



# Hur står det till med våra akutmottagningar?

Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

**Artikelnr** | IVO 2015-76

**Omslag** | Svensk Information

**Foto** | [iStock.com/shapecharge](https://www.iStock.com/shapecharge)

**Utgiven** | [www.ivo.se](http://www.ivo.se) juni 2015

# Förord

---

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården. I det uppdraget ingår att utöva tillsyn av akutmottagningarnas patientsäkerhet. I uppdraget ingår också att regelbundet återföra sammanställda resultat och iakttagelser från myndighetens tillsyn. Denna rapport är en del av denna återföring och belyser tillsyn av akutmottagningar som genomfördes under 2014 i Avdelning mitt.

Avdelning mitt har tillsynsansvar över vårdgivare i sammanlagt sju län: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland, och Örebro. I tillsynen 2014 granskades akutmottagningar i samtliga sju län.

Rapporten är framtagen av utredarna Anna Öström och Sofia Palmér. Tillsynen har genomförts av inspektörer vid enheten som arbetar med tillsyn av hälso- och sjukvård inom somatisk specialistsjukvård. Huvudansvariga för tillsynen var inspektörerna Lena Gabrielsson, Petra Johnson, Anna Norlund, Ann-Sofi Lundgren, Thomas Carnell och enhetschef Peder Karlsson.

Gunilla Hult Backlund  
Generaldirektör

# Sammanfattning och slutsatser

---

Syftet med denna rapport är att belysa hur det står till med våra akutmottagningar. Utgångspunkten är en tillsyn av akutmottagningarnas patientsäkerhet, som genomfördes av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2014. Tillsynen omfattar arton akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion och innehåller intervjuer med undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och verksamhetschefer. Sammanlagt intervjuades 273 personer och det är framförallt deras uppfattningar som ligger till grund för såväl tillsyn som rapport. Resultaten är både oroväckande och till viss del alarmerande.

## ***Akutmottagningarna står inför stora utmaningar***

Inledningsvis kan konstateras att patientsäkerheten vid akutmottagningarna är beroende av flera samverkande systemfaktorer. Varje akutmottagning har sin egen organisation, storlek, patientsäkerhetskultur och förutsättning att ta hand om patienter. Av intervjuerna framkommer dock patientsäkerhetsrisker som är gemensamma för alla akutmottagningar, nämligen:

- ⊗ bristande kompetens
- ⊗ otillräcklig bemanning
- ⊗ vårdplastbrist
- ⊗ otillräckliga lokaler
- ⊗ ”fel patienter”
- ⊗ ökat antal patienter
- ⊗ bristande journalsystem
- ⊗ hög arbetsbelastning/långa arbetspass

Idag har många akutmottagningar svårt att täcka behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är problem att bemanna med erfarna sjuksköterskor, men även med specialistkompetenta läkare. De intervjuade vittnar om hög personalomsättning bland sjuksköterskor och sänkta krav på kompetensnivå vid nyanställning. På vissa akutmottagningar har majoriteten av sjuksköterskorna arbetat i mindre än två år. Påtalade patientsäkerhetsrisker utgår i stor utsträckning från hög arbetsbelastning som innebär stress och overtidsarbete (som ibland även inkluderar dubbla pass). Underbemanningen medför en ökad risk för felaktiga bedömningar.

Bland legitimerade läkare (inkluderat specialistläkare) inom medicin och kirurgi är det framförallt bristen på deras närvaro vid akutmottagningen som är oroande. Visserligen nås de flesta via telefon vid behov av konsultation, men andra

arbetsuppgifter gör att legitimerade läkare (inkluderat specialistläkare) inte finns närvarande i tillräckligt hög utsträckning på akutmottagningen. Konsekvensen av bristande närvaro av legitimerade läkare på akutmottagningarna är bland annat att icke-legitimerade läkare får ta ett alltför stort ansvar i förhållande till sin erfarenhet och kompetens. Icke-legitimerade läkare är ofta mycket duktiga, ansvarstagande och ambitiösa, men de får för lite stöd och handledning i att hantera ojämna och snabba flöden med patienter med vitt skilda sjukdomstillstånd av olika allvarlighetsgrad.

Bristen på kompetens och erfarenhet kan delvis härledas till hur man organiserar akutmottagningarna. Den största risken med nuvarande organisation är sannolikt inte enbart att patienterna blir felbedömda utan att det blir långa och omfattande utredningar som utförs på akutmottagningarna. Detta innebär att många patienter vistas på akutmottagningen under lång tid, vilket i sin tur leder till risker för felprioriteringar, brister i övervakning och fördröjda diagnoser.

Vidare ses akutmottagningarnas lokaler och det ökade patientflödet som tydliga patientsäkerhetsrisker. Lokalerna på majoriteten av akutmottagningarna upplevs inte vara anpassade för det ökande antalet patienter. Detta tillsammans med den vårdplatsbrist, som är uppenbar på flera sjukhus, medför att patienter skickas hem eller väljer att åka hem utan att ha utretts i önskad omfattning. Det innebär också att patienter som ska läggas in kan bli kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats. Det påtalas även att det är en större andel patienter som söker vård på akutmottagningen som egentligen skulle söka sig till primärvården. I sammanhanget lyfts även det faktum att det idag är olika journalsystem inklusive läkemedelsmoduler i primärvård och slutenvård men också hos olika vårdgivare.

