet. Synpunkter finns fortfarande ff.a. på arbetssätt och struktur i teamarbetet, vilket också är den förändring som gjordes senast och som fortfarande utvärderas. Det finns dock en stor samstämmighet

om att teamarbete är positivt och att det bör fortsätta utvecklas.

Trots att information har spridits kontinuerligt och på flera sätt så har medarbetare ibland efterfrågat mer information, ff.a. gällande resultat och orsaker till modifieringar i testerna.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Arbetet kommer att fortsätta med en ständig förbättring i form av upprepade tester som utvärderas och modifieras enligt PDSA-modellen. Vi tror att ett fortsatt fokus på teamarbete och kortare kommunikationsvägar kommer att vara lönsamt.

Medarbetare på barnakuten och vårdavdelningarna deltar i en universitetsutbildning i processinriktat ledarskap, som kommer att fokusera på flödet av patienter från barnakuten till de barnmedicinska avdelningarna. Ett samarbete förväntas kunna ske med teamet från "Akut förbättring".

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Teamet får tillskott av tre nya medlemmar. Arbetet kommer att fortsätta med fokus på patientflödet genom barnakuten men med ett bredare angrepp på delar även utanför barnakutens väggar. För att möjliggöra detta ersätts projektets styrgrupp efter projektets avslutande av en nybildad styrgrupp för barnakuten, med medlemmar i chefsposition från barnakuten, barnkirurgen, barnmedicin, röntgenavdelningen och intensivvårdsavdelning.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

I enkäter uppträder regelmässigt väntetider och bemötande/information som de två faktorer som patienter värderar högst. Vi tror att vårt arbete med att korta väntetider upplevs positivt, vilket också bekräftas av vad som framkommit i samtal med patienter och anhöriga. En förbättrad arbetsmiljö och möjlighet att påverka den tror vi leder till att patienter bemöts väl.

För oss som varit engagerade i team och styrgrupp har projektet lärt oss mycket om metodiken för förbättringsarbete och vikten av att testa och utvärdera och av att informera fortlöpande.

### Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Planera
- › Testa
- › Utvärdera
- › Justera
- › Informera

### Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Se till att känna till underlaget, d.v.s. nuläget. Vad är det som behöver förbättras?
- › Identifiera vad ni vill förbättra på lång sikt och identifiera vad som först behöver ändras för att det ska vara möjligt.
- › Börja med små åtgärder för att ni och medarbetarna ska bli vana vid förbättringsarbetet.
- › Utvärdera, justera och testa igen innan det gått för lång tid.
- › Informera alla som berörs via dialog och be om synpunkter från dem som varit med.

### Hit har vi nått på Indextavlan



"Etablerad struktur för ständiga förbättringar finns."



## ”Akut förbättring” på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

### Projektledare

*Younis Khalid*, sektionschef, överläkare,  
younis.khalid@vgregion.se

### Team

***Barnakuten, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (Team 12)***

*Helena Bidås*, sjuksköterska

*Sofia Björklund*, sjuksköterska

*Michael Damgaard*, specialistläkare, barnmedicin

*Annika Elofsson*, undersköterska

*Ebba Fridh*, specialistläkare ortopedi

*Moa Gustavsson*, sjuksköterska

*Annelie Karlsson*, undersköterska

*Lena Karlsson*, undersköterska

*Johanna Råntfors*, specialistläkare, barnkirurgi

### Styrgrupp

*Ann Sandén*, vårdenhetschef

*Kate Abrahamsson*, verksamhetschef

*Unni Solli*, vårdenhetschef

### Handledare

*Christina Sandström*, verksamhetsutvecklare

### Om sjukhuset

Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (DS-BUS) i Göteborg är Sveriges största barnsjukhus. Här arbetar närmare 1900 personer inom hela sjukhusspektrumet från akutsjukvård till högspecialiserad vård. Barnsjukhuset ingår som en del i Sahlgrenska universitetssjukhuset och utöver vården bedrivs här också undervisning och forskning.

Barnakuten har ca 75 anställda och tog år 2012 emot drygt 47000 barn, varav ca hälften med medicinska åkommor och hälften med kirurgiska eller ortopediska åkommor. 12% av dessa, ca 5600 barn, lades in på vårdavdelning.

# Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra sjukhuset, Psykiatri Affektiva I

”Att handskas respektfullt med patienternas tid – en svår men välkommen utmaning!”

## Bakgrund

De övergripande målen för en gemensam psykiatrisk akutmottagning i Göteborg är följande:

- › En god akutvård med hög medicinsk säkerhet.
- › Hög intern tillgänglighet för konsultation inom SU.
- › Hög extern tillgänglighet för effektiv samverkan med vårdgrannar.
- › Vara en god och attraktiv arbetsmiljö för medarbetarna.

Vi har krav från både regionen och från Sahlgrenskas balanserade styrkort att:

- › >90% av våra akutsökande ska vara triagerade av sjuksköterska inom 10 min från ankomst till akuten (TTT – tid)
- › >90% av de akutsökande ska ha träffat läkare inom 60 min från ankomst till akutmottagningen (TTL-tid)

- › >90% av de akutsökande ska ha en total genomloppstid understigande 4 timmar (TGL-tid)

Vårt mål var att minska ledtiderna och öka den värdeskapande tiden för akutsökande, öka patientsäkerheten och nöjdheten hos samtliga medarbetare. Målet har också varit att utveckla arbetsrutiner, anpassa arbetstider till patientflödena och öka utbildningsinsatserna.

## Resultat

### Minska slöseri med patienters tid

Ledtiderna har klart förbättrats under projektets gång men målen är ännu inte uppfyllda. Tidsåtgången på akutmottagningen påverkas av ett flertal faktorer, exempelvis:

### Yttre faktorer

- › Väntan på olika typer av transport av patient till avdelning på annan sjukhustomt. Här har ledtiderna på ett positivt sätt påverkats av ett aktivt

samarbete mellan psykiatrin, polisen och den prehospitala verksamheten för att utarbeta väl fungerande riktlinjer för transporter av patienter med LPT och mellan sjukhustomter i den gemensamma SU-psykiatrin.

### Kompetens (exempelvis antal specialistläkare i förhållande till läkare under utbildning)

► Kompetensfrågan är viktig för både patientsäkerhet och genomloppstider på akutmottagningen. Det är framför allt under jourtid ofta både olegitimerade och läkare under utbildning som svarar för tjänstgöringen på akutmottagningen. Av tradition ligger vanligen läkargruppen organisatoriskt ”utanför” den ordinarie bemanningen på akutmottagningen. Den enskilde läkaren har oftast sin egentliga grundanställning inom annat verksamhetsområde och enbart blivit ”tilldelad” vissa tjänstgöringspass på akutmottagningen. Det kan försvåra samarbete och utveckling. From jan 2013 har vi inom ramen för VGR’s satsning på kökortning erhållit medel för ytterligare en specialistläkare samt en extra primärjourlinje och fr o m juni 2013 har ett nytt primärjoursschema tagits i bruk vilket haft positiv effekt både på ledtider och för arbetsmiljö hos medarbetare.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Flertalet av våra processmål är uppfyllda och utifrån den enkätundersökning som akutsökande och/eller närstående fyllt i visar ett preliminärt resultat att de har blivit professionellt bemötta utifrån specifik yrkeskunskap och kompetens hos samtliga medarbetare.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

Även här har flertalet av våra processmål uppfyllts och utifrån den enkätundersökning som gjorts vid två tillfällen under projekttiden uppvisas ett positivt resultat. Ett nytt arbetssätt för teamtriage har utarbetats och kontinuerligt utvärderats och reviderats, vilket ökat nöjdheten hos såväl medarbetare som haft goda effekter på ledtiderna samt tillvaratagit hela teamets kompetens. Samtidigt har en rad säkerhetshöjande aktiviteter vidtagits.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

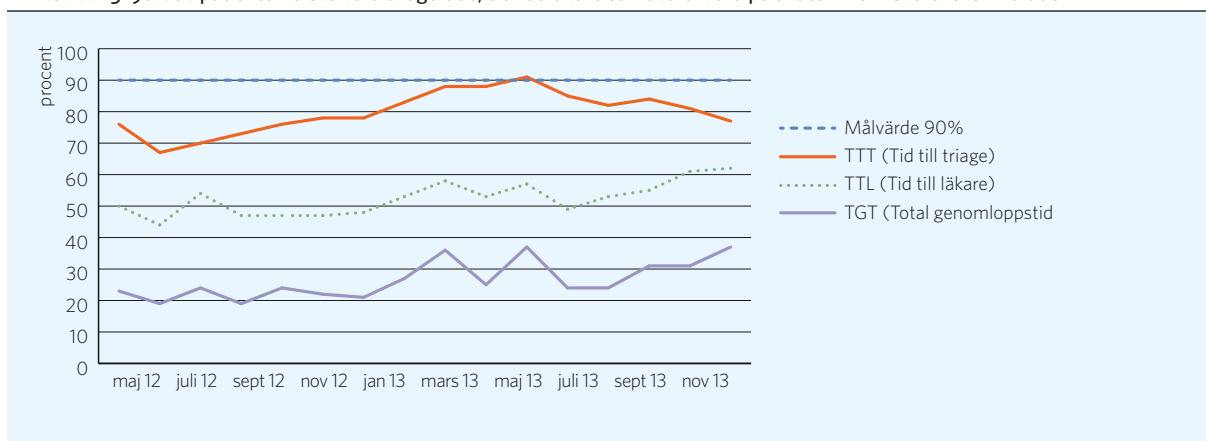
### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Vi kommer att fortsätta med mätningar och utvärderingar av genomförda förändringar, genomföra planerade men ännu inte genomförda förändringar. Involvera fler och nya medarbetare i förbättringsarbetet för att få nya inputs.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Team och styrgrupp kommer att fortsätta att träffas på regelbunden basis.

DIAGRAM 13. 90% av patienterna ska vara triagerade, träffat läkare samt vara klara på akuten inom överenskomna tider



## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Våra medarbetare har aktivt deltagit i utarbetandet av nytt arbetssätt vilket gett en ökad delaktighet samtidigt som värdefulla kontakter med andra aktörer (polis, ambulans, säkerhetsavdelning mm) knutits och bibehållets.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Specialistläkare i triage.
- › ”Snabbspår”. Tidig läkarbedömning och sortering av de akutsökande ger mer tid över till de svårast sjuka akutsökande.
- › Teamtriage – utnyttja hela teamets kompetens.
- › Förhöjd läkarbemanning.
- › Schemaläggning av omvårdnadspersonalen som motsvarar inflödet av akutsökande.
- › ”Aktiv handledning”. Erfaren kollega som finns tillgänglig för handledning för läkare under utbildning delar utav dygnet.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Avsätt tid! Förändringsarbete kräver mycket tid.
- › Tålamod! Förändring i en komplex verksamhet tar tid.
- › Delaktighet! Hitta forum och kanaler för att informerar samtliga berörda både om planerade förändringar och för resultat av genomförda förändringar.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Förändringar har börjat testas och förbättringar kan ses i delar utav flödet.”





## ”Akut förbättring” på Östra sjukhuset, Psykiatri Affektiva I

### Projektledare

*Stefan Lund*, vårdenhetschef,  
stefan.lund@vgregion.se

### Team

*Ola Linnhag*, sektionsledare  
*Ariane Kvint*, specialistläkare  
*Agneta Blank*, vårdplatskoordinator  
*Karolina Johansson*, ST-läkare  
*Ann-Louise Bjugård*, vårdenhetsöverläkare  
*Ioannis Bombotas*, ST-läkare  
*Ramsina Yousif*, sjuksköterska  
*Hannes Tunås*, sjuksköterska  
*Irma Rymo*, ST-läkare

### Styrgrupp

*Tobias Nordin*, VC Psykiatri Affektiva I  
*Ann-Gerd Melin/Hugo Wallén*, VC beroende kliniken  
*Jan Svedlund/Martin Röddholm*, VC psykiatri Affektiva II  
*Frances Hagelbäck-Hansson*, VC rättspsykiatriska vårdkedjan  
*Pia Rydell*, VC psykiatri psykos  
*Johan Sandelin*, VC neuropsykiatri

### Handledare

*Mia Harty*, verksamhetsutvecklare, psykiatri affektiva I

### Om sjukhuset

Psykiatrisk akutmottagning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) är sedan maj 2010 gemensam för vuxenpsykiatrin i Göteborg och tillhör organisatoriskt Psykiatri Affektiva I och finns på SU/Östra sjukhustomt.

Den psykiatriska akutmottagningen har ca 12 000 besökare per år och betjänar 6 verksamhetsområden och 27 psykiatriska vårdavdelningar, 320 vårdplatser (exkl Rättspsykiatri). Vårdplatserna är spridda på 3 sjukhustomter och akutmottagningen belägger även vårdplatser på Stadsmissionen och RPAV. Akutens övriga uppdrag är:

- › *ECT verksamheten* (år 2012 gavs 900 behandlingar till 116 individer).
- › *Konsultverksamheten*, år 2012 gjordes 1476 psykiatriska konsultbedömningar i somatiken.
- › *Telefonrådgivning*, fram till april 2012 mottogs 1000 inkommande samtal per månad. From maj har arbetsuppgiften huvudsakligen övergått till 1177.
- › *Mobila teamet* – ett samverkansprojekt med Göteborgs stad, SU och kranskommunerna, med uppsökande verksamhet för personer i behov av insatser från flera huvudmän.

Vi är 44 årsarbetare inkl läkare och vårdadministratörer.

# Skaraborgs Sjukhus Skövde

”Vår framtid – simulering?”

## Bakgrund

Akutmottagningen på Sjukhuset i Skövde har sedan 2007 arbetat med utveckling av vårda akut processen. Kartläggningar och genomgång av verksamheten har gjorts i olika omgångar. Det finns sedan 2008 en utvecklings plan för akutmottagningarna inom Västra Götalandsregionen. Den syftar till att förbättra patientnöjdhet, bemötande, service och kompetensen hos medarbetarna på akutmottagningen samt ledtiderna:

- › Tid Till Triage (TTT), Målvärde <10 min för 90% av patientbesöken (ej längre från 2013).
- › Tid Till Läkare (TTL), Målvärde <60 min för 90% av patienterna.
- › Total Genomloppstid. (TGT) Målvärde 240 min för 90% av patienterna.

Projektidén var att genom införande av patientnära analyser (PNA) och temaarbete förbättra ledtiderna som beskrivits ovan. Projektet mäts och utvärderas mot kirurgakuten (PNA) och medicinakuten (temaarbete). Kvalitet och patientsäkerhet på akutmottagningen förbättras genom

projektets planerade aktiviteter framöver. Medarbetarnöjdheten ökar genom att vi arbetar mer teambaserat samt att man genom teamarbetet kompetensutvecklas som medarbetare i teamet. Under projektets gång har vi parallellt arbetat med en simuleringsmodell där vi testat olika scenarion bl.a. labbtider och teamarbete.

## Resultat

- › Testat med temaarbete på medicinkliniken.
- › Dokumentation har blivit bättre och en högre arbetstillfredsställelse finns.
- › Två nya rutiner har stabiliserat labbprocessen.

### Minska slöseri med patienters tid

Nya rutiner för transport av prover till lab togs fram. Rutinen innebär att man skickar proverna med rörposten i ett tidigare skede. Detta har resulterat i att svarstiderna stabiliserats.





### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Med test av nytt arbetsätt på medicinkliniken har dokumentationen kring patienten förbättrats. Detta har lett till att nästa led i vårdkedjan har mer information kring patienten.

Patientansvarig sjuksköterskerollen har stärkts. Ett mer uttalat patientansvar har lett till färre personer är involverad kring patienten, kontinuiteten har stärkts.

Informationsvägarna har kortats och går inte genom flera led. PAL -> PAS och PAS -> PAL

### Öka nöjdhet hos medarbetare

Minskad stress och ökat lärande med det nya sättet att arbeta på medicin.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Fortsätter testerna med teamarbete medicin och utöka för andra kliniker.

Ortopedklinken kommer att fortsätta med att läkaren undersöker patienten direkt i triagen för ett snabbare beslut av handläggning.

Genom att samverka med röntgenavdelningen vill vi kunna korta röntgenledtiderna.

Slutföra simuleringen för att få vägledning i fortsatt förbättringsarbete.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Då vi redan hade en struktur för förbättringsarbete innan SKL projektet startades upp kommer vi att fortsätta med samma upplägg. Vi har en projektgrupp som ses 2-4 ggr/mån samt en styrgrupp som samlas 2-3 ggr/halvår.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

För egen del har vi fått svar på att vi har en bra grund och arbetar på ett strukturerat sätt med vårt ständiga förbättringsarbete och nått långt i våra resultat. Ca 60% träffar en läkare inom 1 tim och 80% är utskrivna från akuten inom 4 tim. De flesta akutmottagningarna i landet brottas med samma problem och likartad komplexitet.

Tålmod och långsiktighet krävs i utvecklingsarbetet för akutmottagningar tillika samarbete över gränserna med öppet sinne med högt till tak.

### Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Direktspår för utvalda patientgrupper.
- › Beslutfattande läkare tidigt i processen.
- › Snabbare transport till labb av provrör med hjälp av rörpost.
- › Upprätta bra samarbete med mottagande enheter för snabbare "hämttider".
- › Testa förbättringsarbete i en virtuell miljö, medför mindre störningar i verksamheten och man får svar på vilka kombinationer som ger resultat.

### Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Tålmod!
- › Jobba med helheten.
- › Förbättringskunskap hos alla.
- › Engagerad ledning.
- › Arbeta med fakta – inte tyckande.



### Hit har vi nått på Indextavlan

"Etablerad struktur för ständiga förbättringar finns."