### ***Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete behöver utvecklas***

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL, bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. En del av den genomförda tillsynen handlar om medarbetarnas kunskap om och delaktighet i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Det framkommer att den grupp som är mest delaktig i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete är verksamhetscheferna, vilket är naturligt då de i sin roll har ett övergripande ansvar för verksamheten. Bland de övriga är det betydligt färre som är delaktiga i arbetet. Samtidigt finns tydliga önskemål från majoriteten av de intervjuade om ökad information, men även om ökad delaktighet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En av de brister som återigen uppmärksammats i tillsynen är omogen avvikelserapportering. Rapporteringen som sker saknar fortfarande i stor utsträckning systematik och syftar i alltför stor utsträckning till att påtala misstag snarare än att identifiera brister. Det handlar i detta fall fortfarande om så kallat syndabockstänkande och inte ett medvetet systemtänkande.

Under fyra år har landstingen haft prestationsbaserade incitament i arbetet med en ökad patientsäkerhet. I tillsynen framgår att landstingen arbetat med flera av de metoder som innebär att ersättning kan erhållas, såsom mätning av vårdrelaterad infektion (VRI), basala hygienrutiner, strukturerad journalgranskning och patientenkäter. Samtliga landsting i regionen har under denna period, enligt SKLs utvärdering av överenskommelsen, utvecklat patientsäkerhetsarbetet. IVO kan dock i denna och tidigare tillsyn *inte* se att vårdgivarnas *systematiska* patientsäkerhetsarbete utvecklats i önskad utsträckning.

### ***Hur står det till och vad behöver göras?***

Trots olikheter mellan akutmottagningarna finns det en rörande samstämmighet bland de intervjuade vad gäller de patientssäkerhetsrisker som rapporten belyser. Det är därför rimligt att anta att påtalade patientsäkerhetsrisker också gäller akutmottagningar i andra delar av Sverige. Med hänsyn tagen till vad som framkommit kan IVO konstatera att:

- ⊗ Bemanningssituationen är på många sätt ansträngd, både vad gäller kompetens och antal. En del av de brister som framkommit är nationella problem som respektive vårdgivare har svårt att ensam hantera.
- ⊗ Organiseringen av akutmottagningarna motsvarar *inte* dagens behov. De kan därför anses omoderna och inte ändamålsenliga. Patientsäkerheten på akutmottagningarna är en angelägenhet och ett ansvar för samtliga kliniker på sjukhusen och hela landstinget. IVO anser därför att det är av stor vikt att det hos varje vårdgivare fastställs övergripande gemensamma överenskommelser för vilka kompetenskrav och faktisk närvaro som behövs för alla läkare som tjänstgör på akutmottagningen. Vårdgivaren ska även fastställa hur kravet avseende det formella ansvaret för patienterna på akutmottagningen ska kunna uppfyllas. För att ge en god och säker vård anser IVO att legitimerade läkare ska ha det formella ansvaret för patientens vård och behandling och har, i beslutet, krävt att vårdgivarna ska redovisa hur detta ska kunna uppfyllas.
- ⊗ Den nationella patientsäkerhetsstrategin, som nu är avslutad, verkar enligt tillsynen inte ha fått genomslag på alla nivåer i organisationerna. Vårdgivarna måste därför prioritera fortsatt patientsäkerhetsarbete: på vilket sätt det ska bedrivas och hur man ska få personal och chefer delaktiga. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet måste i större utsträckning vara en naturlig och integrerad del i vårdgivarnas ledning och styrning av verksamheten såsom avses i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

# Innehåll

---

Förord .....	3
Sammanfattning och slutsatser .....	4
Innehåll .....	7
Inledning .....	8
Akutmottagningar.....	11
Bemanning och kompetens bland sjuksköterskor .....	11
Personalomsättning och sänkta krav på erfarenhet .....	12
Sjuksköterskebemanningen inte tillräcklig.....	13
Många oerfarna sjuksköterskor är en patientsäkerhetsrisk.....	14
Hög personalomsättning påverkar introduktionen av nyanställda.....	15
Bemanning och kompetens bland läkare.....	15
Otillräcklig bemanning av läkare.....	16
Låg närvaro av medicinsk och kirurgisk specialistkompetens.....	17
Bakjouren fungerar inte alltid tillfredsställande .....	18
Begränsad tillgång till röntgen under jourtid försvårar arbetet .....	19
Läkarnas allmäntjänstgöring.....	20
Introduktionsprogram behöver utvecklas på vissa akutmottagningar .....	20
Få AT-läkare får strukturerad klinisk handledning och uppföljning .....	21
Riktlinjer för självständigt arbete är bristfälliga .....	23
Övriga patientsäkerhetsrisker .....	24
Vårdplatsbrist.....	24
Bristande lokaler .....	25
”Fel patienter” till akutmottagningen .....	25
Bristande journalsystem .....	25
Vårdgivarens patientsäkerhetsarbete .....	26
Låg kunskap och utbildning i patientsäkerhetsarbete .....	27
Omogen avvikelserapportering.....	28
Få deltar i utredningar av klagomål och lex Maria.....	30
Tveksam effekt av detaljstyrning av vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.....	30
Patientsäkerhetskulturen behöver utvecklas .....	32
Bilaga 1: Tillvägagångssätt.....	34
Underlag och källor.....	34
Avgränsningar.....	35
Innehållsanalys .....	36

# Inledning

---

Akutmottagningarnas verksamhet är en av nyckelpositionerna i sjukhusorganisationen. Dit kommer patienter med vitt skilda sjukdomstillstånd av olika allvarlighetsgrad för att söka vård. Det kan handla om allt från akuta traumafall efter svåra olyckor till enklare åkommor som inte alltid behöver akutmottagningens kompetens. Att ta hand om alla dessa patienter är en stor utmaning för personalen på akutmottagningarna. En viktig del av personalens arbete handlar således om att, utifrån medicinsk angelägenhetsgrad prioritera bland patienter som kommer dit. För att god och säker vård sedan ska kunna ges patienter måste det finnas den bemanning, kompetens och utrustning samt de lokaler som behövs. Dessutom måste akutmottagningen vara organiserad på ett sådant sätt att man över dygnets 24 timmar klarar av att hantera ett ojämnt och snabbt flöde av patienter.

Det finns således flera samverkande systemfaktorer som är avgörande för graden av patientsäkerhet vid akutmottagningen. Varje akutmottagning har sin egen organisation, storlek och förutsättning att handlägga olika patientkategorier. Gemensamt är dock för de flesta att inga läkare är anställda vid akutmottagningen. De tillhör istället olika kliniker på sjukhuset, vilket innebär att akutmottagningen är beroende av hur dessa kliniker klarar av att bemanna akutmottagningen med läkare.

Sedan flera år tillbaka har tillströmningen till akutmottagningarna ökat över hela landet. Antalet besök vid akutmottagningarna i Sverige 2014 uppskattas till ca 2.5 miljoner.<sup>1</sup> I en studie<sup>2</sup> av patientflödet vid fem akutmottagningar konstateras att antalet besök har ökat kraftigt för varje år – detta trots att det inte finns tecken på ökad sjuklighet i befolkningen. Ett ökat antal besök per invånare är den främsta förklaringen till att besöken på akutmottagningarna har ökat. Dels är det patienter som redan besökt akutmottagningen som kommer tillbaka, dels besöker en större andel av befolkningen akutmottagningarna. Det framgår att patienter över 80 år står för endast 10 % av ökningen i antal besök, men 20 % av ökningen i antal inläggningar. De är därmed ett tydligt exempel på en viktig grupp som kraftigt ökar behovet av vård och behandling på akutmottagningarna. Det framgår också att personalen vid samtliga akutmottagningar upplever att en del av patienterna vänder sig till akutmottagningen i brist på annan tillgänglig vårdinstans. Även om ett besök på akutmottagning innebär väntetid så räknar patienterna med att man där får hjälp.

Täckningsgrad av läkare i primärvården och därmed i omsorgen av äldre har således också betydelse för patientflödet till akutmottagningen. I takt med ökat

---

<sup>1</sup> Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Socialstyrelsen 2014.

<sup>2</sup> Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar, slutrapportering 2013. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.



patientflöde har även vistelsetiderna på akutmottagningarna ökat. IVO har tidigare konstaterat att vistelsetider över ett dygn förekommer.

Hur lång tid det tar från det att patienten kommer till akutmottagningen och blir omhändertagen till dess att patienten skrivs ut har betydelse för patientsäkerheten. En kunskapsöversikt<sup>3</sup> från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) visar tydligt att akutmottagningens organisering har betydelse för hur snabbt patienter kan tas om hand. Så kallat ”snabbspår”, där patienter med specifika tillstånd går direkt till respektive vårdenhet eller röntgen, innebär exempelvis både kortare tid innan första läkarkontakt och minskad sammanlagd vistelse på akutmottagningen. Samtidigt konstateras att det i studier av flödesprocesser, med undantag från risken för död efter bedömningen, i regel saknas uppgifter om patientsäkerheten. Detta anser SBU är anmärkningsvärt eftersom risken för vårdskador sannolikt kan vara särskilt stor vid sjukhusets akutmottagningar. Även en licentiatavhandling<sup>4</sup> om patientsäkerhet på akutmottagningar visar att *hur* man organiserar sig har betydelse för såväl effektivitet som vårdkvalitet. Det ges exempel på en akutmottagning där man arbetar i team och där en specialistläkare tar emot patienterna och gör en första bedömning innan patienten slussas vidare. Denna akutmottagning har den kortaste tiden från ankomst till utskrivning.