## ”Akut förbättring” på Skaraborgs Sjukhus Skövde

### Projektledare

*Carina Wallin*, enhetschef akutmottagningen,  
carina.wallin@vgregion.se

### Team

*Stellan Ahlström*, enhetschef, akutmottagningen  
*Birgitta Blom Magnusson*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Ulla Andersson*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Tanja Renfors*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Pierre Wallqvist*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Kristian Tullhög*, läkare, ortopedkliniken  
*Anna Wallén*, läkare, kirurgkliniken  
*Sari Bjurén*, läkare, medicinkliniken

### Styrgrupp

*Elisabeth Hellström*, verksamhetschef, akutmottagningen Skövde, ambulansen, SkaS, AVA  
*Hans Halén*, områdeschef, medicin  
*Anette Trengre Jarlshammar*, verksamhetschef, medicin  
*Thomas Wahlberg*, verksamhetschef, medicin  
*Lars Rydberg*, verksamhetschef, kirurg  
*Maria Söderberg*, verksamhetschef, barn  
*Gunilla Nilsson*, verksamhetschef, radiologi

### Handledare

*Catarina Karlberg*, vårddataanalytiker

### Om sjukhuset

Skaraborgs Sjukhus består av 4 sjukhus varav Sjukhuset i Skövde är det största sjukhuset och bedriver länssjukvård. Upptagningsområde ca 277 000 invånare.

Siffror från 2012:

- Antal anställda: ca 4200 st.
- Antal vårdplatser: totalt 735 st varav Skövde har 445 st.
- Antal besök öppenvården: ca 406600.
- Vårdtillfällen slutenvården: 40000 st.
- 51 000 akutbesök på akuten Skövde.
- Akutmottagningen Skövde serverar alla specialiteter (8 st) förutom psykiatri.
- Inga akutläkare på akutmottagningarna SkaS.
- RETTS som triagemetod.

## Karlskoga lasarett

”Förändringar i litet format kan ge en akutmottagning som är ultimat!”

### Bakgrund

Patienttillströmningen till akutmottagningen har ökat stadigt under de senaste åren och ligger nu på ca 20 000 besök per år. Eftersom de mest sjuka utifrån triagebedömningen prioriteras väntetidsmässigt har detta medfört att många patienter kan få vänta orimligt länge i förhållande till de besvär de har. Detta i sin tur påverkar arbetsmiljön på akutmottagningen med trängsel och stress samt bidrar till missnöjda patienter och onödigt lidande/obehag för patienterna.

Syftet med föreliggande projekt är därför att utveckla vårdprocesser/ett förändrat arbetssätt för att minska slöseriet med patienternas tid, öka kvaliteten och patientsäkerheten samt öka nöjdheten hos medarbetarna.

### Resultat

#### Resultatmål

- 95% av alla patienter ska ha en genomströmningstid under 4 timmar och 100% under 6 timmar ● Drygt 80% under 4 tim och drygt 90% under 6 timmar i genomsnitt det senaste halvåret.

- 90% av de patienter som går direkt hem efter ett besök på AKM ska vara nöjda med den information de fått innan hemgång ● 100% av tillfrågade patienter (42 st) är nöjda i september 2013.

- 95% av medarbetarna ska kunna rekommendera AKM som en arbetsplats att söka jobb på ● 98% svarar ja helt + ja delvis i september 2013.

#### Processmål

- 1 a. Att skapa ett välfungerande flöde för patienter med misstänkt DVT (svullna ben). ● Flödet är skapat och fungerar väl.  
b. Att ett välfungerande vårdprogram för misstänkt sepsis finns utarbetat och följs. ● En vårdrutin finns utarbetad och är accepterad, men är ännu ej implementerad.
- 2 Att information finns och delas ut till de patienter som ej blir inlagda på sjukhuset för de vanligaste diagnoserna. ●
- 3 a. Att känslan av negativ stress hos medarbetarna minskar/är oförändrad. sept 2013.  
b. Att aktiviteter som genomförs för att

förbättra kvalitet och patientsäkerhet inte ska påverka arbetsmiljön i negativ riktning ● sept 2013.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	●
Öka kvalitet och patientsäkerhet	●
Öka nöjdhet hos medarbetare	●

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

De förändringar som har testats och ännu ej implementerats kommer att utvecklas vidare, exempelvis utveckling av teamarbete. Lärdomar som dragit vid utveckling av vårdflödet för DVT kommer att användas för att fortsätta utveckla flera diagnosgruppers flöden.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Styrgruppen kommer att finnas kvar, eventuellt med en något annorlunda bemanning. Konceptet ”förbättringsgrupp” kommer att permanentas, men deltagarna i gruppen kan variera utifrån aktuellt förbättringstema. En förbättringstavla kommer att införas i samband med att AKM flytta in i de ombyggda lokalerna vid årsskiftet.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Vi har fått mer välinformerade, och förhoppningsvis tryggare, patienter tack vare den förbättrade, skriftliga informationen som har anpassats till respektive patientgrupp.

Patienternas väntetid har minskat, framförallt

för DVT-patientgruppen, genom ett förändrat arbetssätt som medfört ett snabbare flöde.

Sjuksköterskegruppen har fått mer stimulerande och ansvarsfulla arbetsuppgifter genom att ha tagit över vissa delar av tidigare läkaruppgifter.

För oss som deltagit, både i team och styrgrupp har lärandeseminarier gett nya impulser och stimulans, inte minst från övriga deltagande verksamheter. Flertalet av föreläsningarna har varit intressanta och lärorika.

Det har funnits vissa svårigheter att få ihop hela arbetsgruppen för arbete på hemmaplan.

En ännu större grad av patientinvolvering hade varit värdefullt, något vi kommer att ta med oss vid vårt fortsatta utvecklingsarbete.

### Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Ökat teamarbete.
- › Omfördelning av arbetsuppgifter.
- › Testa ett förändrat arbetssätt på en liten grupp patienter, dra lärdom av detta och därefter utöka till andra patientgrupper/flöden.
- › Viktigt att patienten känner sig välinformerad och trygg då den lämnar akutmottagningen.
- › Viktigt fråga patienterna vad och hur de vill bli informerade.

### Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Schemalägg tiden för förbättringsarbete för alla yrkeskategorier som ingår i arbetsgruppen.
- › Ha tålamod.
- › Ha en tydlig projektledning som har mandat.
- › Formulera realistiska mål som går att mäta.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Ett väl fungerande flödeför patienterna är etablerat.”



## ”Akut förbättring” på Karlskoga lasarett

### Projektledare

*Anna-Lena Kjellgren,*  
anna-lena.kjellgren@orebroll.se

### Styrgrupp

*Åsa Ek,* verksamhetschef, kirurgi  
och akutmottagning  
*Håkan Lindvall,* verksamhetschef, medicin,  
geriatrik  
*Rolf Andersson,* överläkare, ortopedi  
*Mia Tavander,* verksamhetsutvecklare

### Team

*Jakob Bäckman,* kardiolog  
*Kerstin Öhrn,* sjuksköterska  
*Liselotte Ståhlberg,* sjuksköterska  
*Maria Pisoni,* sjuksköterska  
*Stefan Eldholm,* specialistläkare, kirurgi  
patientrepresentant

### Handledare

*Ing-Marie Larsson,* kvalitets- och utvecklingschef

### Om sjukhuset

Karlskoga lasarett ska dygnet runt erbjuda hälso- och sjukvård med god kvalitet och akutberedskap till alla, som är i behov av basal vård, och som väljer att söka vård vid lasarettet så att de får bot, lindring och/eller tröst. Lasarettet ska dessutom erbjuda stöd till patientens närstående och en god praktik/ utbildning till studerande.

Varje år

- › vårdas ca 8 400 patienter
- › söker ca 20 000 människor akutvård
- › utförs ca 5 000 ambulansuppdrag
- › genomförs ca 3 300 operationer
- › föds ca 600–700 barn

Karlskoga lasarett har 130 vårdplatser och 730 anställda varav 80% är kvinnor och 20% män. Medelåldern är 42 år.

## Universitetssjukhuset i Örebro

”Tidig teambedömning avlastar akutmottagningen – nytt arbetssätt sparade 650 timmars vistelsetid vid Universitetssjukhuset i Örebro.”

### Bakgrund

Under maj 2012 genomförde akutkliniken tillsammans med kardiologiska och medicinska klinikerna på USÖ ett pilotprojekt med tidig, specialistläkarledd teambedömning på medicinakuten. Resultaten var mycket positiva.

Projektet som drivits inom ramen för ”Akut förbättring” syftade till att testa arbetssättet i större skala.

Under hösten 2012 genomfördes ett sju veckor långt, utvidgat försök kallat fas 2. De uppmuntrande resultaten av fas 2 presenteras nedan samt på separat poster. Baserat på dessa resultat har arbetssättet införts som standard på medicinakuten från och med maj 2013.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

Inom projektets sju veckor långa andra fas:

- › Minskade vistelsetiden på medicinakuten med knappt 30%, motsvarande drygt 650 timmars ackumulerad vistelsetid.

#### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Den andra fasen av projektet medförde också att:

- › Tiden till läkarbedömning minskade med drygt 60%.
- › Antalet patienter som samtidigt vistades på medicinakuten minskade med upp till 30%.
- › Andelen orangetriagerade patienter minskade med nära 75%.

Dessa resultat skapar – enligt vår tolkning – goda förutsättningar för förbättrad kvalitet och patientsäkerhet på akutmottagningen.

#### Öka nöjdhet hos medarbetare

Inom ramen för projektets andra och tredje fas har vi strukturerat efterfrågat medarbetarnas åsikter och synpunkter på arbetssättet. Många har uppskattat det nya sättet att arbeta, men vi har inte formellt mätt medarbetarupplevelsen före och under projektet.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Fas 3 av vårt projekt påbörjades i maj 2013. Denna fas innebär att vi implementerar tidig, specialistläkarledd teambedömning som standardarbetssätt på medicinakuten. I kommande steg inbjuder vi ytterligare kliniker att prova på det nya arbetssättet.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Team och styrgrupp kommer att finnas kvar tills vidare.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Vårt deltagande i "Akut förbättring" har haft avgörande betydelse för våra möjligheter att genomföra projektet med tidig, specialistledd teambedömning på medicinakuten vid USÖ. Genom "Akut förbättring" har vi fått tillfälle att lära känna varandra och representanter från andra akutorganisationer i Sverige. Innehållet i föreläsningssdelen har varit varierat och relevant, och haft direkt inverkan på hur vi organiserat vårt projekt.

Vårt projekt har medfört tydliga förbättringar för patienterna ifråga om kvalitet, tidsvinst och säkerhet. Vi är övertygade om att utfallet av vårt projekt har gynnats av vårt deltagande i "Akut förbättring".

Som en mycket positiv bieffekt av vårt projekt har flera kliniker och förvaltningar hört av sig med förfrågan om samarbete för att underlätta och förbättra patientens väg genom akutsjukvården.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Förstå och utgå från patientens bästa!
- › Gör rätt från början!
- › Undvik att bygga kö!
- › Dela upp förbättringsarbetet i mindre delar!
- › Arbeta i team, både i projekt och i verksamheten!

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Se till att ha en fungerande och övertygad styrgrupp.
- › Se till att ha en arbetsgrupp med flera yrkeskategorier.
- › Skapa en tydlig plan för förbättringsarbetet och avsätt tid.
- › Dela upp förändringsarbetet i mindre delar eller faser.
- › Hör av er till någon annan som genomfört ett förändringsarbete.



## Hit har vi nått på Indextavlan

"Etablerad struktur förståndiga förbättringar finns."



## ”Akut förbättring” på Universitetssjukhuset i Örebro

### Projektledare

*Bruno Ziegler*, MLA, Akutmott, läkare Med klin,  
bruno.ziegler@orebroll.se

### Team

*Eva Jansson*, SSK, Akutmott  
*Emil Waldenmark*, SSK, akutmott  
*Petra Johansson*, USK, akutmott  
*Henrik Almroth*, läkare kard klin  
*Anna Wickbom*, läkare med klin  
*Mikaela Mietala*, SSK, akutmott  
*Christina Eriksson*, USK, akutmott  
*Johanna Lindblom*, SSK, akutmott  
*Andreas Jacobsson*, SSK, Ambulansen

### Styrgrupp

*Jan Bergman*, VCH medicinska kliniken  
*Stella Cizinsky*, VCH kardiologiska kliniken  
*Ewa-Lena Sjöberg*, VCH akutkliniken  
*Marléne Kerber*, avdelningschef akutmott

### Handledare

*Lillemor Eklund*, staben för verksamhetsutv, Västerbottens läns landsting

### Om sjukhuset

Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) har som mål att vara ”Det personliga universitetssjukhuset” med uppdrag att driva basal och avancerad sjukvård, forskning och utbildning. Regionuppdraget omfattar drygt 200 000 patienter och länsdelsuppdraget knappt 120 000 patienter. Sjukhuset har 550 vårdplatser och mer än 3 500 anställda. Akutmottagningen hade under 2012 sammanlagt drygt 52 000 besök.



# Lindesbergs lasarett

”Resan har börjat – vi är på väg! Med överläkare på plats minskar väntetiden på akutmottagningen.”

## Bakgrund

Det finns sedan länge en känd problembild kring effektivitetsbrister i flödet på akutmottagningar generellt i Sverige. Problem som beskrivs i form av bristande tillgänglighet, negativa patientupplevelser och en dålig arbetsmiljö. Framförallt har det i den offentliga debatten handlat om långa väntetider för patienter och deras närstående. Akutmottagningen i Lindesberg känner väl till denna problematik och sedan en tid tillbaka finns problem även här med långa väntetider och en svår arbetsmiljösituation. Lasarettet når inte landstingets politiskt uppsatta mål om att 90% av patienterna ska ha en total genomströmningstid på maximalt 4 timmar. Genomsnittet på Lindesbergs lasarett 2012 var 68%.

## Resultat

Resultatet gällande de förändringar som beskrivs nedan utgår från tre målområden:

- › Minska slöseri med patienters tid
- › Öka kvalitet och patientsäkerhet
- › Öka nöjdhet hos medarbetare

## Överläkare på plats

En av orsakerna till problemet med att uppnå ett effektivt flöde på akutmottagningen är en organisation som har funnits sedan lång tid tillbaka, där AT-läkare är primärjour på akuten. Det innebär att AT-läkaren vid bedömning av patienten alltid ska kontakta bakjournen för att säkerställa ett korrekt medicinskt utlåtande. Detta arbetssätt innebär en fördröjning i bedömningen av patienterna. Inom projektets ramar har ett test med att bemanna akuten med en överläkare genomförts. En bakjour från kirurgkliniken var på akuten vardagar kl. 09.00–15.00 under perioden 18 mars till 12 april. Testet innebar att överläkaren var med i triageringen av patienten tillsammans med sjuksköterska och/eller undersköterska. Resultatet från testet blev att 9 av 10 patienter hade en genomströmning inom fyra timmar under testperioden, se diagram på nästa uppslag:

Andra vinster under testperioden var att personalen upplevde ökad trivsel och ökad patientsäkerhet då teamarbetet var så framgångsrikt. Även patienterna verkade vara mer nöjda under testperioden.

DIAGRAM 14. Andel patienter som är klara inom 4 timmar på akutmottagningen. Kirurgkliniken 2012–2013

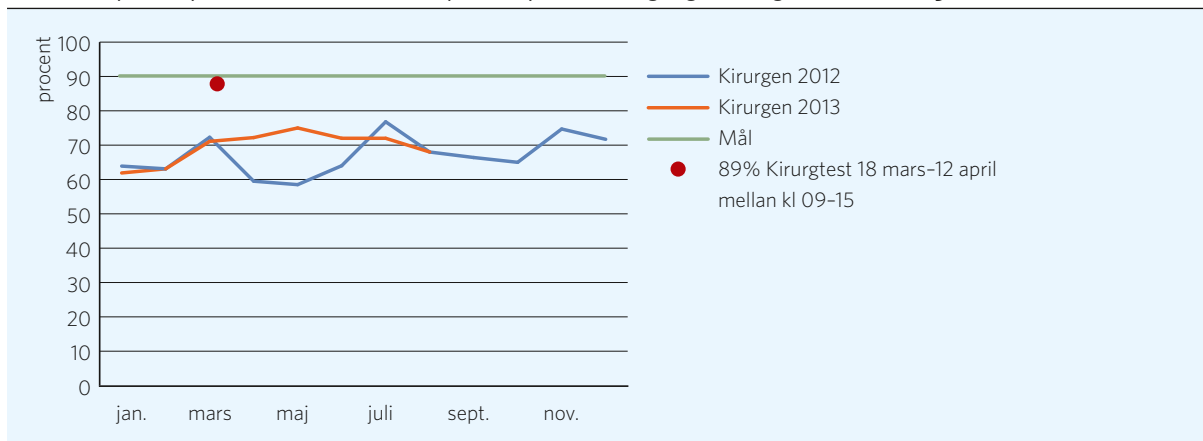
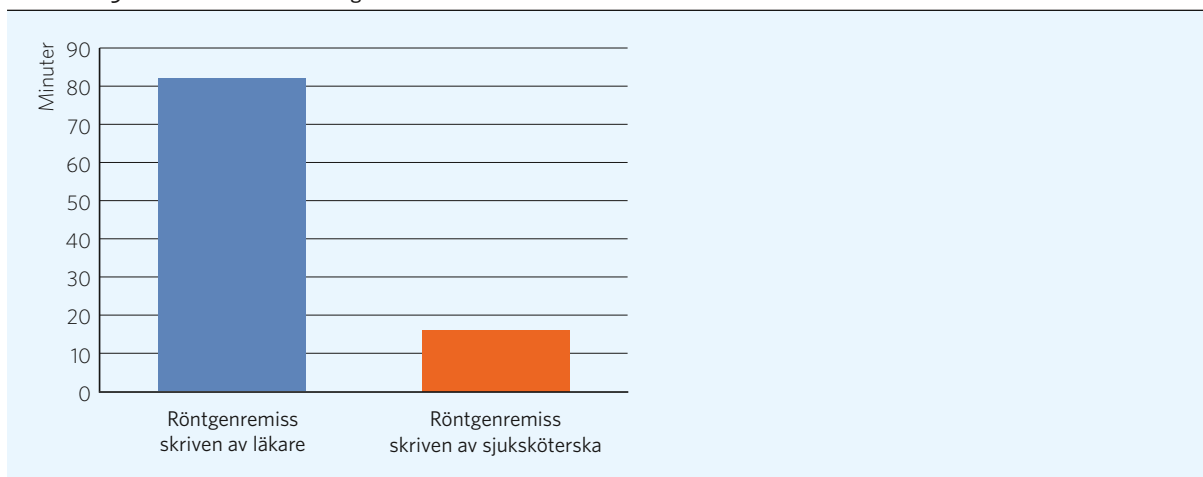


DIAGRAM 15. Tid från ankomst till röntgenremiss. Medelvärde för misstänkta handledsfrakturer.