En betydelsefull faktor för patientsäkerheten vid akutmottagningen är också att det finns en utvecklad patientsäkerhetskultur. Med detta menas att personalen är vaksam och medveten om de risker som kan uppstå. Det är även viktigt att de är en naturlig part i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Avgörande för att detta ska fungera tillfredsställande är många gånger att personalen uppmuntras att dela med sig av säkerhetsrelaterad information och har vetskap om att informationen tas tillvara, analyseras och återkopplas. Det är också viktigt att det finns ett gott förtroende mellan individer i verksamheten, där analyser av negativa händelser och vårdskador i första hand inte handlar om att skuldbelägga enskilda individer.<sup>5</sup>

Under åren 2008-2011 genomfördes en nationell tillsyn av vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.<sup>6</sup> Vid denna tillsyn ställdes krav på samtliga vårdgivare att upprätta, utveckla, förbättra och/eller implementera ett övergripande ledningssystem för styrning av kvalitet och patientsäkerhetsarbete. I lex Maria-ärenden och klagomål som inkommit till IVO framgår olika typer av negativa händelser med allvarliga konsekvenser för patienter vid akutmottagningarna: brister som har sin grund i såväl organisation som vård och behandling. Vid tidigare verksamhetstillsyner har även brister som rör kompetens och bemanning aktualiserats. Många gånger handlar det om att icke-legitimerade

<sup>3</sup> *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): 2010. SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1.

<sup>4</sup> Burström, L. (2014). *Patientsäkerhet på akutmottagning.* Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet och Centrum för klinisk forskning, Västmanlands sjukhus, Västerås. ISBN 978-91-506-2299-7

<sup>5</sup> Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015. Socialstyrelsen 2015.

<sup>6</sup> *Nationell tillsyn av vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2008-2011.* Socialstyrelsen 2011.

läkare får arbeta för självständigt på akutmottagningarna och/eller att det brister i stöd och handledning i samband med deras tjänstgöring på akutmottagningarna.

Mot bakgrund av ovanstående beslutade IVO att under 2014 genomföra en tillsyn av patientsäkerheten på akutmottagningarna i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion, vilket omfattar arton akutmottagningar i sju län. Merparten var bemannad med läkare från både medicin- och kirurgklinikerna. Tre akutmottagningar var enbart bemannade med läkare från medicinklinik.

Syftet med rapporten är att belysa tillsynens iakttagelser och de förbättringsområden som har framkommit. Den huvudsakliga frågeställningen är densamma som rapportens titel: *Hur står det till med våra akutmottagningar.*

Rapporten är indelad i två kapitel: *akutmottagningar* respektive *vårdgivarens patientsäkerhetsarbete*. I det första kapitlet redogörs för tillsynens iakttagelser vad gäller kompetens och bemanning, läkarnas allmäntjänstgöring samt de patientsäkerhetsrisker som de intervjuade påtalat under tillsynen. I det andra kapitlet redogörs för de intervjuades kunskap om och delaktighet i vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete.

# Akutmottagningar

---

Liksom alla verksamheter inom hälso- och sjukvård är verksamheten vid en akutmottagning ålagd att tillhandahålla god och kvalitativ vård som tillgodoser patienternas behov av trygghet och säkerhet.<sup>7</sup> Att arbeta på en akutmottagning är ett uppdrag som kräver bred kunskap och erfarenhet för att kunna möta patienter i alla åldrar med varierande behov av vård och behandling.

Vid ett akut insjuknande är patientens första kontakt ofta en akutmottagning och den initiala bedömningen kan många gånger vara avgörande för fortsatt vård och behandling. En adekvat och tidig diagnostik är viktig för att patientens tillstånd inte ska förvärras under vistelsetiden på akutmottagningen. Akutmottagningar har ett system för att sortera och prioritera patienterna utifrån skadans eller sjukdomens allvarlighetsgrad, vilket kallas för triage.

Arbetet på akutmottagningarna handlar i många avseenden om prioriteringar och svåra ställningstaganden, där det ställs krav på att kunna avgöra vilka patienter som kan återgå till hemmet utan att detta är förenat med risk för patienten. Arbetet på akutmottagningarna kräver därför ofta att specialistkompetent läkare finns tillgänglig för konsultation. Enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>8</sup> ska det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Det ska finnas tillräckligt många personer i tjänst i förhållande till antalet patienter, såväl på dagen som på natten.

I det följande redogörs för hur kompetens och bemanning uppfattas bland de intervjuade när det gäller sjuksköterskor samt läkare inom medicin och kirurgi på akutmottagningarna. Därefter ges en bild av AT-läkarnas tjänstgöring. Avslutningsvis redogörs för övriga patientsäkerhetsrisker som de intervjuade i tillsynen anser finns vid akutmottagningarna.

## Bemanning och kompetens bland sjuksköterskor

Att bedöma och prioritera patienter utifrån vårdbehov är en utmanande och avancerad uppgift för sjuksköterskan på en akutmottagning. En felaktig bedömning kan få allvarliga konsekvenser för patienter. Av tillsynen framkommer framförallt tre områden som är relaterade till brister vad gäller sjuksköterskornas kompetens och erfarenhet samt sjuksköterskebemanningen vid akutmottagningarna.