### Sjuksköterskor skriver röntgenremisser

Patienter som söker för misstänkt fraktur i handleden har fått vänta för att få träffa en läkare som kan skriva röntgenremiss. Hur lång väntan blir beror på hur många patienter som söker på akuten. Efter väntan på läkare får dessutom patienten vänta på att komma till röntgen. För att minska den totala väntetiden genomfördes ett test där vissa sjuksköterskor fick delegering på att skriva röntgenremisser på handledsskada. Även denna test fick positiv effekt avseende väntetid, se diagram ovan.

### Lång väntan för patienter som får byta klinik

De patienter som traditionellt fått vänta längst på akutmottagningen är de som vid ankomsten bedöms tillhöra en klinik och som under utredningen får en annan kliniktilhörighet. Exempelvis en patient med misstänkt höftfraktur som behöver utredas för den yrsel som orsakade fallet. Klinikbytet har då ofta förlängt väntetiden med flera timmar. Idag finns en ny rutin som gör att läkaren på akutmottagningen har befogenheter att flytta över patienten till annan klinik utan remiss så att utredningen kan genomföras så smidigt som möjligt för patienten. Utvärdering av det nya arbetssättet pågår.

## Patientbroschyr

Det blir ofta mycket information som lämnas patient och närstående när de ska åka hem och det kan var svårt att komma ihåg allt viktigt. En patientbroschyr har tagits fram. Där finns allmän information om besöket på akutmottagningen och personalen skriver in om det ska vara nya kontroller, suturtagning e dyl.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Vi ligger på gult då vi ser klara förbättringar inom alla tre målområdena men vi har inte nått målen fullt ut.

Minska slöseri med patienters tid	■
Öka kvalitet och patientsäkerhet	■
Öka nöjdhet hos medarbetare	■

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

På Lindesbergs lasarett har ett parallellt arbete pågått som går i linje med "Akut förbättring". Det handlar om att utveckla vårt ledningssystem som i sin tur bland annat innebär att vi just nu håller på att processorientera vårt sjukhus. Klinikerna har identifierat sina kärnprocesser och tanken är att vi inom en snar framtid kommer att skapa team till dessa. "Akut förbättring" kommer att ingå i dessa team.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Lasarettet har en tydlig styrmodell för hur arbetet och utvecklingen av processorienteringen ska gå till. Styrningen har sin utgångspunkt i lasarettets ledningsgrupp där respektive processägare deltar när frågor rörande den specifika processen ska beslutas. Inspiration, erfarenhet och lärdom har tagits från den nationella styrningen i projektet "Akut förbättring".



## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Lasarettets deltagande i "Akut förbättring" kom i rätt tid för organisationen och har gett flera positiva effekter. Samverkan över klinikgränserna har varit en ögonöppnare för de möjligheter som finns att utan extra resurser förbättra vården och sträva mot att minimera väntan och informationsbrister för våra patienter.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Överläkare på akutmottagningen
- › Sjuksköterskor skriver röntgenremisser på skadade handleder
- › Läkaren som undersöker patienten har rätt att göra överflyttning till annan klinik
- › Inga återbesök på akutmottagningen
- › Patientmedverkan genom t ex. systemiskt möte

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Väl förankrat i ledningsgruppen.
- › Tydlig styrmodell.
- › Testa i liten skala för att sedan utvärdera resultatet. Fler vågar då prova, inga idéer är för dåliga för att inte våga testa i liten skala.
- › Patientmedverkan. Patientens syn är ofta en ögonöppnare, det är lätt att bli hemmablind.



## Hit har vi nått på Indextavlan

"Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar."



## ”Akut förbättring” på Lindesbergs lasarett

### Projektledare

*Benny Lekberg*, bitr. avd.chef, akutmottagningen,  
Benny.lekberg@orebroll.se

*Ljiljana Karlsson*, bitr. verksamhetschef, An-Iva  
kliniken, Ljiljana.karlsson@orebroll.se

### Team

*Matthias Gustafsson*, undersköterska, akutmottagningen

*Emil Mesaros*, sjuksköterska, akutmottagningen

*Lena-Marie Hammarström*, sjuksköterska,  
akutmottagningen

*Anneli Andersson*, avd.chef, akutmottagningen

*Sofia Jorstig*, läkare, kliniken för medicin och  
geriatrik

*Ana Kvirgic*, läkare, ortopedkirurgiska kliniken

*Elisabeth Alfredsson*, sjuksköterska, ortoped-  
kirurgiska kliniken

*Göran Brodén*, läkare kirurgiska kliniken

*Christer Ström*, sjuksköterska, röntgen

*Synnöve Bergentz*, läkare, kliniken för medicin  
och geriatrik

### Styrgrupp

*Lena Göransson*, verksamhetschef, An-Iva kliniken

*Ann-Sofie Eriksson*, verksamhetschef, kliniken för  
medicin och geriatrik

*Eva Falkman-Vård*, verksamhetschef, röntgen-  
kliniken

*Katja Felgenau*, bitr.verksamhetschef,  
kliniken för medicin och geriatrik

*Helen Fredriksson*, ekonomichef

*Zoltan Fülep*, verksamhetschef, kirurgiska kliniken

*Henrik Graner*, medicinskt ledningsansvarig,  
kvinnokliniken

*Per-Olof Larsson*, personalchef

*Christer Lundgren*, verksamhetschef, ortoped-  
kirurgiska kliniken

*Sven Röstlund*, chefläkare, primärvården

*Marianne Skinnars-Bruno*, förvaltningschef

### Handledare

*Maria Gunnarsson*, bitr.utvecklingschef

### Om sjukhuset

Lindesbergs lasarett är ett av Örebro läns tre akut-sjukhus. Vi betjänar hela länet men vårt främsta upptagningsområde är norra delen av Örebro län, där ca 52 000 invånare bor. På Lindesbergs lasarett bedrivs anestesi- och intensivvård, kirurgi, ortopedi samt medicinsk och geriatrisk vård. Vi har dessutom sex specialistmottagningar och röntgenklinik. Lasarettet har 92 vårdplatser och här arbetar ca 570 medarbetare. Under år 2012 hade akutmottagningen 17 700 besök, 4300 (ca 25%) av dessa patienter besökte jourmottagningen som är placerad på akutmottagningen vardagar kl. 17.30–20.00 och lördag, söndag kl. 9.00–20.00.

## Centralsjukhuset i Karlstad

”Akuten och omvärlden, förbättringsarbete i samarbete med Karlstads universitet. Blivande sjuksköterskor är med och påverkar för sina framtida patienter!”

### Bakgrund

Akutmottagningen vid Centralsjukhuset i Karlstad valde att delta med ett team i projektet ”Akut förbättring”<sup>1</sup>. Bakgrunden till urvalet var den besöksorsak som är vanligast förekommande bland patienter som är 75 år eller äldre och som vistats mer än fyra timmar på akuten inom specialiteterna kirurgi, ortopedi och internmedicin. Statistik som togs fram visade att besöksorsakerna är buk, höft/lårskada samt andningsbesvär/dyspné. Av dessa tre besöksorsaker startade arbetet med en flödeskartläggning av det ortopediska flödet dvs. höft/lårskada.

För att kunna se om en förändring blir till en förbättring, krävs mätningar både före och efter förändringens genomförande. För att få jämförelser är det också av vikt att mätningarna utförs likadant, att inga mätvärden faller bort. Teamet identifierade två stora problemområden för att komma igång med arbetet kring den aktuella patientgruppen:

- › Hur genomför man bra mätningar på en akutmottagning rent praktiskt?
- › Hur tillgodoser vi SKL:s krav på patientmedverkan i projektet?

### Samarbete med Karlstads universitet (KAU)

Ovanstående är bakgrunden till att akutmottagningen valde att ta kontakt med KAU och Sjuksköterskeprogrammet för att involvera dem i vårt förändringsarbete. 20 studenter i termin 5 i kursen ”Vårdorganisation och ledarskap” med temat ”Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling” fungerade under två veckor som observatörer i fyrtimmarsskift och följde patienternas flöde. Alla händelser kring patienten noterades, tidsmarkerades och extra fokus låg på observation kring in-

Not 1.  
[http://www.skil.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/tillganglighet-i-varden/akut-forbattning](http://www.skil.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/tillganglighet-i-varden/akut-forbattning)

formation. Vilken information fick patienten, egna reflektioner kring det? Dessa data kunde sedan användas som ett utgångsläge vid flödeskartläggningen. Studenterna examinerades i kursen inom ramen för samarbetsprojektet genom fokusgrupp-samtal.

Teamet har även använt en student från Innovationsteknik och designingenjörsprogrammet som kartlagt patientens upplevelseresa genom akuten genom observation och intervju, både på akutmottagningen och en tid efteråt. Senare också på de andra akutmottagningarna i Värmland.

## Resultat

Baserat på den ursprungliga flödeskartläggningen, konstruerades ett *Höftspår*. Det innebär att patienter med misstanke om höftfraktur, larmas in av ambulansen för att ett team bestående av läkare och sjuksköterska ska vara redo att undersöka patienten direkt vid ankomst till akutmottagningen. Därefter via röntgen direkt till vårdavdelning.

### Minska slöseri med patienters tid

Patienter tillhörande valt flöde har alltid varit en grupp som vistats länge på akutmottagningen, av olika anledningar. Detta trots att Socialstyrelsen<sup>2</sup> är tydlig i sina riktlinjer och beskriver att *Ett tidigt beslut om inläggning av dessa patienter, och därmed förflyttning från akutmottagningen, skulle ha många positiva effekter för såväl belastningen på akutmottagningen som för patienten och vårdavdelningens personal, vilken får bättre kontinuitet i omvårdnaden.*

Med införandet av ett Höftspår har patienternas vistelsetid på akutmottagningen förkortats avsevärt.

- › I 100% av fallen tas patienten omhand av sjuksköterska direkt vid ankomst.
- › I 89% av fallen träffar patienten läkaren inom 30 min.
- › I 79% av fallen läggs patienterna in på vårdavdelning inom 90 min efter ankomst till akutmottagningen.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Genom att sätta ett mått på smärtskattning enligt VAS<sup>3</sup> för aktuell patientgrupp till VAS 3 eller mindre, skulle kvalitén för patienterna bli bättre. Här har vi inte lyckats nå de uppsatta målen. Smärtlindring ges som regel i ambulansen och ibland med tillägg på akutmottagningen, endera i form av höftblockad eller annan smärtlindring. Röntgen har i utvärderingen upplevt att vissa patienter är dåligt smärtlindrade. Dessutom så används inte VAS som smärtskattningsmetod generellt av personalen på akutmottagningen trots påtryckning, något som vi kommer att jobba vidare med.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

En patientgrupp som tidigare vistats länge på akutmottagningen, har nu blivit ett snabbspår. Detta upplevs som positivt av medarbetarna på akutmottagningen då höftpatienterna är en vårdtung patientgrupp.

Även personalen på vårdavdelningen är nöjda med resultatet. De ser att patienten snabbare kommer under den vård som de är specialiserade på och får bättre smärtlindring och är därmed bättre förberedda inför operationen.

Läkargruppen uttryckte initialt en oro för att patienter i Höftspåret skulle ta tid från övriga patienter på akutmottagningen. Dels för att de ska tas omhand direkt, men även för att läkaren ibland måste gå till avdelningen vid oklara fall. Nu ser man bättre vinsterna för patienten. Akutpersonalen är mer tillgänglig för läkaren när patientgruppen inte vistas så länge på akuten.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

Not 2. [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10573/2003-102-1\\_20031022.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10573/2003-102-1_20031022.pdf)

Not 3. Visuellt Analog Skala som används för smärtskattning med värde mellan 0 och 10 där 0 är ingen smärta alls och 10 är outhärdlig smärta.

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Tack vare det goda samarbetet med KAU identifierade akutmottagningen, förutom ledtider, flera områden att jobba vidare med. Det gäller framförallt väntan och information. Vilken information får patienten, vad saknar patienten för information, på vilket sätt kan förbättringar i informationsflödet ske? Studenten (som nu är klar med sina studier) från Innovationsteknik och designingenjörsprogrammet har fått i uppdrag att, tillsammans med Landstingets informationsavdelning, jobba vidare med informationen på akutmottagningen i Karlstad, men även de andra akutmottagningarna i länet.

Vi kommer också att följa den ursprungliga intentionen med att kartlägga även buk och andningsflödet.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Styrgruppen kommer att finnas kvar, då den även tjänar andra syften.

Teamets kunskap i förbättringsarbete kommer att tas tillvara, men troligen i en annan form för att föra kunskapen vidare till fler.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

### *För våra patienter och medarbetare*

Medarbetarna har fått uppleva att det är möjligt att göra förändringar. Förhoppningsvis kan man gå in i nya förbättringsarbeten med en ökad öppenhet.

Patienterna har satts i fokus, både när det gäller flödet och upplevelsen. Deltagandet i projektet har betytt mycket för den aktuella patientgruppen, men även övriga patienter. I nuläget främst på grund av att vi arbetar vidare med informationsflödet.

### *För oss som deltagit, både i team och styrgrupp*

Deltagandet har varit en lärande process. Vi har fått verktyg att se och kartlägga flöden och att förändra dem, både nu och i framtiden. Ibland har känslan av styrning i projektet dock upplevts hämmande för teamet. Det har upplevts som värdefullt att få träffa andra akutmottagningar och att ta del av andras idéer och lösningar.

## *För samarbeten över gränser*

Sjuksköterskestudenterna tyckte det var positivt att göra något som direkt bidrar till utveckling av vårdverksamheten, de utvecklade kunskapen inom området. De menade vidare att det gav dem ett tillfälle att se vården ur patientens perspektiv, något de tror sig ha nytta av i sin framtida yrkesroll.

Studenten från Innovationsteknik och designingenjörsprogrammet har ingen vårdbakgrund. Hon upplever att hon lärt sig otroligt mycket om hur det är att jobba på en akutmottagning, hur viktigt det är att se helheten. Det gav också erfarenhet av hur man kan jobba med patientinvolvering inom vården, hur man fångar patienternas upplevelse på ett bra sätt och förmedlar dessa vidare.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Inta patientperspektiv!
- › Involvera alla aktörer som är delaktiga i flödet, det är sällan eller aldrig akuten äger hela flödet själv.
- › Ta hjälp vid mätningar om ni inte kan avsätta personer att göra enbart detta.
- › Se möjligheter i att använda omvärlden, exempelvis studenter, i förbättringsarbetet.
- › Försök att hålla tiden till beslut mellan arbetsgrupp och styrgrupp så kort som möjligt.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

Häng i, håll ut!!!



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”



## ”Akut förbättring” på Centralsjukhuset i Karlstad

### Projektledare

*Maria Svensson*, avdelningschef, akutmottagningen  
Karlstad, maria.o.svensson@liv.se

### Team

*Caisa Green Gustafsson*, sjuksköterska, röntgen  
*Camilla Persson*, undersköterska  
*Eva Bergquist*, sjuksköterska, verksamhetschef,  
allmänmedicin  
*Helena Jonsson*, sjuksköterska  
*Magnus Nylén*, sjuksköterska  
*Thomas Pettersson*, akutöverläkare

### Styrgrupp

*Lena Bäckman*, verksamhetschef akuten  
*Birgitta Evansson*, verksamhetschef medicin  
*Johan Lugnegård*, verksamhetschef hjärt- och akut  
*Ioannis Ioannidis*, verksamhetschef ortopedi  
*Thomas Hallgren*, verksamhetschef kirurgi

### Handledare

*Lena Lindeman*, verksamhetsutvecklare division  
Medicinska specialiteter Landstinget i Värmland

### Om sjukhuset

Centralsjukhuset i Karlstad fungerar både som länssjukhus för hela Värmlands befolkning och som närsjukhus för invånarna i kommunerna Karlstad, Hammarö, Kil och Forshaga.

- › Centralsjukhuset är med 3 750 anställda länets största arbetsplats.
- › Antal vårdplatser är totalt 566, varav:
  - 421 medicin/kirurgi/ortopedi samt övriga specialiteter.
  - 66 intensivvård, barnintensivvård och uppvakning 76 psykiatri.

### Om akutmottagningen

Akutmottagningen på Centralsjukhuset tog 2012 emot ca 53 000 patienter inom internmedicin, kirurgi och ortopedi samt jourtid infektion, barn och gynekologi.

Akutmottagningen har cirka 85 anställda sjuksköterskor och undersköterskor.

Läkarna från de kliniker som akutmottagningen samverkar med tjänstgör på akutmottagningen inom ramen för ett traditionellt jourssystem.

Akutmottagningen ser under hösten 2013 fram emot att få anställa akutens första egna läkare i form av en akutmottagningsöverläkare och ett flertal läkare anställda som ledningsläkare inom internmedicin.



## Mälarsjukhuset Eskilstuna

”Ett nytt arbetssätt – att gemensamt bygga en väg mot framtid i framgång!”

### Bakgrund

Vi har via vår verksamhetschef blivit inbjudna av SKL att delta i projektet ”Akut förbättring”. Detta uppdrag har kommit från landstingsledningen. Anledningen till detta är att väntetiderna på landets akutmottagningar är lång och detta gäller även för Mälarsjukhuset. Vi har sedan tidigare arbetat med snabbspår så som ”rädda hjärnan”, ”lila spåret”, ”höftkedjan”, ”från bra till bäst”, ”se och behandla” och mobila närvårdsteam för direktinläggningar och snabb polklin uppföljning för multisjuka äldre.

Tidigare har vi på vår akutmottagning arbetat med triagesystemet ADAPT. Under våren 2012 bytte vi triage-system till RETTS då detta bedömdes mer lätthanterligt samt att systemet tillåter förändringar vilket ADAPT ej gjorde.

2012-10-01 infördes akutliggaren i hela landstinget Sörmland. Detta är en digital akutliggare, ej kopplad till vårt journalsystem, där tanken är att alla patienter ska registreras och triagemarkeras för att följa flödena på akutmottagningen. Efter 2 veckors provperiod har brister i programmet identifierats vilket troligen medför svårigheter att få fram

användbara data på grund av felaktiga registreringar. Vårt nuvarande journalsystem med pappersliggare och System-Cross medger inte enkelt uttag av statistik. Radiologen har redan i förberedelserna för projektet kunnat producera bra och användbara siffror ur sitt journalsystem.

Vi har sedan projektets start i maj formulerat en arbetsgrupp bestående av 4 personer, tre från akutkliniken och en från kirurgkliniken. Då förankringen för projektet varit något haltande gentemot övriga kliniker har vi haft en tanke att fokusera projektet på de små förändringarna samt att försöka skapa en bestående struktur för ett kontinuerligt förbättringsarbete. Vi ser också en stor fara i att påskynda stora förändringar i vår verksamhet i dagsläget då det från ledningshåll pågår mycket förändringar (eg införandet av akutliggaren och kommande journaluppdatering i v5). Detta ligger utanför våra påverkningsmöjligheter. För att få en hållbar förändring av en verksamhet är A och O att lyckas motivera personalen till fortlöpande förändring och utvecklingsarbete.

## Resultat

### Minska slöseri med patienters tid

80% av patienterna skall lämna akutmottagningen inom 4 timmar. Där är vi inte inte än. Den genomsnittliga vistelsetiden för patienterna på Mälarsjukhusets akutmottagningen är beroende av kliniktillhörighet. Kvinnokliniken ligger bäst till av klinikerna och har en måluppfyllelse på 91,6% medan Medicinkliniken, som ligger sämst till, endast ligger på 51,9%. Det skall dock tilläggas att kvinnokliniken har ungefär 100 besökare per månad, jämfört med medicinklinikens ca 1300–1400.

Detta projekt har som huvudmål inriktats på att minska slöseri på patienters tid genom att fokusera på DVT-patienter. Genom kartläggning och flödesmätning har vi sett att flödet ej är optimalt. Ett nytt flöde har framtagits, med bland annat sjuksköterskebedömning och sjuksköterskeremiss till ultraljud med tidsbokning. I dagsläget har detta dock ej testats. Det kommer att genomföras ett test innan spridningsseminariet.

Ytterligare ett projektmål har varit att patient skall gå till avdelning inom en timme från det att ordinationsanteckning finns. Vi har engagerat oss i koordinations frågor, men vi har inte lyckats mäta något resultat. Vårdavdelningarna har fått i uppdrag att se över sin del av patientflödet in på avdelningen, detta fortgår.

- › 90% av röntgenundersökningarna skall ge svar en timme från remiss är skriven. Efter samråd med radiologen är inte detta en möjlighet i nuläget.
- › 100% av patienterna skall vara triagerade inom 10 min. Saknas i nuläget mätdata. Planerad ombyggnation kommer ge bättre utrymme för triagering. Det pågår även diskussion om ändrade arbetssätt.
- › 100% av patienterna skall träffa läkare inom en timme. Saknas i nuläget mätdata. Vi arbetar med att patienterna ska träffa läkare inom den tid som rekommenderas enligt RETTS.

Gränsöverskridande samarbete mellan klinikerna vid konsultations- och inläggningsbehov. Saknas mätdata. Vår upplevelse är att det flyter på bättre, färre övertagningar och konsultationer. Läkarna samarbetar lättare över klinikgränserna. Märks

exempelvis vid larm då kliniktillhörighet inte gått att bestämma innan ankomsten.

Information för patienter angående dagsläge och väntetid på akutmottagningen. Inget resultat finns att redovisa, men det pågår arbete om hur info-skärm i väntrummet skulle kunna utformas.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

100% av patienterna skall omhändertas enligt triagebeslut. Tyvärr finns inte ett bra underlag för att mäta statistik för exempelvis tid till läkare. Vi kan med andra ord inte mäta måluppfyllnaden för denna punkt. Subjektiv uppfattning från berörda parter är dock att tid till läkare ej uppfyller de mål som är uppsatta. Dock har uppmärksamats att medicinklinikens läkare visar intresse för triagebeslut och påtalar förekomst av exempelvis orange patienter som ej träffat läkare.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

- › Akutmottagningen ska vara den mest attraktiva arbetsplatsen på sjukhuset. Vi har samlat in data genom en personalenkät och på så sätt försökt mäta nöjdheten hos medarbetarna. Även om svarsfrekvensen har varit låg så visar den en försiktig trend uppåt.
- › Öka samarbete och förståelse mellan akutmottagningen och vårdavdelningarna. Vi samverkar fortlöpande med avdelningar samt andra mottagningar. Närmare samarbete med radiologen har inletts.
- › 100% ska erbjudas och genomföra kompetenshöjande internutbildningar. Detta processmål uppfylls. All personal kommer utbildas samt få gå flödet för DVT-spåret.
- › Säkra kvalitén för inskolningar och nyanställningar. Samtliga anställda ska ha en kompetensplan, finns inte ännu. Modell för utbildning finns.
- › Regelbundna praktiska övningar på akutrummet varannan vecka. Vi har haft traumaövningar vid några tillfällen. Dock ej några medicinska övningar. Samarbete med ambulansen har inletts för att kunna använda SimMan3G vid övningar.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	■
Öka kvalitet och patientsäkerhet	■
Öka nöjdhet hos medarbetare	■

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Nytt DVT-spår som är i bruk. Utbildningen inför DVT-spåret har visat medarbetarna på möjligheten med förbättringsarbete och de driver aktivt egna projekt. Skapa ett gott samarbete med övriga kliniker liksom det vi redan har med radiologen. Ombyggda och anpassade lokaler medför förändrade arbetsätt.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Detta arbete har lagt en grund för fortsatta förbättringsarbeten inom nya områden. Team kommer att finnas kvar, men i nya konstellationer. Styrgrupp finns troligen ej kvar. Berörda personer kommer dock att kontaktas vid behov. Handledare har sagt sig vara behjälplig vid behov.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

För våra patienter med misstänkt DVT kommer detta förbättringsarbete betyda en betydligt kortare vistelsetid på akutmottagningen. Om vår prognos stämmer kommer den genomsnittliga tiden på akutmottagningen att ändras från ca 12,5 timmar till mindre än 4 timmar. Detta kommer även att

betyda en minskad patientmängd på akuten, vilket gagnar övriga patientkategorier samt våra medarbetare. Vi tror och hoppas att detta har och kommer att öka förståelsen hos våra medarbetare för förändringsarbete, samt öka intresset för detsamma inför kommande förbättringsarbeten.

För deltagarna i teamet har arbetet inneburit en ny kunskap och förståelse för hur omfattande ett förändringsarbete inom landstinget kan vara. Dessutom har vi insett hur svårt det är att få ut information och statistik ur det journalsystem som landstinget sörmland brukar, samt hur nyttigt en ny form av akutliggare skulle vara.

Projektet har inneburit en dörröppnare för samarbete mellan kliniker. Vi är mycket nöjda över hur samarbetet med den radiologiska kliniken har utfallit.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Undersök och dokumentera flödet noggrant.
- › Identifiera hinder och möjligheter i flödet.
- › Ta en sak i taget, för sig, oavsett storleken på hindret/möjligheten.
- › Samverka över kliniktillhörheten.
- › Skynda långsamt.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

Var inte rädd för att börja från grunden. Våga vara noggrann och låt det arbetet ta den tid som krävs.

**Hit har vi nått på Indextavlan**  
7 "Förändringar har börjat testas och förbättringar kan ses i delar av flödet."





## ”Akut förbättring” på Mälarsjukhuset Eskilstuna

### Projekledare

*Jennie Björkman,*  
jennie.bjorkman@dll.se

### Team

*Jennie Björkman,* sjuksköterska, biträdande vård-  
enhetschef, akutmottagningen  
*Josef Asamrison,* ST-läkare, medicinkliniken  
*Johan Björbling,* sjuksköterska, akutmottagningen  
*Fredrik Karlsson,* undersköterska, akutmottag-  
ningen

### Styrgrupp

*Birgitta Kullengren,* fd klinikchef, akutmottag-  
ningen  
*Anders Grevé,* klinikchef, vårdplatsenheten  
*Christer Magnusson,* klinikchef, medicinkliniken  
*Pernilla Westerberg,* klinikchef, kirurgkliniken

### Handledare

*Sofia Jansson,* projektledare

### Om sjukhuset

Länssjukhus Sörmland. Ca 47 500 besök per år. 300  
vårdplatser helgfri vardag. Helger något färre. Antal  
anställda på sjukhuset: ca 3 000. På akutmottag-  
ningen ca 60.

## Nyköpings lasarett

”Nyköpings Lasarett – det lilla sjukhuset med det strålande samarbetet”

### Bakgrund

Akutmottagningen på Nyköpings lasarett har årligen ca 24 000 besök (2012), fördelat på 10 000 medicinbesök, 7 000 kirurgbesök, 5 000 ortopedbesök samt totalt 1 000 besök på övriga kliniker (barn-, rehab- och öronkliniken). Landstingets mål att vårdtiden på akuten ska understiga 4 timmar för minst 80% av patienterna har inte uppnåtts på ett tillfredställande sätt för någon av de tre stora klinikerna under 2012. Under perioden januari till augusti 2013 har totalt 70,4% av patienterna haft en vistelsetid under 4 timmar.

Personalgruppen på akutmottagningen är stabil med tämligen låg personalomsättning, det är en heterogen grupp om totalt 90 medarbetare (67 heltidstjänster) bestående av både mycket rutinerade och nyutexaminerade sjuksköterskor och undersköterskor. Dessa delar sin tjänstgöring mellan akuten och den intilliggande akutvårdsavdelningen med 20 vårdplatser.

Personalen belyser ofta att kollegorna är viktiga och att man trivs på arbetet. Resultatet av de dagliga utvärderingar som äger rum på akutmottagningen vittnar dock om en frustration över de långa vistel-

setiderna för patienterna, samt om de bristfälliga möjligheterna till övervakning av instabila patienter på akutmottagningen. En riskanalys ägde rum våren 2012 avseende övervakningen på akuten som påvisade brister i övervakningen särskilt av instabila patienter, delvis beroende på att dagens lokaler är ålderstigna och bland annat saknar övervakningsutrustning.

Akutkliniken har tidigare inte haft några egna läkare anställda. Läkarförsörjningen på akutmottagningen har tillgodosetts via medicin-, kirurg-, ortoped- och barnkliniken. Fram till dags dato har samarbetet mellan akutklinikens personal och läkare huvudsakligen skett i det dagliga arbetet, utan gemensam reflektion eller planering gällande arbetsformer på akuten.

En bärande tanke med projektet är att vi tillsammans med personal från radiologiska kliniken och vårdplatsenheten – de två enheter vi har störst samröre med – ska utveckla arbetsmetoder och processer för en ännu bättre akutsjukvård än idag. På ett mindre sjukhus som Nyköping finns goda förutsättningar för att jobba över gränserna och nå en samsyn kring de utmaningar vi faktiskt delar istället för att fastna i revirtänkande.

## Resultat

### Minska slöseri med patienters tid

Vi är alldeles i början av ett långsiktigt arbete att skapa en bättre akutmottagning. Under den kommande femårsperioden kommer bland annat en helt ny akutmottagning med moderna och ändamålsenliga lokaler att byggas och vi kommer att utbilda våra första akutläkare. Vi har i detta tidiga stadium inte uppnått våra mål ännu. Våra resultat hittills är:

- Under perioden januari – augusti 2013 hade 70,4% av patienterna en vistelsetid under 4 timmar.
- Genomsnittlig tid från skriven remiss till genomförd CT-undersökning har i våra mätningar varit 59 minuter. Hur snabbt undersökningen sedan granskas och besvaras har vi haft svårt att påverka då det detta är helt avhängigt röntgenklinikens interna arbetsituation.
- Som alternativ till traditionellt triage som utförs av sjuk- och undersköterska har vi i viss omfattning testat ett nytt arbetssätt med initial tidig bedömning av läkarledda team. Detta har upplevts fungera väl och medföra kortare vistelsetider för patienterna.
- Från och med september 2013 har akutkliniken för första gången egna anställda läkare i form av en specialist och två ST-läkare i akutsjukvård. Om denna reform faller väl ut finns avsatta budgetmedel att anställa fler akutläkare framgent.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Bristfällig information är ett återkommande klagomål från patienterna såväl i Nyköping som vid övriga svenska sjukhus och internationellt. För att ge patienterna en bättre information i samband med deras besök på akuten har en helt ny informationsfolder tagits fram. Denna var klar i maj och intrycket är att den har mottagits väl.

Vi kommer kontinuerligt att arbeta för att förbättra rutinerna för övervakning och reevaluering av våra patienter. Här finns en stor potential till förbättring särskilt när vi flyttar in i nya ändamålsenliga lokaler.

Vi avser också att genomföra nya patientnöjdhetsmätningar.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

Genom att successivt involvera en allt större del av personalstyrkan i vårt kontinuerliga förbättringsarbete lägger vi grunden för inte bara ett bättre medicinskt omhändertagande utan också en större tillfredsställelse hos personalen. En förnyad personalenkät genomförs i denna stund där målet är att på samtliga parametrar uppnå minst betyget 4 på en 5-gradig skala.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Vi kommer att fortsätta arbeta i nuvarande arbets- och styrgrupper och successivt involvera fler personer i dessa. Arbetet fortsätter också med att planera den nya akutmottagningen och utveckla våra arbetssätt med akutläkare på plats.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Både team och styrgrupp fortsätter men sannolikt med fler medlemmar.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

En stor vinst med projektet har varit att vi kunnat överbrygga klinikgränser och skapa en samsyn och förståelse för våra olika verksamheter genom att engagera medarbetare från flera kliniker i arbetet. Vi har vunnit en ökad insikt om hur vi kan bedriva förbättringsarbete långsiktigt och att det lönar sig bättre att kontinuerligt ta små steg framåt. Alla förbättringar som kan uppnås kommer i slutändan att gagna våra patienter.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Anställa egna akutläkare.
- › Ökat samarbete med röntgen.
- › Avdelningar hämtar själva inläggningsklara patienter vid hög belastning.
- › Teambedömningar med tidig läkarbedömning.
- › Gör rätt från början.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Involvera så många kliniker som möjligt.
- › Engagera många medarbetare tidigt med en inbjudande hållning.
- › Förändra i lagom takt, små steg i taget.
- › Utvärdera och utveckla mätverktyg.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”



## ”Akut förbättring” på Nyköpings lasarett

### Projektledare

*Olof Rydin*, akutläkare, [olof.rydin@dll.se](mailto:olof.rydin@dll.se)

### Team

*Helene Bärgh*, undersköterska, akutkliniken  
*Jonatan Malmqvist*, sjuksköterska, vårdplatsenheten  
*Jessica Pergel*, undersköterska, vårdplatsenheten  
*Rosalie Wahlström*, sjuksköterska, röntgenkliniken  
*Zara Östergren*, sjuksköterska, akutkliniken

### Styrgrupp

*Raija Ringberger*, ordförande  
*Lars Raxell*, verkamhetschef, akutkliniken  
*Jens Frick*, verkamhetschef, röntgenkliniken  
*Laila Ljunggren*, verkamhetschef, vårdplatsenheten  
*Hans Svensson*, divisionschef  
*Kristian Waern-Bugge*, verksamhetschef, medicinkliniken  
*Håkan Wallén*, verkamhetschef, ortopedkliniken

### Handledare

*Kerstin Vestergren*, utvecklingsenheten, Landstinget Sörmland

### Om sjukhuset

Nyköpings Lasarett är ett länsdelssjukhus i södra delen av Sörmland med ett upptagningsområde om ungefär 85 000 invånare. Inom Landstinget Sörmland finns ytterligare två akutsjukhus i Eskilstuna respektive Katrineholm samt det rättspsykiatriska sjukhuset Karsudden. På Nyköpings Lasarett finns totalt 141 somatiska vårdplatser och därutöver 45 psykiatriska vårdplatser som även ska tillgodose Katrineholms upptagningsområde. På lasarettet bedrivs dygnet runt-öppen akutverksamhet inom medicin, ortopedi, allmänkirurgi, psykiatri, gynekologi, förlossning och pediatrik. Inom ÖNH och ögon är jourverksamheten länsövergripande.

# S:t Eriks Ögonsjukhus

”Styr säkert, kör säkert, lära för livet!”

## Bakgrund

Akutmottagningen har många besökare dagligen vilket kan resultera i långa väntetider för patienterna och orsaka en stressig arbetsmiljö för personalen. Förutom den dagliga akuta verksamheten är vi även en utbildningsenhet för ST-läkare och läkarkandidater. Akuten är en mötesplats, vi har gemensamma patienter och alla medarbetare från övriga kliniker som regelbundet arbetar på akuten för med sig kunskaper och bidrar till utveckling av verksamheten. Akuten är på så vis hela sjukhusets angelägenhet. Vi ville genom att analysera flödena på vår akutmottagning få ett underlag till förbättringar i patientflödet och få en gemensam bas för att skapa nya arbetssätt och förbättra våra rutiner. Ett annat syfte var att genomförda förbättringar skulle leda till att medarbetarna upplever akuten som en bra arbetsplats.

## Resultat

Under projektets gång har vi insett hur målområdena går in i varandra och hur våra förbättringsåtgärder påverkar flera områden samtidigt och allt handlar om säker vård.