---

<sup>7</sup> 2a § HSL1982:763

<sup>8</sup> 2e § HSL1982:763

### Lex Maria-ärende 2014

Händelsen rör ett fyraårigt barn som tillsammans med en förälder uppsöker en akutmottagning för buksmärta. Smärtan avklarar efter några timmar och föräldern meddelar en sjuksköterska detta. En undersköterska tar kontakt via telefon med jourhavande kirurg som meddelar att patienten kan gå hem, men söka hjälp igen om smärtorna återkommer. Fyra timmar senare återkommer patienten med buksmärta som strålar ner i benen. En barnläkare gör en undersökning och smärtorna bedöms bero på förstoppning varför lavemang ges. Kort därefter upplevs patienten som glad, pigg och smärtfri. Vid undersökning av testiklarna noteras inga smärtreaktioner och inte heller någon svullnad. De får åka hem med uppmaning att komma tillbaka om smärtorna återkommer. Kvällen dagen därpå kommer patienten tillbaka till akutmottagningen med en svullen och rodnad testikel. Jourhavande kirurg misstänker testostorsion (vriden testikel) och patienten opereras akut, men testikeln går inte att rädda.

**En av vårdgivaren identifierade orsaker till händelsen är att arbetssättet med en undersköterska som möter och registrerar patienten kan ha bidragit till att patienten fick vänta länge på bedömning (triage). Vårdgivaren anger vidare att det råder en allmän brist på sjuksköterskor och anger därför bland annat att de ska säkra bemanningen så att den inte åsidosätter patienterna säkerhet.**

- ⊙ Hög personalomsättning bland sjuksköterskor
- ⊙ Sänkta krav på tidigare erfarenhet vid nyanställning
- ⊙ Bristfällig introduktion

### Personalomsättning och sänkta krav på erfarenhet

*”En tredjedel av sjuksköterskorna har sagt upp sig. Vi har inga formella krav, men däremot önskemål om ett års yrkeserfarenhet för de sjuksköterskor vi anställer nu. Detta är inte alltid möjligt att uppfylla.”*  
Verksamhetschef

De allra flesta akutmottagningarna vittnar om en hög personalomsättning bland sjuksköterskorna. I flera fall handlar det om omfattande uppsägningar. Många av de intervjuade cheferna vittnar också om att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor. Detta har lett till att ett flertal akutmottagningar har tvingats att sänka kraven på tidigare erfarenhet vid nyanställning.

Man har många gånger tvingats anställa de sjuksköterskor som söker utan att ha möjlighet att beakta särskilda kompetenskrav. Vid flera akutmottagningar har man tidigare haft krav på minst ett eller två års erfarenhet och i vissa fall även krav på specialistkompetens för sjuksköterskor. Numera är det vanligare att man vid nyanställning har *önskemål* om yrkeserfarenhet eller specialistkompetens. Av de arton granskade akutmottagningarna har endast fyra krav på tidigare erfarenhet vid nyanställning. De som har lyckats behålla kravet om minst ett eller två års erfarenhet anger också att det blir allt svårare att rekrytera sjuksköterskor.

En hög personalomsättning innebär också att andra tidigare krav har sänkts. Vid en akutmottagning var det exempelvis tidigare krav på minst två års erfarenhet för att få arbeta som ledningsansvarig sjuksköterska (LANS), men nu kan en sjuksköterska med endast sex månaders erfarenhet vara ledningsansvarig.

En vanligt förekommande anledning till att sjuksköterskorna slutar anges vara hög arbetsbelastning och att en stor andel av tjänstgöringstiden är förlagd på obekvämt arbetstid. Under tillsynen har det framkommit ett flertal exempel på hur man på akutmottagningarna försöker att behålla sjuksköterskorna. De

---

### **Lex Maria-ärende 2014**

*En patient insjuknar och tar sig till vårdcentralen. Patienten har feber, röda hudutslag och orkar knappt stå på benen. Patienten remitteras till medicinjouren på akutmottagningen med frågeställning om blodförgiftning eller hjärnhinneinflammation.*

*Vid akutmottagningen görs ingen triagering. Efter tre timmars väntan bedöms patienten av undersköterska som noterar perifer kyla, röda hudutslag och sänkt blodtryck. Perifer ven-kateter sätts och blodprover tas. Efter fem timmar bedöms patienten först av sjuksköterska och därefter av medicinjouren.*

*Allmäntillståndet har försämrats och patienten blir därför inlagd på intensivvårdsavdelningen och ges antibiotika intravenöst. Ett dygn senare avlider patienten.*

*Vårdgivarens åtgärdsförslag efter inträffad händelse handlar bland annat om att triagering ska göras direkt när patienten kommer till akuten. Det anges också att detta måste vara prioriterat och är speciellt viktigt vid hög arbetsbelastning.*

---

kan handla om uppmuntran, lönepåslag, att tillgodose önskemål om schemaläggning, friskvårdssatsningar och kompetensutveckling. Att ta in hysjuksköterskor via bemanningsföretag blir också allt vanligare.