## Minska slöseri med patienters tid

I genomsnitt har 91% av patienterna fått vård och kan gå hem inom 4 timmar. Vi har god marginal i förhållande till kraven i sjukhusets avtal men vi lever inte upp till projektets mål som var 93%. Då väntetiderna är längre under helgen har vi genomfört tester med ökad helgbemanning. Resultatet visar marginell förbättring av väntetiden.

## Öka kvalitet och patientsäkerhet

### Nya flödet

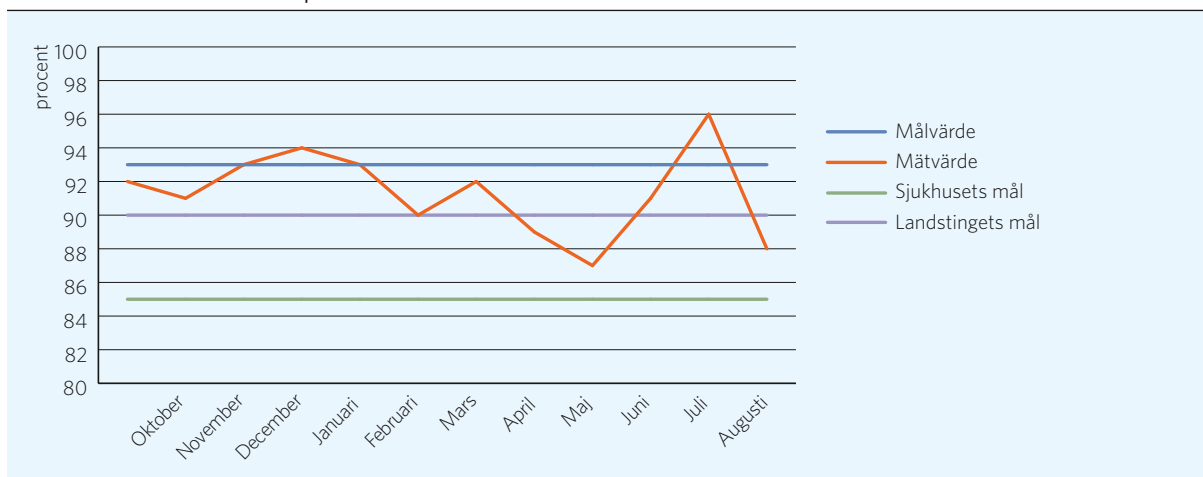
Med hjälp av värdeflödesanalys, tog vi fram och testade ett nytt flöde. Flödet innebar att patienten träffar en specialist i tidigt skede tillsammans med hela teamet. Vinsterna med detta var:

- › minskad totaltid för patienten genom snabbare beslut om handläggning
- › ökad patientsäkerhet genom att hela teamet närvarade vid anamnestagning och första bedömning
- › bättre utbildningssituation för ST-läkare och all övrig närvarande personal

Det nya flödet förutsätter mer personal samt tillgång till fler behandlingsrum. Därför är det i dagsläget inte möjligt att införa detta arbetssätt på akut-



DIAGRAM 16. Dörr till dörr inom 4 timmar



mottagningen. Däremot har det nya flödet gett oss verktygen att fortsätta utveckla arbetssättet inom vår utbildningsmottagning.

### Utökad bemanning

Vi vet sedan tidigare att arbetsbördan är stor under helger, vilket har upplevts stressigt och ibland osäkert av personalen. För att förbättra detta har helgbemanningen ökat på prov. Målet har varit att öka bemanningen med en läkare och en optiker, sjuksköterska eller undersköterska på lördagar samt en optiker, sjuksköterska eller undersköterska på söndagar. Testerna visade att det var en marginell minskning av väntetiderna men att arbetsbördan minskade för personalen. Vid extrapass på lördagar (en extra läkare och optiker/sjuksköterska) minskade arbetsbelastningen med 17% för läkarlinjen och 28% för övrig medverkande personal. Vid extrapass på söndagar (endast en extra optiker/sjuksköterska) minskade arbetsbelastningen med 28% för den gruppen. Bemanningen på akutmottagningen är en sjukhusgemensam fråga som behöver analyseras ytterligare innan beslut om ändring fattas.

### Pappersfri hantering

Att arbeta pappersfritt genom att bara utgå från akutliggaren i Take Care innebär ökad patientsäkerhet eftersom inga papper kan slarvas bort och att all information finns samlad på ett ställe. Detta har testats och ska införas i november 2013 efter att en

riskanalys har gjorts. Utvärderingen av testet visar på en positiv inställning bland medarbetarna.

### Ledning, styrning och rapportering

För att ge medarbetarna information som ger goda förutsättningar att samarbeta effektivt och säkert under dagen har vi infört morgonrapport klockan 8 där all personal närvarar, samt eftermiddagsrapport och rapport till kvällssköterskan för rapport om nuläge och övrig aktuell information. Tydliga dokumenterade rutiner har tagits fram för att säkerställa strukturen. Utifrån personalenkäterna som skickats ut varje månad har rapporterna mottagits positivt av personalen.

### Introduktionsprogram

En god introduktion är en förutsättning för en säker vård. Vi har därför tagit fram nya introduktionsprogram för all personal.

### HLR

Målet är att all personal som arbetar på akutmottagningen ska ha genomgått aktuell HLR-utbildning som uppdateras varje år.

### Apparatkörkort

I vår verksamhet används flera olika medicintekniska apparater. För att säkra medarbetarnas kompetens har vi infört apparatkörkort där kunskapen för användningen testas och säkerställs.

TABELL 3. Andel personal som har tillämpliga apparatkörkort

Mål	Resultat
100% av undersköterskor, sjuksköterskor och optiker som arbetar vid akuten ska ha minst 50% av tillämpliga apparatkörkort till oktober 2013	51%
100% av ST-läkare som arbetar vid akuten ska ha minst 50% av tillämpliga apparatkörkort till oktober 2013	4%
100% av fast anställd personal vid akuten ska ha minst 70% av tillämpliga apparatkörkort i oktober 2013	67%

## Öka nöjdhet hos medarbetare

Nästan alla förändringar har haft en positiv påverkan på arbetsmiljön vilket framkommit i de olika personalenkäterna vi genomfört under projektet.

Utöver de förbättringar som nämnts ovan har vi även genomfört intern utbildning så som klinisk bildanalys och fallbeskrivning av ST-läkare samt skapat samlad och aktuell information på undersökningsrummen.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	■	■
Öka kvalitet och patientsäkerhet	■	■
Öka nöjdhet hos medarbetare	■	■

DIAGRAM 17. Enkät till akutenpersonal. Avslutande mätning september 2013. Målvärde=85% (svarsfrekvens 77%)

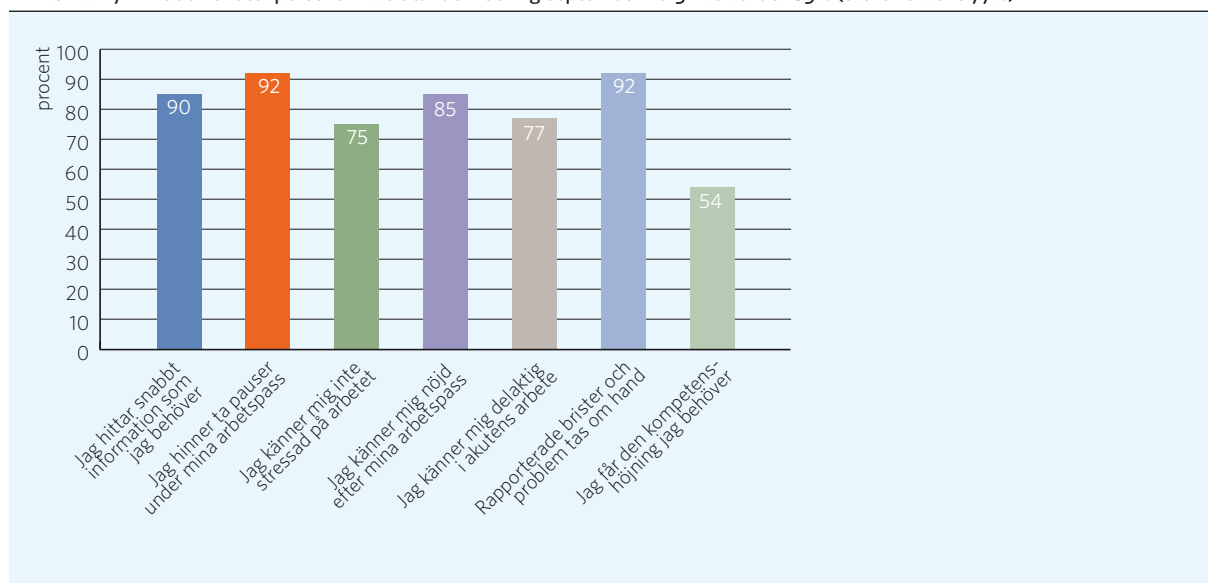
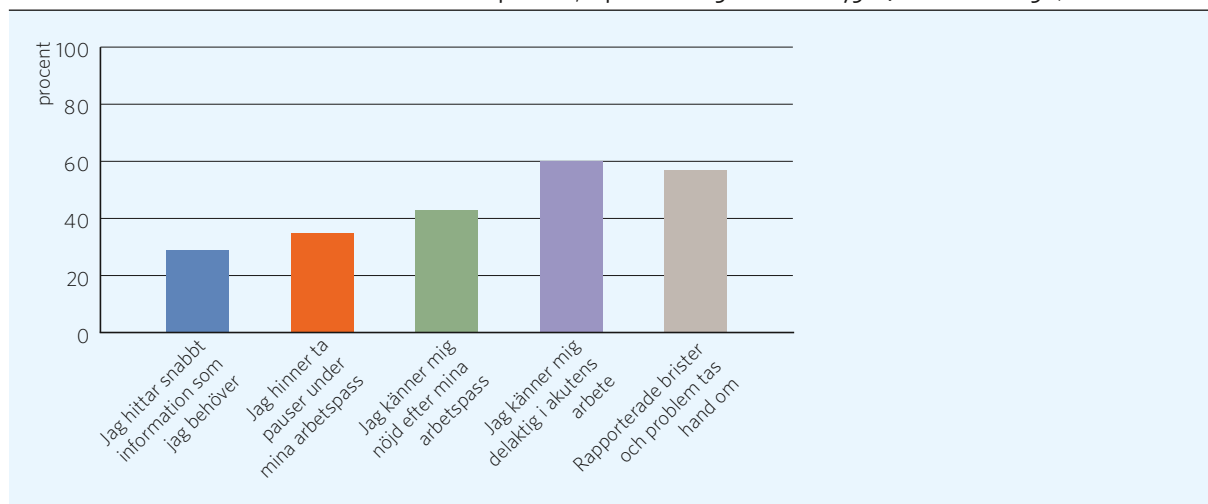


DIAGRAM 18. Avslutande enkät till cirkulerande akutenpersonal, september 2013. Målvärde = 75% (Svarsfrekvens 25%)



TABELL 4. Andel personal som genomgått HLR-utbildning

Mål	Resultat
100% av personalen som arbetar vid akuten ska ha genomgått HLR på aktuell nivå. (Resultatet gäller HT -12 till HT -13)	ST-läkare 83% Sjuksköterskor/optiker/undersköterskor 58%

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

- › Se över bemanningssituationen, fortsatt analys av väntetider och bemanning.
- › Tidsbokad akutmottagning.
- › Göra om rum 8 till undersökningsrum och ha ett apparatrum inne på allmänmottagningen.
- › Lägga till flera apparatkörkort t.ex. ultraljud, laser mm.
- › Föreläsningar en gång i månaden.
- › Strukturerad och uppdaterad info på alla läkarrum.
- › Se om vi kan ansluta oss till det nationella akut-registret, SVAR, som startats på KS.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

- › Teamet fortsätter träffas 1ggr/mån. Övriga kliniker blir inbjudna 1gg/år för diskussion.
- › Fortsätta med systemiskt möte – involvera patienterna.
- › Implementera systematiskt förbättringsarbete med hjälp av en förbättringstavla som tagits fram under projektet.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

### För våra patienter och medarbetare

Vi har fokuserat mer på patientens nöjdhet, kvalitet och säkerhet. Medarbetarna har fått ta mer plats, komma med egna idéer och synpunkter. Vi efterfrågar en mer öppen dialog med alla medarbetare.

## För oss som deltagit, både i team och styrgrupp

Vi har fått verktyg och inspiration att fortsätta med förändrings- och förbättringsarbete men även en inblick och utökad kunskap om vårt arbete.

## För samarbeten över gränser

Arbetet över gränserna fortsätter genom att vi framöver planerar regelbundna möten där andra kliniker bjuds in att delta.

## Övrigt vi vill förmedla

Det nya flödet är patientsäkert och passar vid utbildning av nya ST-läkare.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Analysera verksamheten och patientflödena.
- › Daglig styrning.
- › Klara och tydliga rutiner.
- › Utbildning och handledning.
- › Samarbete med övriga mottagningar.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Planera och avsätt tid för förbättringsarbetet.
- › Få inspiration av andra verksamheter.
- › Våga prova nya idéer, börja i liten skala.
- › Involvera medarbetarna.
- › Våga ompröva idéer.



## Hit har vi nått på Indextavlan

”Förändringar har börjat testats och förbättringar kan ses i delar av flödet.”



## ”Akut förbättring” på S:t Eriks Ögonsjukhus

### Projektledare

*Pia Agervi*, verksamhetschef klinik 3,  
[pia.agervi@sankterik.se](mailto:pia.agervi@sankterik.se)

### Team

*Marie Ivarsson*, bitr projektledare, enhetschef akuten  
*Eva Zand*, överläkare,  
*Jasna Salkic*, optiker  
*Sigrid Löfquist Wikdahl*, läkarsekreterare  
*Kristina Nylin*, undersköterska

### Styrgrupp

*Leif Tallstedt*, chefläkare  
*Gisela Wejde*, sektionschef klinik 1

### Handledare

*Eva Bjarman*, kvalitetssamordnare S:t Eriks Ögonsjukhus

### Om sjukhuset

S:t Eriks Ögonsjukhus är unikt i Sverige som det enda sjukhuset inriktat på ett enda organ, ögat. Vi erbjuder planerad och akut ögonsjukvård, högkvalitativ forskning och bred utbildning. Varje dag möter vi patienter från Stockholms län, Sverige och utlandet. Vi har nära 200 000 patientbesök per år varav ca 32 000 besök vid akutmottagningen. Vi genomför drygt 10 000 operationer per år. Sjukhuset har 370 medarbetare och drivs som ett aktiebolag med Stockholms läns landsting som ägare.

# Södersjukhuset

”Akutens flöde – hela sjukhusets flöde”

## Bakgrund

Södersjukhusets akutmottagning, liksom övriga akutmottagningar världen över, har under de senaste åren haft ett ständigt ökat inflöde av patienter. Under 2011 handlades drygt 107 000 patienter på SÖS-akuten som är Sveriges (norra Europas) största och beräknas ha ett fortsatt ökat inflöde av patienter med ca 2% per år. Utmaningar för verksamheten, såsom långa vänte- och vistelsetider för patienterna och lokaler som varken är dimensionerade eller optimerade för det höga patientinflödet, leder till frustration och ökad arbetsbelastning hos personalen.

Södersjukhuset har deltagit i projekt ”Akut förbättring” med ett team bestående av undersköterskor, sjuksköterskor och läkare från verksamhetsområdena akut, internmedicin, kardiologi, ortopedi, kirurgi samt bild. Projektgruppen har fortlöpande rapporterat sitt arbete och sina förslag till Stygrupp Akut.

## Resultat

Den 13 maj 2013 implementerades ett nytt arbetssätt på akuten, som kan sammanfattas med beslutskompetent läkare först, teamarbete och streaming.

Patienten möts av ett intagningsteam, där en beslutskompetent läkare gör en första bedömning, ger smärtlindring, vid behov skriver röntgenremisser, ordinerar exakta prover och planerar för patientens fortsatta vård.

Från intagningsteamet sorteras patienten antingen direkt hem, till direktinläggning på Observationsenheten, till Se och behandla, till en annan disk eller till ett av behandlingsteamen, som verkställer den av intagningsteamet föreslagna planen. Detta är en del av tanken om streaming, att patienten tidigt hamnar på ”rätt” väg genom akuten. Arbetssättet baseras på arbete i mindre team, vilket ska förbättra kommunikationen mellan yrkeskategorier och ge bättre överblick över patienterna.

Målet för arbetssättet är att ta bort onödiga kösystem och sätta patienten framför en läkare så fort som möjligt. Arbetssättet baseras på internationell forskning, tidigare nationella erfarenheter samt akutläkaren och logistikkonsulten Jody Cranes rapport efter hans besök på Södersjukhuset våren 2012.

Kompetensbrist och bristfälligt samarbete med sjukhusets vårdavdelningar har dock gjort att arbetssättet inte kunnat fungera som planerat. Kompetensnivån har inte varit tillräcklig och den första bedömningen har inte varit så snabb som det var tänkt. Vidare har bemanningsplanen inte kunnat

uppfyllas p g a sjuksköterskebrist, både under sommaren men även generellt. Inläggningsprocessen har inte fungerat optimalt vilket har bidragit till fortsatt långa vistelsetider på akutmottagningen. Utifrån skilda förutsättningar ser resultaten olika ut i de olika flödena på akutmottagningen: kardiologi, internmedicin och akutläkarflödet.

### Minska slöseri med patienters tid

Andelen patienter som lämnar akuten inom fyra timmar har legat relativt konstant projektet igenom, med viss förbättring under test samt implementering av det nya arbetssättet. Förväntningen är dock att genom fortsatt arbete med inläggningsprocessen och samarbetet med vårdavdelningarna kunna korta patientens vistelsetid på akutmottagningen.

Andelen patienter som gick hem direkt efter första bedömning har ökat från omkring 3% till omkring 5% efter att det nya arbetssättet infördes, vilket förstås är en vinst för patienten. Förhoppningen är att andelen ska öka i och med att det nya arbetssättet blir mer och mer inarbetat.

Genom att patienten tidigt träffar en beslutskompetent läkare som gör en plan för fortsatt vård har patientens förflyttningar minskat, framför allt i kardiologiflödet som även visar en ökad andel patienter som lämnar akuten inom fyra timmar.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Genom att den högsta kompetensen placerats tidigt i flödet har rätt vårdnivå kunnat ges på ett tidigare stadium än förut, vilket medför ökad kvalitet för patienten. Handläggning av patienten kan därför påbörjas direkt, smärtlindring ges tidigt och därmed ökas även patientsäkerheten. Andelen patienter med medelhög prioritet har minskat, vilket är ett resultat av att beslutskompetenta läkare gör den första bedömningen.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

Medarbetarna upplever att de får färre frågor från patienter kring väntetider, vilket ger en lugnare arbetsmiljö. När patienter får vänta på behandling upplevs det som en trygghet för medarbetarna att en läkare sett patienten och gjort en första bedömning.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Det ökade samarbetet mellan klinikerna kommer att fortsätta i en ny organisation för förbättrade akuta flöden. Fokus är att fortsätta utveckla arbetssättet, framför allt inläggningsprocessen.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Förbättringsgrupper i form av en eller ett par flödesläkare tillsammans med enhetsledare på akuten och vårdenhetschefer från avdelningarna har ansvar för att utveckla respektive flöde (internmedicin, kardiologi, akutläkare) och samråda med övriga förbättringsgrupper för att kunna lära av varandra och arbeta så lika som möjligt. En utvecklingsgrupp på akuten, bestående av enhetsledare och omvårdnadspersonal, kommer även att arbeta med frågor som rör akutmottagningen specifikt. Styrgruppen kommer att finnas kvar och vara beslutande organ i arbetet med förbättrade akuta flöden.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Projektet har gett möjlighet till helhetsperspektiv på patientflödet, synliggjort förbättringsområden och visat att det går att förändra arbetssätt. För både team och styrgrupp har projektet medfört ett ökat samarbete mellan klinikerna och lagt grunden för ett fortsatt arbete med akuta flöden. Projektet har också lett till att samarbete påbörjats mellan akutmottagningen och vårdavdelningarna, med det gemensamma målet att förbättra inläggningsprocessen.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Se till att ha bred representation i projektgruppen, från alla yrkeskategorier och enheter som är involverade i patientens väg.
- › Involvera patienterna genom att dela ut korta enkäter, intervjua eller följ patientens väg.
- › Sätt den högsta kompetensen främst så att patientens behandling kan påbörjas tidigt.
- › Öka arbetet i team för bättre kommunikation och ökad patientsäkerhet.
- › Skapa ”spår” för patienter för att ge rätt omhändertagande redan från början.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Sätt tydliga ramar för projektet.
- › Kommunicera tydligt och ofta till alla medarbetare kring förändringar.
- › Utvärdera och följ upp era resultat över tid.
- › Skapa en struktur för att fånga upp förbättringsförslag som kommer upp under projektet.

### Hit har vi nått på Indextavlan

8

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”





## ”Akut förbättring” på Södersjukhuset

### Projektledare

*Karin Gunnvall*, sjuksköterska Vo Akut,  
karin.gunnvall@sodersjukhuset.se  
*My Morin*, sjuksköterska Vo Akut,  
my.morin@sodersjukhuset.se  
*Daniel Moberg Kindahl*, sjuksköterska Vo Akut,  
daniel.moberg-kindahl@sodersjukhuset.se

### Team

#### Förändringsledare

*Sara Alsterlund*, chefsk Vo Akut,  
sara.alsterlund@sodersjukhuset.se

#### Leveransstöd

*Teresa Herlin*, verksamhetsutvecklare, SÖS/Helseplan,  
teresa.herlin@helseplan.se  
*Gunilla Strömberg*, distriktssköterska, Vo Akut  
*Eija Katvala*, sjuksköterska, Vo Akut  
*Monica Renström*, vårdenhetschef, Vo Ortopedi  
*Henrik Illerström*, läkare, Vo Ortopedi  
*Marie Viper*, chefsjuksköterska, Vo Kirurgi  
*Martin Nordberg*, läkare, Vo Kirurgi  
*Frida Pilblad*, sjuksköterska, Vo Bild  
*Erik Sjölund*, läkare, Vo Bild  
*Christopher Tägtström*, läkare, Vo Akut  
*Daniel Richter*, läkare, Vo Internmedicin  
*Eva Sjöblom Printz*, läkare, Vo Kardiologi  
*Joakim Olbers*, läkare, Vo Kardiologi  
*Erika Garberg*, sjuksköterska, Vo Kardiologi  
*Anders Ahlgren*, läkare, Vo Intermedicin

*Guillermina (Gigi) Garcia Quilodran*, undersköterska, Vo Akut  
*Dajana Timotijevic*, undersköterska, Vo Akut  
*Rada Macek*, sjuksköterska, Vo Akut  
*Asel Baitikova*, läkare, Vo Akut  
*Johan Raxell*, läkare, Vo Akut  
*Cecilia Mellstrand Navarro*, läkare, Vo Ortopedi

### Styrgrupp

*Nasim Farrokhnia*, verksamhetschef, Vo Akut  
*Gerd Lärffars*, verksamhetschef, Vo Internmedicin  
*Lennart Boström*, verksamhetschef, Vo Kirurgi  
*Eva Strååt*, verksamhetschef, Vo Kardiologi  
*Sari Ponzer*, verksamhetschef, Vo Ortopedi  
*Johan Formgren*, klinikchef, Vo Bild  
*Marie Björnstedt Bennermo*, chefläkare  
*Tomas Movin*, VD

### Handledare

*Lars Sturesson*, vårdutvecklare, Vo Akut

### Om sjukhuset

En halv miljon stockholmare har Södersjukhuset som sitt akutsjukhus och 4 300 personer har sjukhuset som sin arbetsplats. Akutmottagningen tar emot ca 110 000 patientbesök per år, och omkring 250 personer arbetar på akutmottagningen. På Södersjukhuset föds mer än 7 000 barn årligen och cirka 52 000 patienter läggs in varje år på någon av sjukhusets avdelningar.



## Danderyds Sjukhus

”Danderyds sjukhus, en akutmottagning som möter framtiden”

### Bakgrund

Under flera år har olika förbättringsprojekt bedrivits på vår akutmottagning. De flesta har dock inte haft någon strukturerad genomförandemetod. Det ständigt ökade patientantalet tillsammans med trånga lokaler har gjort att omsättningen av medarbetare är stor och att patientsäkerheten inte alltid är optimal. Vi ville med detta projekt kartlägga processerna på kliniken och se vart i patientens flöde vi kunde förändra vårt arbetssätt och hitta smidigare vägar för patienten. Genom att få ett smidigare flöde för patienten, var vår tes att även patientsäkerheten och arbetsglädjen skulle öka.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

##### *Snabbspår DVT*

Underbenssvullnad är en vanlig sökorsak på medicinakuten och hälften av pat. genomgår en ultraljudsundersökning. Ultraljudsremiss skrevs tidigare enbart av läkare. Ultraljud görs fram till kl. 20.00 och många gånger betyder väntetiderna på läkare att röntgen inte hinner bli av samma dag. Pat. får då ini-

tierad behandling och får återkomma nästa morgon för ultraljud och sedan träffa ytterligare en läkare.

*Test:* Sjuksköterskan skriver remiss för ultraljud, enligt särskilda kriterier.

*Slutsats:* Upplevt smidigare flöde för sökande patienter. I snitt skrivs två-tre remisser/dag.

##### *Sittdoktor på Ortoped- och Medicinsektionen*

Man önskade ett smidigare flöde för gående och opåverkade pat. Personalen upplevde att handläggningen av dessa lättare sjuka pat. var ineffektiv.

*Test:* Etablering av ett läkarrum där en ”sittdoktor” arbetar med en egen kö.

*Slutsats:* På ortopedsektionen har detta arbetssätt inte fungerat personalmässigt. På medicinsektionen är testet under utvärdering.

##### *Ortosremisser*

Vid förskrivning av ett ortopediskt hjälpmedel måste en remiss skrivas för att akuten ska få ekonomisk ersättning. En ortos får inte plockas ut utan skriven remiss. Pga mycket administrativt arbete för läkaren får pat. ofta vänta länge på sin ortos. *Test:* Utbilda och delegera till sjuksköterskor och undersköterskor på ortopedsektionen att ansvara för remisskrivandet

*Slutsats:* Fungerar väl och är implementerat.

### **Ambulanstest Täby**

Ambulansen RETTS bedömer samtliga pat. under transporten till akutmottagningar i SLL. Förhoppningen var redan från början att denna bedömning skulle gälla även inne på akutmottagningarna, vilket i så fall skulle ha inneburit att pat. kunde gå direkt till sektionen.

Test: Ett samarbete med Täby ambulansen där RETTS bedömningen tas över och provtagning, EKG mm skjuts på till sektionen. Förhoppningen är att hela ambulansflödet ska avlastas från triagen i förlängningen.

Slutsats: Testet avslutades i slutet av augusti, ngn utvärdering är inte klar men känslan är att arbetssättet fungerat väl, en utökning planeras om så är fallet.

### **Mottagarteam**

Det var långa väntetider för den prehospitäl personalen att få rapportera, detta pga av att triagen tog de pat. som bedömdes som mest akuta och dessa var inte alltid ambulanspat.

Test: Bemanna ett separat team för ambulanser och övriga liggande transporter. Deras uppgift blev att ta emot rapport samt avgöra om pat. behövde vidare bedömning och åtgärder av ett triageteam eller om pat. kunde rulla in direkt till sektionen.

Slutsats: Fungerar mycket väl de flesta tider på dygnet. Personalen i triagen upplever inte stress i sitt arbete som tidigare. Tid till avlämning för ambulansen har förkortats avsevärt.

## **Öka kvalitet och patientsäkerhet**

### **Pretriage**

Pat. som skulle behöva träffa läkare direkt identifierades inte förrän i triagen vilket ledde till ett stort patientsäkerhetsproblem. Dessutom fanns inget sätt att identifiera patienter som inte behövde triageras (prio blå) och dessa belastade således triagen i onödan.

Test: Pretriage med två sjuksköterskor i receptionen med tydliga riktlinjer som beskriver vilket pat. flöde som ska till triage samt vilka pat. som ej behöver triage.

Slutsats: En arbetsinsats gjordes kring detta och vi planerade t.o.m. för en enhet med "Se och Behandla" pat. Men under samma period var trycket hårt på politiken, ang. situationen på Stockholms akutmottagningar, vilket ledde till att SLSO fick i uppdrag att öppna en lättakut. I detta uppdrag ingick det att bemanna en pretriage. Testet fullföljdes aldrig.

### **Specialist på hjärt och medicin**

Specialisten hade svårt att hitta sin roll på sektionen och arbetet kändes ineffektivt, vilket ledde till längre handläggningstider.

Test: En grupp intresserade specialister, fem–sex st, får en mer permanent placering på akuten. Specialisten ska jobba i "första ledet" och ha en tydlig roll i att leda och fördela arbetet. Slutsats: Efter testerna på båda sektionerna har nu detta arbetssätt implementerats dagtid. Underläkare på sektionerna känner nu mer stöd i sina bedömningar och i akutens arbetssätt.

### **Preliminärbedömning hjärt och medicin**

Pat. väntade ibland på triage trots att det inte var någon väntetid till läkare.

Test: Specialisten som tjänstgör på sektionen bedömer pat. utan föregående triage. Gör en kort dokumentation samt rekommenderar fortsatt behandling till vårdlaget som tar över pat.

Slutsats: På hjärt som är den minsta sektionen avseende sökande patienter/dygn har detta arbetssätt fungerat utmärkt och patientsäkerheten har ökat då bröstsmärtor snabbare får en första läkarbedömning. På medicin som har det största patientflödet har specialisten haft svårt att hinna med preliminärbedömningar.

### **Direktinläggning medicin**

Handläggningstiderna för patienter som läggs in är långa. De flesta pat. anländer till avd. efter att avd. läkarna slutat för dagen varför beslut om eventuella kompletterande undersökningar förskjuts till nästa dag. Detta leder till längre totala vårdtider.

Test: Pat. som kan identifieras som sannolika inläggningar tidigt bör skrivas in på avd. av avd. läkaren. Beslutet låg på specialisten som pat. var markerade 'trolig inläggning'.

Slutsats: När rutinen fungerat har det varit utmärkt för både pat. och medarbetare. Vårdplatsbristen gör dock att rutinen sällan går att nyttja.

## **Öka nöjdhet hos medarbetare**

### **1. Fast överlämningsrutin**

Överlämning av pat. från triage till vårdlag behövde struktureras upp då det tog mycket tid att leta vårdplats och rapportera.

Test: Riktlinjer gällande vilka som krävde muntlig rapport eller läsrapport upprättades. Fasta platser märktes upp på varje sektion där triagerade patienter överlämnades. Detta skulle frigöra triagen snabbare för nästa pat.

Slutsats: Fungerar väl.

## 2. Fredad mellanjour

Mellanjourerna handlade få pat. jourtid pga operationer och jourarbete på avdelningar. När mellanjouren inte är på plats leder det till långa handläggningstider.

Test: Att mellanjouren följer befintligt PM, dvs. arbetar på akuten fram till 19.00.

Slutsats: Följsamheten har förbättrats vilket lett till större chans att kapa toppen då patienttillströmningen är som störst på eftermiddagen och kvällen.

## 3. Telefonrapport vårdplatskoordinator hjärtsektionen

Väntetid vid inläggningsbeslut.

Test: Läkaren lämnar rapport till koordinatören per telefon så fort inläggningsbeslutet är taget. Behöver alltså inte komma till akuten för att få rapport. Koordinator kan då direkt börja leta plats till patienten.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Akutens flöde har ett stort gränssnitt mot röntgen och tyvärr har vi inte lyckats få till något större samarbete med dem genom detta projekt. Hösten 2013 är det dock initierat ett samarbete för att identifiera hinder och lyfta lösningar till dessa.

Gemensam vårdplatskoordinator för att avlasta läkarnas administrativa arbete

Akutläkare är ett ämne som vi ofta kommit diskuterat och som nu ska utredas på sjukhusnivå.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Vi har planerat lunchmöten en gång per månad där representanter från teamet framöver kan fortsätta med det nu startade strukturerade förbättringsarbetet.

För styrgruppen kommer det fortsättningsvis finnas forum för att diskutera akutens frågor t.ex. i sjukhusets ledningsgrupp.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Under året som gått har våra medarbetare varit fantastiskt följsamma och deltagit i projektets tester. Teamet upplever att flera tester lett fram till smidigare flöden.

De senaste årens markanta neddragning av vårdplatser i Sverige och då framförallt i Stockholm leder till att arbetet på akutmottagningen ser helt annorlunda ut än för 5 till 10 år sedan. I dag bedriver akutmottagningen förutom akutmottagning även vårdavdelning och mottagningsverksamhet. Den avancerade diagnostik och behandling som ges på akutmottagningen ställer betydligt högre krav på läkarens erfarenhet och kompetens än tidigare. Tillgängligheten är fortsatt en av klinkens och sjukhusets största utmaningar. För oss som deltagit, både i team och styrgrupp har det inneburit ett samlat forum kring akutens utmaningar och arbetssätt. En styrka i projektet har varit att alla verksamheter som har gränssnitt till akuten har deltagit.

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Mottagarteam
- › Specialistläkare i första ledet
- › Preliminärbedömning
- › Direktinläggning
- › DVT-snabbspår

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

Tålmod och ihärdighet! Det tar tid att åstadkomma hållbara förändringar. Även om man får en omedelbar känsla av förbättring så krävs det engagemang och tid innan det är ett vedertaget arbetssätt.



## Hit har vi nått på Indextavlan

”Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar.”



## ”Akut förbättring” på Danderyds Sjukhus

### Projektledare

*Magnus Bager*, Sektionsansvarig läkare medicin  
magnus.bager@ds.se

### Team

*Cecilia Dejus*, kvalitetsutvecklare  
cecilia.dejus@ds.se

*Åsa Persson*, sektionsansvarig sjuksköterska,  
medicin

*Henrik Blåeldh Löfmark*, sektionsansvarig läkare,  
hjärt

*Maud Pettersson*, sektionsansvarig sjuksköterska,  
hjärt

*Anders Persson*, sektionsansvarig läkare, ortoped

*Gunilla Rybrink*, sektionsansvarig sjuksköterska,  
ortoped

*Johan Styruud*, sektionsansvarig läkare, kirurgi/  
urologi t.o.m. 2013-07-31

*Mahmood Mahmood*, sektionsansvarig läkare,  
kirurgi/urologi fr.o.m. 2013-08-01

*Sara Lindberg*, sektionsansvarig sjuksköterska,  
kirurgi/urologi

*Pelle Nyberg*, projektledare, triage

*Sara Saltin*, datavetare

### Styrgrupp

*Anna Färg Hagansbo*, verksamhetschef,  
akutkliniken

*Karin Knudsen Malmqvist*, verksamhetschef, hjärt-  
kliniken, tf verksamhetschef, medicinkliniken

*Gustaf Neander*, verksamhetschef, ortoped

*Johanna Albert*, verksamhetschef, kirurg- och  
urologkliniken

*Hans Lindgren*, verksamhetschef, bild och funktion  
*Åsa Lindström Hammar*, chefläkare

*Torbjörn Würf*, verksamhetschef, sjukhus gemen-  
sam service

### Handledare

*Karin Lindahl Lundberg*, verksamhetsutvecklare

*Johanna Wahlberg*, verksamhetsutvecklare

### Om sjukhuset

Danderyds sjukhus är ett akutsjukhus i norra Stockholm som under de senaste åren haft en snabb tillväxt av akuta patienter. Med närmare 85 000 besök under 2012 har vi storleksmässigt vuxit till näst största akutmottagningen i landet. Akutens lokaler är byggda på 60-talet och då anpassade för att ta emot 35 000 besök per år. En successiv utbyggnad av våra lokaler har pågått de senaste åren och nu finns beslut på en helt ny akutvårdsbyggnad som beräknas vara klar i slutet av 2017.