### **Sjuksköterskebemanningen inte tillräcklig**

*”Personalen är trött på grund av extrapass och många verkar stressade. Ibland lägger AT-läkarna administrativt arbete åt sidan för att stötta sjuksköterskorna.”* Verksamhetschef

Majoriteten av de intervjuade anser att bemanningen av sjuksköterskor är otillräcklig eller delvis otillräcklig vid akutmottagningarna. Vid endast tre av arton sjukhus anser majoriteten av de intervjuade att sjuksköterskebemanningen är tillräcklig. Många gånger gäller sjuksköterskebristen framförallt nattetid. Ibland kan det handla om att det inte finns fler sjuksköterskor att kalla in till akutmottagningen vid höga patientflöden. De sjuksköterskor som finns arbetar mycket övertid, vilket även kan innebära dubbla pass.

Konsekvenserna av otillräcklig bemanning av sjuksköterskor är att de inte hinner med att genomföra triagering, fullfölja ordinationer och/eller att observera patienter i den utsträckning som behövs. Även information till patienter och läkare kan bli bristfällig. I flera intervjuer framkommer att det finns för få sjuksköterskor för att upprätthålla ett fullgott teamarbete vid akutmottagningarna. Det anges också att det ”vanliga” arbetet stannar upp då exempelvis två eller flera svårt sjuka patienter kommer in samtidigt eller vid stora trauman. Om belastningen redan är hög på akutmottagningen med många patienter blir det då stora problem.

IVO har understrukit vårdgivarens ansvar att införa åtgärder som säkerställer fullgod bemanning av sjuksköterskor vid akutmottagningarna.

## Många oerfarna sjuksköterskor är en patientsäkerhetsrisk

”Det är stora patientflöden, många störningar och man måste ha många bollar i luften. Samtidigt är mer än 30 procent av sjuksköterskorna relativt nya.” Verksamhetschef

Vid drygt en tredjedel av akutmottagningarna anges att sjuksköterskornas kompetens och erfarenhet inte är tillräcklig för att bedriva en säker och god vård. Vid tio av arton akutmottagningar i regionen har majoriteten av sjuksköterskorna arbetat i mindre än fem år. I fyra av sju län finns det akutmottagningar där majoriteten av sjuksköterskorna har arbetat i mindre än två år. Av tabellen nedan framgår de intervjuades uppfattning om kompetens och yrkeserfarenhet bland sjuksköterskorna vid de granskade akutmottagningarna.

Tabell 1: Antal arbetade år bland majoriteten av sjuksköterskor vid akutmottagningarna och uppfattning om kompetens och yrkeserfarenhet

Antal arbetade år på akutmottagningen	Antal akutmottagningar	Kompetens och erfarenhet är tillräcklig	Kompetens och erfarenhet är <i>inte</i> tillräcklig
Mindre än 2 år	4	0	4
Mellan 2-5 år	6	4	2
Mer än 5 år	8	7	1
Totalt	18	11	7

Källa: IVO

Av ovanstående tabell framgår att vid de akutmottagningar där majoriteten av sjuksköterskorna har arbetat i mindre än två år är den sammantagna uppfattningen bland de intervjuade att kompetens och erfarenhet bland sjuksköterskorna inte är tillräcklig för att kunna bedriva en säker och god vård. Motsvarande uppfattning bland akutmottagningar där majoriteten av sjuksköterskorna har arbetat i mer än fem år gäller för endast en av åtta akutmottagningar. I detta fall svarade dessutom mer än hälften att kompetensen och erfarenheten *delvis* var tillräcklig samtidigt som många menar att den är tillräcklig.

I de fall där majoriteten av sjuksköterskorna arbetat mellan två och fem år vid inspektionstillfället var den sammanvägda uppfattningen att sjuksköterskornas kompetens och erfarenhet var tillräcklig vid fyra av sex akutmottagningar. Det finns således ett tydligt samband mellan hur länge majoriteten av sjuksköterskorna har arbetat vid akutmottagningen och uppfattningen om huruvida kompetens och erfarenhet är tillräcklig för att kunna bedriva säker och god vård. Vidare beskriver flera intervjuade hur oerfarna läkare tillsammans med nyutbildade sjuksköterskor är en dålig kombination på akutmottagningen.

IVO har i flera beslut till vårdgivarna påpekat vikten av att erfarna läkare och sjuksköterskor har möjlighet att stötta oerfarna, vilket bör beaktas vid planering av

arbetet. Identifierade brister avseende sjuksköterskornas kompetens och erfarenhet på akutmottagningarna är en patientsäkerhetsrisk. Sammantaget kan konstateras att akutmottagningarna står inför en stor utmaning.

## Hög personalomsättning påverkar introduktionen av nyanställda

*”Under 2013 slutade 30 sjuksköterskor och under 2014 har 15 slutat. Många sjuksköterskor slutar på akutmottagningen innan de ens är inskolade.” Sjuksköterska*

Hög personalomsättning och omfattande uppsägningar på vissa akutmottagningar innebär också att introduktionen av nyanställda sjuksköterskor blir lidande. Detta eftersom handledarna i vissa fall knappt har hunnit bli inskolade själva.

Vid femton av arton akutmottagningar anges att det finns introduktionsprogram även om de inte alltid fungerar optimalt. Introduktionsprogrammen innebär i regel att nyanställda sjuksköterskor går dubbelt med en mer erfaren kollega på akutmottagningen. Det finns också vanligtvis checklistor som stöd under introduktionen och avstämning görs av handledare och chef efter avslutad introduktion. Vid de tre akutmottagningar där det inte, vid inspektionstillfället, fanns introduktionsprogram anges att dessa har havererat men att man avser att införa introduktionen igen.

## Bemanning och kompetens bland läkare

Av tillsynen går det att konstatera att läkarbemanningen på akutmottagningarna är olika organiserad, såväl under dygnet på den enskilda akutmottagningen som mellan kliniker och sjukhus. Ingen av de inspekterade akutmottagningarna har läkare anställda. Ansvar för läkarbemanningen ligger istället på respektive klinik.

I det följande redogörs för vad som har framkommit av tillsynen när det handlar om kompetens och bemanning bland läkare inom medicin respektive kirurgi. Även tillgänglighet gällande anestesi och röntgen belyses. Övergripande är det främst följande områden där de intervjuade anser att det finns förbättringsbehov:

- ⊗ bemanning av läkare inom medicin och kirurgi
- ⊗ närvaro av medicinsk och kirurgisk kompetens
- ⊗ tillgänglighet till bakjouren
- ⊗ tillgänglighet till röntgen

## Otillräcklig bemanning av läkare

”Det är inte tillräcklig bemanning under helger efter att dagjouren har gått hem vid fem-tiden. När det är mycket på akutmottagningen och på avdelningarna samtidigt är det också svårt. Detta gäller oftast söndagkvällar – då är det fullt i huset och mycket på akuten.”  
Legitimerad läkare

Vid hälften av akutmottagningarna i länen är uppfattningen bland de intervjuade att bemanningen inte är tillräcklig vad gäller läkare inom medicin. Motsvarande uppfattning om kirurgiska kliniker är att endast tre av femton uppfyller en tillfredsställande grad av bemanning. Vid flera akutmottagningar är det framförallt under helger och nätter som bemanningen inte upplevs tillräcklig. Otillräcklig bemanning i förhållandet till behovet av arbetsinsats leder till att bakjouren blir hårt belastad dessa tider. Dessutom blir det långa väntetider för patienterna på akutmottagningen.

Många gånger innebär otillräcklig bemanning av legitimerade läkare och specialister vid akutmottagningen att icke-legitimerade läkare arbetar där ensamma. Bristande tillgång på läkare innebär också att man i relativt hög grad använder sig av hyrläkare.

Det är inte helt enkelt att få en tydlig uppfattning om läkarbemanningen genom att enbart granska schemaläggningen. Bemanningen enligt journalscheman kan se ut på ett sätt, ofta med en mix av icke-legitimerade läkare, legitimerade underläkare och specialister. Den *faktiska* tillgängligheten och närvaron på akutmottagningen kan dock se ut på ett annat sätt på grund av vilka andra arbetsuppgifter som de olika jourläkarna har. I intervjuerna bekräftas att legitimerade läkare många gånger har andra arbetsuppgifter som de ska utföra parallellt med arbetet på akutmottagningen. Det kan handla om att de går ronder på vårdavdelningarna, genomför operationer, konsultationer på andra kliniker eller arbete på den egna kliniken.

Av tabellen nedan framgår vad de intervjuade anser om bemanningen av läkare inom medicin och kirurgi vid de granskade akutmottagningarna.

Tabell 2: Antal akutmottagningar där bemanningen anses vara tillräcklig eller otillräcklig utifrån respektive specialitet: medicin och kirurgi

Klinik	Bemanning tillräcklig	Bemanning inte tillräcklig	Antal akutmottagningar
Medicin	9	9	18
Kirurgi	3	12	15

Källa: IVO

Intressant i sammanhanget är att det i några fall finns tydliga skillnader mellan personalens och ledningens uppfattning om huruvida bemanningen vid akut-



### **Lex Maria-ärende 2013**

Anmälan rör en 71-årig patient som inkommer till akutmottagningen pga. smärtor i buken. Sjuksköterska sorterar patienten till kirurgen och triagerar orange nivå, vilket innebär att patienten ska undersökas av läkare inom 20 minuter. Ansvarig kirurgläkare bestämmer att patienten ska bedömas av medicinjouren innan undersökning av kirurgen. Kirurgläkaren gör även en nedprioritering till gul nivå, vilket innebär att patienten ska undersökas av läkare inom två timmar och att man varannan timme ska kontrollera vitalparametrar. Drygt fyra timmar senare undersöks patienten av medicinjouren. Inga kontroller av vitalparametrar finns då angivna. Patienten är mycket trött och somnar flera gånger. Patienten svarar inte heller adekvat på frågor. Patienten återremitteras till kirurgen och två timmar senare nedtriageras patienten till grön nivå (i enlighet med rutin som gäller då patienten blivit undersökt av läkare). Två timmar senare hittas patienten medvetlös av en sjuksköterska. Det konstateras att patienten har tarmperforation med peritonit och sepsis. Natten efter operation försämras patientens tillstånd och påföljande dag avlider hen till följd av multiorgansvikt.