Akutmottagningen har ca 180 anställda undersköterskor och sjuksköterskor, men i dagsläget inga läkare. Totalt har Danderyds sjukhus drygt 3 550 medarbetare och drivs i bolagsform med landstinget som ägare. Tillgängliga vårdplatser på sjukhuset är 470 och vi bedriver vård inom många olika verksamheter, bl.a. finns norra Europas största förlossningsklinik hos oss.

## Akademiska Sjukhuset, Uppsala

”Vi kan bättre och utvecklar nu akutmottagningen – navet i sjukvårdssystemets kugghjulsmaskineri.”

### Bakgrund

Att skapa ett effektivt och säkert patientomhändertagande i en verksamhet med god logistik och väl anpassade resurser för alla patienter är målet med vårt deltagande i ”Akut förbättring”. Akademiska sjukhuset stod då projektet startade inför stora besparingsåtgärder och akutläkarprojektet (2006–2012) hade just lagts ned. Vårt första steg var att kartlägga, analysera och förbättra flödet för patienter 75 år eller äldre. Dessa står för ca 25% av våra besök, de har långa processtider och har generellt en högre riskprofil att värdera vid ett akutbesök.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

- › *Mål:* Minst 75% av patienterna 75 år och äldre ska ha lämnat akuten inom 4 timmar
- › *Resultat:* 53% av patienterna 75 år och äldre har lämnat akuten inom 4 timmar

Omfattande arbete har lagts ner för att kartlägga både akutens interna och externa processer. Vi har påvisat förbättringspotential både avseende vår egen arbetsstruktur på akuten och externa faktorer såsom väntan på röntgen, provsvar, vårdplats mm.

Vi har analyserat interna patientflöden och beslutspunkter samt arbetat fram en målbild av vårt önskade patientflöde. Väntetiden under årets första åtta månader till beslutskompetent läkare har minskat med 9 minuter jämfört motsvarande period 2012. Detta fr.a. genom att minimera icke värdeskapande aktiviteter. Triage initieras nu endast då det är kö till första läkarbedömning. All akutpersonal har varit delaktig i framtagandet av optimala nyckelbeteenden för teamarbete och kommunikation med patienten i centrum. Dessa har sammanfattats på inplastade kort i fickformat.

Tiden från att röntgenremiss skrivs tills preliminär svar på genomförd undersökning föreligger uppmättes till 175/102 minuter (medel/median) under februari – april för akutens samtliga patienter. Detta föranledde förbättringsåtgärder inom röntgenkliniken och medel/medianvärde under maj – augusti var förbättrat till 143/97 minuter. Ledtider kommer att fortsätta mätas kontinuerligt samt följas upp för fortsatt förbättringsarbete.

## Öka kvalitet och patientsäkerhet

- › **Kvalitetsmål:** Patienterna skall känna sig välinformerade och väl bemötta på akutmottagningen.
- › **Resultat:** Patienterna skattade i snitt bemötandet med 9,22 och informationen med 8,85 på en 10-gradig skala.

All personal har varit delaktig i att mäta, förbättra och utvärdera hur patienter informeras och bemöts. Vi har utvecklat en elektronisk patientenkät på pekskärm som patienterna får besvara innan hemgång. Statistik kan enkelt följas dagligen och åtgärder sätts in vid behov. Patienterna skattade i snitt bemötandet med 9,22 och informationen med 8,85 på en 10-gradig skala. Resultatet är grundat på 67 enkätsvar 1-11/9 2013 och mätningarna fortsätter.

### Patientsäkerhetsmål

- › Kritiskt sjuk patient identifieras i tid.
- › Progress av sjukdomstillstånd identifieras och åtgärdas medicinskt i tid.

Patientsäkerhetsmål har under projekttiden tydligt definierats vilket möjliggör förbättringsarbeten och kvalitetsuppföljningar på annat sätt än tidigare.

Arbetet har bestått i att få en gemensam syn/kunskap hos akutens personal samt övriga klinikers läkare avseende triage, övervakning, optimalt patientflöde samt patientsäkerhetsrisker. Vi har synliggjort värdet av att patienten tidigt i flödet får en medicinsk bedömning framför fördröjande obligatorisk triagering.

### Triage och övervakningsriktlinjer

Under projekttiden har akutens personal med läkare från olika kliniker bearbetat underlag för att nya triage- samt övervakningsriktlinjer ska kunna upprättas. De politiska målen har ändrats så att fokus på patientflödet "direkt till läkare" prioriteras framför triage.

### › Smärta

Genom den nationella patientenkäten har det framkommit att smärtlindringen på akutmottagningen har stor förbättringspotential. Under projekttiden har interna kvalitetsmätningar genomförts. Akutens personal med läkare från olika kliniker har bearbetat underlag för lokal smärtpolicy, identifierat utsatta patientgrupper och en föreläsningsserie om akut smärta planeras till höstens studiedagar i samarbete med smärtcentrum. Patienternas skattning av smärtlind-

ringen kommer även fortsatt att följas upp via vår elektroniska patientenkät.

### › Fall

Incidenter som skett innan projektets start visade sig bero på bristande fallprevention, kommunikation samt dokumentation. Under projekttiden har interna kvalitetsmätningar genomförts och akutens personal med läkare från olika kliniker uppdaterats om gällande riktlinjer.

## Öka nöjdhet hos medarbetare

- › **Mål:** Medarbetarna på akuten ska genom ett bättre samarbete och ökad delaktighet uppleva minskad arbetsbelastning och ökad arbetsglädje.
- › **Resultat:** Personalen skattade i snitt att deras arbetsbelastning varit tillfredsställande till 6,63 och deras arbetsglädje under arbetspasset till 7,93 på en 10-gradig skala. Totalt nöjdhetsindex var 7,31.

All personal på akuten har varit delaktiga och visat stort engagemang i förbättringsarbetet genom aktivt deltagande vid t.ex. testveckor, planeringsdagar samt avdelningsmöten där vi använt oss av en projekttavla för att visualisera förbättringsarbetet. Vi har tagit fram en elektronisk personalenkät som personalen dagligen fyller i. Resultat kan enkelt följas via en webbportal. 1-11 september hade 75 enkäter besvarats av samtliga yrkeskategorier. Personalen skattade i snitt att deras arbetsbelastning varit tillfredsställande till 6,63 och deras arbetsglädje under arbetspasset till 7,93 på en 10-gradig skala. Totalt nöjdhetsindex var 7,31. Mätningarna kommer att fortsätta.

## Sammanfattning måluppfyllelse

Målen är inte uppfyllda, men vi ser förbättringar.

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Det pågår flera parallella förbättringsarbeten på sjukhuset;

- › patientflödet inom medicin- och thoraxdivisionen förbättras av en tvärprofessionell arbetsgrupp,
- › projekt med apotekare och kommunikoordinator på akutmottagningen och tillsammans med universitetet startas en studentakut. Dessa projekt har visats påverka patientflödet på akuten och kommer att följas upp på framtida styrgrupps- samt teammöten.

Utmaningar för det fortsatta förbättringsarbetet kan vara minskat antal vårdplatser, färre tjänstgörande läkare på kirurgakuten samt vakanser avseende akutläkare.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Beslut har fattats att styrgrupp och team skall fortsätta med uppdrag att samordna förbättringsarbetet avseende akutens interna samt externa processer. Med syfte att kontinuerligt engagera all personal i förbättringsarbetet kommer vi inom kort att införa en ”pulstavla”. På denna synliggör vi aktuell statistik, avvikelser samt pågående förbättringsaktivitet som ett redskap för daglig styrning.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Framförallt har vi idag, både i teamet, medarbetarna på akuten och i styrgruppen en större kunskap om akutmottagningens komplexa verksamhet. Samordning och kommunikation med styrgrupp och medarbetare har möjliggjort förändring. Arbetet med utvecklandet av akutmottagningen som navet i sjukvårdssystemets kugghjulsmaskineri har

bara börjat. Vi har visat att vi kan förändra om vi har en gemensam målbild – men det tar tid! Även blygsamt positiva resultat ger motivation att fortsätta. Framgång föder framgång och fler visar intresse till delaktighet i vårt förbättringsarbete!

## Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Vi har skyndat långsamt och kartlagt flödet metodiskt för att satsa på ett långsiktigt förändringsarbete med patienten i centrum.
- › Vi har fått personalen delaktiga genom kunskap och förståelse för flödet samt utvecklat en elektronisk personalenkät för att kontinuerligt kunna följa hur personalen upplever sin arbetsmiljö.
- › Förankring och kommunikation med styrgruppen har varit helt avgörande.
- › Vi har fått patienterna delaktiga genom att dagligen samla in deras åsikter om besöket på akutmottagningen med hjälp av en elektronisk patientenkät.
- › Vi har lyckats engagera kringliggande verksamheter.

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

Före, under och efter förändring krävs statistik, mätningar och observationer för att man ska veta vad som behöver ändras samt för att se om en förändring lett till någon förbättring.

Den största förutsättningen för lyckat resultat har varit att få alla berörda parter med på spåret. Att ha en beslutför styrgrupp med rätt mandat har också varit viktigt. Största utmaningen har varit att synkronisera alla pågående förändringar. Sist men inte minst – våga prova!!



## Hit har vi nått på Indextavlan

”Förändringar har börjat testats och förbättringar kan ses i delar av flödet.”



## ”Akut förbättring” på Akademiska Sjukhuset, Uppsala

### Projektledare

*Elize Leto*, projektledare, sjuksköterska och gruppchef Akutmottagningen. [elize.letto@akademiska.se](mailto:elize.letto@akademiska.se)  
*Susann Järhult*, projektledare, läkare Akutsjukvård, [susann.jarhult@akademiska.se](mailto:susann.jarhult@akademiska.se)

### Team

*John Bengtsson*, sjuksköterska, akutmottagningen  
*Helena Wengström Nymark*, sjuksköterska och patientsäkerhetssamordnare, akutsjukvård  
*Joakim Krigholm*, undersköterska, akutmottagningen  
*Fredrik Linder*, läkare MLA, kirurgi  
*Jinan Al-Shakarchi*, läkare, internmedicin  
*Mårten Santesson*, läkare MLA, Ortopedi  
*Mervi Friberg*, vårdsystemsupport, akutsjukvård  
*Martin Wohlin*, läkare, akutsjukvård

### Styrgrupp

*Eva Telne*, divisionschef, diagnostik-, akut-, anestesi- och teknikdivisionen  
*Hans Olov Hellström*, divisionschef, kirurg- och onkologidivisionen  
*Tomas Skommevik*, verksamhetschef, akutsjukvård  
*Charlotta Nordgren Thermaenius*, avdelningschef, akutmottagningen  
*Claes Juhlin*, verksamhetschef, kirurgi

*Mikael Köhler*, tf divisionschef, medicin- och thoraxdivisionen

*Karin Bernhoff*, tf verksamhetschef, ortopedi

*Adel Shalabi*, verksamhetschef, bild- och funktionsmedicinskt centrum

*Lena Stigsdotter*, verksamhetschef, geriatrik

### Handledare

*Karin Soini*, vårdchef, diagnostik-, akut-, anestesi- och teknikdivisionen

### Om sjukhuset

Akademiska sjukhuset (AS) i Uppsala är ett universitetssjukhus med anor sedan 1708. Verksamheten inrymmer idag länssjukvård, specialistsjukvård, rikssjukvård, utbildning och forskning.

Drygt 25 procent av våra 60 000 vårdtillfällen såldes till andra landsting i regionen eller riket. Drygt 8 000 anställda, varav 130 vid akutmottagningen, vårdar patienter i sjukhusets 1 050 bäddar. Årligen genomförs 30 000 operationer och 600 000 öppenvårdsbesök.

Akutmottagningen tar emot ca 53 000 besök/år. Särskilda akutmottagningar finns för barn och för patienter med infektioner, gynekologiska eller psykiatriska sökorsaker.



## Falu lasarett

”Höststädning i Falun – ut med det gamla – in med det nya!”

### Bakgrund

Akutmottagningen i Falun har ca 58 000 besök/år, 11 000 av dessa utgörs av vårdsökande som är 75 år och äldre. 35% av denna patientgrupp har en total vistelsetid på akutmottagningen på > 4 timmar. Många av dem har komplexa vårdbehov och ett ökat omvårdnadsbehov som av olika anledningar kan vara svåra att, på ett bra sätt, tillgodose på akutmottagningen.

Endast en del tiden åtgår till att diagnostisera och behandla patientens sjukdom/symptom.

Forskning kring äldres situation på akutmottagning visar att uteblivna omvårdnadsåtgärder i kombination med lång väntetid på akutmottagning ökar risken för fallskador, förvirring och trycksår<sup>4</sup> En hög ålder är en riskfaktor i sig genom att äldre personer har en minskad reservkapacitet hos de flesta organ och riskerar att utveckla organsvikt snabbare än yngre.

Ett snabbt omhändertagande av äldre patienter på akutmottagning kan vara av avgörande betydelse för att förebygga onödiga komplikationer.<sup>5</sup>

Genom att optimera flödet för denna patientgrupp såg vi att patientsäkerheten kan ökas genom att minska risken för fallskador, trycksår och förvirring.

Eftersom akutmottagningen under hela projekt-tiden har befunnit sig i evakueringslokaler på grund av omfattande ombyggnation var vi medvetna om att förändringar skulle kunna vara svåra att genomföra men såg ett stort värde i att delta för att skapa bra flöden i våra nya lokaler.

Under projekt-tiden bytte även Landstinget Dalarna journalsystem, vilket vi också insåg skulle påverka verksamheten i stor utsträckning.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

Förändringar i arbetsrutinen gjordes på ortopedsektionen. Jourhavande läkare kommer direkt till akutmottagningen, före avdelningsronden, på morgonen. Tillsammans med sjuksköterska och undersköterska görs en planering för de patienter som

Not 4. Socialstyrelsens riskstudie nr 2 2008 Uteblivna omvårdnadsåtgärder för äldre patienter – risk för vårdskada

Not 5. Socialstyrelsens riskåterföring 2006. Hur tas äldre patienter omhand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn

finns på sektionen – prover ordineras, röntgenremisser skrivs mm.

Under arbetsdagen har arbetslaget regelbundna avstämningar för att organisera arbetet, äldre patienter prioriteras tas om hand före yngre patienter i samma prioriteringskategori.

Tiden till första läkarbedömning för patienter över 75 år i gul kategori har minskat med i snitt 13 minuter sedan första testen gjordes.

Andelen patienter i denna grupp som har en vistelsetid på akutmottagningen <4 timmar har successivt ökat från 58% i januari 2013 till 70% i juli 2013, vilket innebär att vi närmar oss målet på 75%.

Förändringen har främst gynnat gruppen äldre patienter, men vi ser generellt förkortade vänteech vistelsetider.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Medicin/kardiologsektionen är akutkliniken största enhet med både ett stort antal vårdsökande och många medarbetare, det innebär bland annat att många medarbetare är involverade i omvårdnaden av varje enskild patient och många överrapporteringar.

I ett led att förbättra patientsäkerheten valde vi att dela sektionen i 2 arbetslag, ”team”, bestående av läkare/sjuksköterska/undersköterska med ansvar för ett mindre antal patienter. Vi valde att mäta antalet lab.relaterade avvikelser gällande medicin/kardiologpatienter. Innan förändringen gjordes (december/januari 2013) rapporterades 9–10 avvikelser/månad från lab. Antalet rapporterade avvikelser sjönk efter förändringen snabbt till 0–1 avvikelse/månad (mars/arpril) vi ligger fortfarande kvar på den nivån.

Även övriga avvikelser avseende medicin/kardiolog sektionen har minskat.

Förändringen har i gynnat både patienterna i form av en ökad kvalitet och färre felaktigheter gällande provtagning, men även medarbetarna genom skapandet av en lugnare arbetsmiljö.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

De förändringar som gjorts har också gjorts för att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna på akutmottagningen.

Eftersom mottagningen under projekttiden även genomgått en hel del andra förändringar som påverkat medarbetarna har det varit svårt att genomföra mätningar hur de förändringar som genomförts inom projektets ramar har påverkat medarbetarna.

Det finns dock en vilja hos medarbetarna att arbeta vidare med de arbetssätt som testats och införts i samband med projektet – vilket får tolkas som ett positivt resultat.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Det återstår ännu en hel del arbete innan målen är uppfyllda men arbetet i projektet har tydliggjort vilka behov som finns.

Samarbetet mellan de deltagande klinikerna – Akutkliniken, Bild- och funktionsmedicin, ortoped – och medicinkliniken har förstärkts och vilket ger oss bra förutsättningar att fortsätta vår resa mot målet.

Att ha en styrgrupp där de involverade verksamheternas chefer samt representanter för förvaltningsledning funnits med har betytt mycket för projektet.

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

Vi fortsätter att jobba vidare med de förändringar som gjorts på medicin- respektive ortopedsektionen eftersom nya lokaler ger andra – och bättre – förutsättningar

Ett samarbete med primärvården har inletts under våren, en distriktssköterska finns dagligen på akutmottagningen – detta är ett samarbete som vi länge sett framemot och önskar utveckla ytterligare för att effektivt kunna hänvisa patienterna till rätt vårdnivå.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

Både team och styrgrupp kommer att finnas kvar. Ett av våra mål med projektet var att skapa en styrgrupp med representanter bestående av verksamhetschefer samt förvaltningsledningen för att kunna besluta om och genomföra förändringar som sträcker sig utanför den egna enheten

Teamet har under projektperioden fått goda kunskaper i förändringsarbete och kommer att fort-

sätta, det kommer sannolikt även att under tiden behöva utökas.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

Att det varit ett nationellt projekt som fokuserat på de problem som finns på akutmottagningar över hela Sverige har betytt mycket, vi har under arbetets gång fått nya perspektiv på både problem och tänkbara lösningar. De kontaktnät som byggts mellan akutmottagningarna är värdefullt för fortsatt arbete.

Genom att teamet har bestått av representanter från olika verksamheter har samarbetet kring patienterna på akutmottagningen förbättrats. Arbetet har spridit sig i verksamheterna och förbättringsarbeten med fokus på minskat slöseri med patientens tid, hög kvalitet och nöjda medarbetare initieras från de olika klinikerna.

Att ha en styrgrupp med mandat att ta beslut om förändringar som berör flera enheter har varit en förutsättning för att kunna bedriva förändringsarbete.

### Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Sätt upp realistiska mål och var noga med att kommunicera målen.
- › Håll koll på att förändringen blir en förbättring – återkoppla regelbundet resultat till medarbetarna.
- › Skynda långsamt och ha respekt för att förändringsprocessen tar tid.
- › Tydliggöra vem eller vilka som har mandat att fatta beslut.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”förändringar har börjat testats och förbättringar kan ses i delar av flödet.”





## ”Akut förbättring” på Falu lasarett

### Projektledare

*Lisa Östling*, elisabeth.ostling@ltdalarna.se

### Team

#### **Akutkliniken**

*Lisa Östling*, avdelningschef

*Tom Wikström*, sjuksköterska

*Malin Eriksson*, undersköterska

*Lisbeth Larsson*, läkarsekreterare

*Ann-Sofie Källberg*, vårdutvecklare/doktorand

#### **Bild- och funktionsmedicin**

*Anna Thureson*, bitr.platschef

*Eleonor Brännström*, vårdutvecklare

#### **Medicin/kardiologkliniken**

*Julia Söderberg*, ST-läkare

#### **Ortopedkliniken**

*Kristbjörg Sigurdardottir*, ST-läkare

### Styrgrupp

*Bengt Malmqvist*, chefsläkare

*Elisabet Fransson-Strandberg*, hälso- och sjukvårdsdirektör

*Hanne Hedin*, verksamhetschef, ortopedkliniken

*Karin Stickå-Mjöberg*, förvaltningschef

*Lars Strandberg*, överläkare, medicinkliniken

*Lisbeth Isaksson*, verksamhetschef, primärvården

*Olof Ehrens*, verksamhetschef, bild- och funktionsmedicin

*Åsa Hammarbäck*, verksamhetschef, akutkliniken

### Handledare

*Agneta Göransson*, verksamhetsstrateg, Landstinget Dalarna

### Om sjukhuset

Falu lasarett, Dalarnas största sjukhus, är ett komplett länssjukhus, med verksamhet inom i stort sett samtliga medicinska specialiteter och subspecialiteter, undantaget verksamheter av regionvårdskarakter.

Lasarettets upptagningsområde är hela länets befolkning på ca 277 000 innevånare och är ett akut sjukhus för länets mellersta delar.

Falu Lasarett har ca 450 vårdplatser och ca 3 300 anställda.<sup>6</sup>

På akutkliniken arbetar ca 160 personer (sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare) och antalet besökare var 2012 58 200.

## Sollefteå sjukhus

”Harmoni i flödet”

### Bakgrund

Akutmottagningen tar emot cirka 14 000 patienter per år.

Under 2011 färdigbehandlades 89% av patienterna inom 4 timmar, en siffra som minskar i takt med det ökande inflödet. På akutmottagningen finns 23,18 tjänster där merparten är sjuksköterskor, resten undersköterskor och en sekreterare. De doktorer som bemannar akuten tillhör respektive klinik.

Syftet med medverkan är att förbättra och effektivisera flödet på akutmottagningen samt samarbetet med övriga enheter på sjukhuset, framförallt röntgenavdelningen.

### Resultat

#### Minska slöseri med patienters tid

- › *Sjuksköterskor skriver röntgenremisser på misstänkta hand/handled fot/fotledsskador vilket förkortar väntetiden till röntgen, röntgensvaret finns klart när doktorn träffar patienten. Vi kan tyvärr inte påverka tiderna när det gäller röntgenläkarnas arbetsuppgifter, de är ofta underbemannade och det blir ofta fördröjning i flödet under lunchtid.*

Vid höga inflöden där övriga patienter prioriteras högre och läkarna på akuten inte hinner med får ovanstående patienter ändå vänta. Den totala tiden är svår att påverka, positivt är patienternas upplevelse av att de blir snabbt omhändertagna och de får gå till röntgen direkt.

- › *Röntgen faxar svaret direkt till akuten så fort det är signerat av röntgenläkare vilket sparat tid och frustration. Tidigare fick vi själva gå in i röntgen-systemet och söka svaret, alla dubbelkollade varandra gång på gång ”har du kollat eller skall jag”, det har blivit bättre arbetsmiljö på expeditionen.*
  - › *Tydligare och mer lättillgänglig information via ny skyltning vid entré och reception. Snabb kontakt i receptionen där en första yttre triagering görs av sjuksköterska.*
- Omstrukturering av triagerum och ändrat arbetssätt gör att rummet utnyttjas mer optimalt. Informationsbroschyr följer patienten under hela besöket och där antecknas vilken läkare patienten träffat, resultat av besök, vilken behandling som getts och var patienten skall vända sig vid eventuella frågor. Rullande information på TV i väntrummet om prioritering, apotek, sjukresor, fika, m.m. med möjlighet att informera

om ökade väntetider vid högt inflöde. Information kommer även att finnas tillgänglig på andra språk.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

- Whiteboard med kontaktuppgifter till alla jourer har ökat tydligheten, mindre risk för felsökning.
- RETT:S triage, repetitionsutbildning är genomförd nu jobbar och tänker alla lika, alla patienter får samma bedömning.
- Reflektion/debriefing/ daglig styrning, störningar tas upp dagligen, åtgärdas och återkopplas, skapar trygghet i gruppen. Avvikelse skrivs i något högre grad inom enheten.
- Telefonmeddelande, telefonsvarare styr inringande till rätt instans med enkla knappval, inringande slipper ringa om. Arbetsmiljön blir bättre.
- I AT-introduktionen ingår en dag på röntgenavdelningen, checklista för AT-introduktion på akuten uppdateras.
- Låda för besökare att lämna synpunkter i väntrummet, enkelt att framföra sina åsikter. Ommöblering i väntrummet skapade bättre framkomlighet och miljö för patienterna.
- Överlappning vid doktorernas jourbyte, och att bakjouren är mer tillgänglig och tittar förbi oftare.
- Röntgen ändrat handläggning, en och samma läkare bedömer och signerar alla undersökningar på respektive patient. Alltid någon ansvarig under lunchen. Varje läkare tittar igenom sin signeringskö strax före lunch och direkt efter.



### Öka nöjdhet hos medarbetare

- Reflektion/debriefing/ daglig styrning, störningar tas upp dagligen, åtgärdas och återkopplas, skapar trygghet i gruppen. Avvikelse skrivs i något högre grad inom enheten. Lättläst informationstavla.
- Telefonmeddelande, telefonsvarare styr inringande till rätt instans med enkla knappval, ger mycket tystare arbetsmiljö. Inringande slipper ringa om gång på gång när vi inte hinner svara.
- Infotavlor strukturerade efter typ av information, lätt att hitta för alla.
- 5S, genomgång av förråd, undersökningsrum, expeditioner m.m. hyllor och backar med uppdaterade innehållsförteckningar. Märkta "parkeringsplatser" för apparatur, vagnar, cyklar och liknande.
- Förändringsträd "planterat" vid fikarummet där nya idéer lätt sätts upp.
- Ommöblering expedition, triagerum och väntrum ger mer ändamålsenlig miljö.
- Alla får vara med och påverka, positiv feedback kommit från personalgruppen.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

## Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

- › Jobba med förbättring av vårdprogram för Rädda Hjärnan, titta på hur samarbetet med ambulansen kan förbättras. Vilken information får patient och anhörig av läkarna?
- › Fortsatt dialog och samarbete med röntgenavdelning. Följ upp de förändringar som gjorts i projektet. Skapa delaktighet och vilja i arbetsgruppen, att låta förändringsarbetet vara en fortlöpande process, i första skedet genom att göra en slutredovisning för hela arbetsgruppen.

## Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

- › Styrgruppen kommer att finnas kvar som referensgrupp. Projektgruppen är tänkt att fungera som mentorer till resten av medarbetarna och hjälpa till med fortsatt förändringsarbete.
- › Idéer från arbetsgruppen sätts upp på förändringsträdet, alla idéer diskuteras på arbetsplatsträffar, beslut tas om åtgärd. Frivillig i arbetsgruppen tar sig an uppgiften, med stöd av någon i projektgruppen om det behövs. Förändringsarbetet följs och avrapporteras på arbetsplatsträff där beslut om permanent förändring tas.
- › Hur skall vi få med läkargruppen i förändringsarbetet, hur informera överläkar/bakjournsgruppen.

## Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet haft för betydelse

### För våra patienter och medarbetare

- › Patienternas och medarbetarnas synpunkter har tagits på allvar, mindre bra saker åtgärdats. Patienterna upplever enligt de enkäter vi gjort att omhändertagandet blivit bättre.

### För oss som deltagit både i team och styrgrupp

- › Givande, roligt lärande, nytänk och aha-upplevelser. Upptäckt att vi är bra, gör bra saker och har ett bra tänk sedan tidigare.

### För samarbeten över gränser

- › Lärorikt och nyttigt med erfarenhetsutbyte/omvärldsorientering.

### Övrigt vi vill förmedla

- › Styrgruppens reflektion, man ser annorlunda på och har fått insyn i akutens verksamhet. Viktigt med idéer från golvet.
- › Har kunnat dryfta akutens frågor och utbyta erfarenheter med andra verksamheter.

## Våra Topp5 för att förbättra patientflöden

- › Sjuksköterskor skriver röntgenremisser
- › Röntgensvar via fax
- › Rullande information på TV i väntrummet
- › Informationsbroschyr till patienterna
- › 5S

## Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete

- › Få med ledningen, ansvariga för verksamheten.
- › Förankra i arbetsgruppen, följ upp beslut.
- › Mät och dokumentera före och efter förändring.
- › Viktigt med uppföljning.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Etablerad struktur för ständiga förbättringar finns.”



## ”Akut förbättring” på Sollefteå sjukhus

### Projektledare

*Mona Eberger*, projektledare.  
mona.eberger@lvn.se

### Team

*Annika Hiller*, sjuksköterska  
*Helen Danielsson*, undersköterska  
*Kerstin Sundberg*, sjuksköterska  
*Nina Pettersson*, sjuksköterska  
*Pernilla Sjö*, sjuksköterska  
*Yousif Sahlman*, ST medicin  
*Anders Gerdin*, ST kirurgi  
*Tobias Hellström*, ST röntgen

### Styrgrupp

*Kristina Gullersbo*, verksamhetschef, medicin  
*Milan Vosvrda*, överläkare medicinskt lednings-  
ansvarig, medicin  
*Per Carlehed*, verksamhetschef, kirurg/ortopedi  
*Britta Björklund*, verksamhetschef, röntgen  
*Anders Lundin*, verksamhetschef, anestesikliniken  
*Radoslaw Wojtowicz*, ST ortopedi

### Handledare

*Nina Frölander*, vårdutvecklare

### Om sjukhuset

Sollefteå Sjukhus är ett länsdelssjukhus och har ett upptagningsområde med ca 37 000 invånare totalt finns 93 vårdplatser inräknat BB, IVA, Barn och Dialysverksamhet.

Cirka 800 personer arbetar i verksamheten.



# Länssjukhuset Sundsvall Härnösand

”Fotspår genom Akuten”

## Bakgrund

Det finns sedan länge en problembild kring brister i flödet på akutmottagningar. Brister som beskrivs i form av bristande tillgänglighet, negativa patientupplevelser samt en dålig arbetsmiljö. Patienter ackumuleras på akutmottagningen för utredning, bedömning samt plats på vårdavdelning. Landets akutmottagningar har inbjudits att delta i ett utvecklingsprojekt via SKL. Beslut togs av vår Akutstyrelse att vi skulle medverka.

Patientflödet som teamet/styrgruppen beslutat att jobba med under projektet är patienter som kommer till akutmottagningen med skada fot som triagerats gul, stukad och misstänkt fraktur. Flödet gäller både patienter som kommer med ambulans eller tar sig själva till akutmottagningens reception.

## Resultat

Beskriv vilka förändringar som är genomförda inom varje målområde nedan. Vad har blivit bättre? Hur mycket bättre har det blivit? För vem/vilka?

### Minska slöseri med patienters tid

Sjuksköterskor skriver röntgenremiss så patienten går till röntgen utan att träffa läkare först. Patienter som kommer med ambulans tas direkt till röntgen. Innebär att den totala vistelsetiden på akutmottagningen har blivit kortare. Våra mätningar av total vistelsetid på akutmottagningen för dessa patienter visar att vi minskat tiden med ca 60 min/per patient.

### Öka kvalitet och patientsäkerhet

Utbildning om generell smärtlindring till medarbetare har genomförts. Skriftliga rutiner om generella ordinationer har reviderats. Rutin om VAS skattning har införts. Skriftlig information ges till patienten om handläggning/behandlingsplan.

### Öka nöjdhet hos medarbetare

En arbetsmiljöenkät genomfördes i början av projektet. Vi har inte haft möjlighet att följa upp med en ny enkät ännu.

### Sammanfattning måluppfyllelse

Minska slöseri med patienters tid	
Öka kvalitet och patientsäkerhet	
Öka nöjdhet hos medarbetare	

### Så här fortsätter vårt förbättringsarbete 2014

- › Vi kommer att fortsätta följa ledtider, avvikelser, samt utifrån dessa jobba med ständiga förbättringar vid akutmottagningen genom våra Dagliga styrningsmöten.
- › Vi kommer att jobba vidare med andra patientflöden.

### Vår struktur för det fortsatta förbättringsarbetet

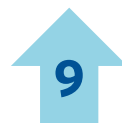
- › Genom daglig styrning. Projektets team och styrgrupp kommer inte fortsätta utan fortsatt förbättringsarbeten kommer involvera flera medarbetare i olika team.

### Reflektioner om vad vårt deltagande i projektet betytt

- › Ökad patientnöjdhet, tidigare påbörjad handläggning, bättre smärtlindring.
- › Det har gett oss möjlighet att träffas ostört vid lärandeseminarier, vilket varit svårt på hemmaplan.
- › Samarbetet har blivit bättre mellan berörda verksamheter.

### Våra Top5 för att förbättra patientflöden

- › Kartlägga flödet för att få en gemensam tydlig bild.
- › Att alla har gått flödet för att få en förståelse för patients väg.
- › Systemiskt möte d.v.s. patientmedverkan.
- › Våra tips till er som ska börja med ett förbättringsarbete.
- › Se till att det finns tid avsatt, prioritera tid för förbättringsarbetet.



### Hit har vi nått på Indextavlan

”Ett väl fungerande flöde för patienterna är etablerat.”



## ”Akut förbättring” på Länssjukhuset Sundsvall Härnösand

### Projektledare

*Camilla Sjödin Nerén, camilla.neren@lvn.se*

### Team

*Helene Boije, sjuksköterska*  
*Kristin Linell, undersköterska*  
*Katharina Lindbergh, enhetschef*  
*Fredrik Granholm, ölläkare*  
*Daniel Björkman, ST-läkare, ortopedi*  
*Jenny Gunnarfelt, specialistläkare, röntgen*  
*Petter Bergius, ambulanssjuksköterska*

### Styrgrupp

*Annika Berglund, verksamhetschef, akutcentrum*  
*Leif Israelsson, verksamhetschef, kirurgiskt centrum*  
*Sigmund Norberg, verksamhetschef, ortopedcentrum*  
*Margaretha Lundquist, verksamhetschef, medicincentrum*  
*Liselott Mafi, verksamhetschef, bild och funktionscentrum*  
*Lars Norberg, verksamhetschef, ambulanssjukvården*

### Handledare

*Sandra Nilsson, utvecklare*

### Om sjukhuset

Länssjukhuset rymmer akutsjukhusvård och en mängd servicefunktioner. Här finns 383 vårdplatser varav 65 inom psykiatrin och cirka 2 400 medarbetare. Vissa av våra kliniker ansvarar för länssjukvård till befolkningen i hela Västernorrlands län.

Antal besök på akutmottagningen är ca 38000/år. Akutmottagningen har ca 54 anställda samt 13 akutläkare. Akutmottagningen bemannas också av läkare från andra kliniker. I December 2012 flyttade akutmottagningen in i nya lokaler, i samband med det har arbetsrutiner, undersökningsrum mm standardiserats. Akutmottagningen har enligt dagens medicin mest frekventa simuleringsövningar gällande trauma i landet. Vid öppnandet av traumorummet var vi norra Europas modernaste traumorum.

Cirka 800 personer arbetar i verksamheten.





## Akut förbättring

### Ett nationellt projekt för bättre patientflöden på akutmottagningar

Hur förbättrar man patientflöden vid en akutmottagning? Den frågan har de flesta landsting och regioner arbetat med länge. Med hjälp av ett extra anslag från regeringen startade SKL år 2012 ett nationellt genombrottsprojekt för att ge landstingen möjlighet att hitta lösningar tillsammans. Projektet fick namnet "Akut förbättring" och 27 sjukhus anmälde intresse att delta direkt.

Varje sjukhus har deltagit med ett team och en styrgrupp, som tillsammans arbetat strukturerat med att förbättra arbetssätt, rutiner och samarbeten i syfte att uppnå projektets målområden:

- › Öka kvalitet och patientsäkerhet
- › Minska slöseri med patienters tid
- › Öka nöjdhet hos medarbetare

Resultaten är fantastiska. Det har skett klara förbättringar inom projektets alla tre målområden, vid alla deltagande sjukhus! En av anledningarna är kliniköver-skridande samarbeten på sjukhusen. De flesta har också initierat samarbeten med aktörer utanför sjukhusens väggar. Samarbeten och överenskommelser är nödvändigt för att skapa bra patientflöden, som svarar mot behoven hos både dagens och framtidens patienter.