**Av vårdgivarens identifierade orsaker till händelse anges bland annat hög arbetsbelastning och brister i samverkan mellan de berörda klinikerna. Kirurgen har heller inte följt gällande rutiner för undersökning, dokumentation och remissförfarande.**

mottagningen är tillräcklig eller inte. Verksamhetschefer vid vissa sjukhus anser i högre grad än undersköterskor, sjuksköterskor och läkare att bemanningen är tillräcklig.

Vid akutmottagningar där bemanningen främst utgörs av icke-legitimerade läkare är bakjouren ofta hårdare belastad än vid andra akutmottagningar. Detta eftersom det är vanligare att icke-legitimerade läkare måste konsultera bakjouren oftare.

Otillräcklig bemanning leder till hög stressnivå och i flera intervjuer anger läkarna att det är svårt att hinna med administrativt arbete på akutmottagningen, de hinner knappt diktera. Detta innebär att de ofta arbetar övertid. Det är inte heller ovanligt att läkarna arbetar 24-timmarspass.

### **Låg närvaro av medicinsk och kirurgisk specialistkompetens**

*”AT-läkarna är för oerfarna. Det är för högt tryck och svårt att hantera situationen med många sjuka patienter.” Sjuksköterska*

Vid knappt hälften av klinikerna för medicin anger de intervjuade att kompetens och erfarenhet inte är tillräcklig för att god och säker vård ska kunna ges patienterna. Motsvarande för kirurgiska kliniker var drygt hälften.

Att det vid vissa kliniker periodvis råder en allmän brist på legitimerade läkare och läkare med specialistkompetens har lett till att icke-legitimerade läkare många gånger får ta ett för stort ansvar i förhållande till deras kompetens och erfarenhet. Inte sällan är de icke-legitimerade läkarna ensamma på akutmottagningen, utan någon närvaro av legitimerade läkare eller läkare med specialistkompetens. Erfarna läkare finns dock alltid tillgängliga via telefon. På grund av en brist på egna anställda legitimerade läkare förekommer det att klinikerna bemannar jourlinjer med hyrläkare, vilka inte alltid känner till verksamheten på akutmottagningarna/sjukhusen.

Av tabellen nedan framgår hur majoriteten av de intervjuade svarat på frågan om kompetens och erfarenhet bland läkare inom medicin och kirurgi vid akutmottagningen.

Tabell 3: Antal akutmottagningar där kompetens och erfarenhet anses vara tillräcklig eller otillräcklig utifrån respektive specialitet: medicin och kirurgi

Klinik	Kompetens och erfarenhet tillräcklig	Kompetens och erfarenhet <i>inte</i> tillräcklig	Antal akutmottagningar
Medicin	11	7	18
Kirurgi	6	9	15

Källa: IVO

Några medicin- och kirurgkliniker bemannar akutmottagningen med ledningsläkare (specialistkompetent läkare) som inte har några andra arbetsuppgifter än att leda och stödja verksamheten på akutmottagningen. Detta förekommer i stort sett bara vardagar under dagtid, men uppfattades som mycket positivt.

IVO konstaterar i flera tillsynsbeslut att situationen vid många akutmottagningar är sårbar under delar av dygnet. Detta gäller särskilt vid besökstoppar då oerfarna läkare och sjuksköterskor är i tjänst och de mer erfarna läkarna är upptagna med andra uppdrag och endast tillgängliga vid telefon. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>9</sup> ska vårdgivaren utöva egenkontroll för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Det finns variationer i hur patientsäkerheten på akutmottagningarna, utifrån bemanning och kompetens, uppfattas. IVO anser därför att det är angeläget att vårdgivaren kontinuerligt följer detta.

### Bakjouren fungerar inte alltid tillfredsställande

*”AT-läkarna har rent tekniskt alltid tillgång till bakjouren, men det har varit svårt att få kirurgerna att hålla sig till sökarna och söknummer. En del svarar alltid på sökaren medan andra aldrig svarar.”* AT-läkare

Uppfattningen om kompetensbrister kan också härledas till att bakjouren inte fungerar tillfredsställande. Det kan då handla om att bakjouren inte är bemannad med rätt kompetens eller att den brister vad gäller tillgänglighet. Vid flera kliniker saknas fast anställda bakjourskompetenta läkare, vilket leder till en högre belastning för de fast anställda och att man tar in hyrläkare.

Endast hälften av akutmottagningarna har skriftliga riktlinjer för bakjoursarbetet. I de allra flesta fall finns bakjouren tillgänglig på sjukhuset under dagen och i hemmet på natten, men bakjouren är ofta upptagen av annat arbete exempelvis rondarbete och operationer.

<sup>9</sup> SOSFS 2011:9

Om man ser till inställetid har samtliga kliniker som målsättning att bakjouren ska kunna inställa sig på akutmottagningen inom 30 minuter, men det är inte alltid som det är möjligt. I vissa fall har den som är bakjour sitt rum på sjukhuset. Detta innebär mindre stress för alla enligt de intervjuade.

Identifierade brister utifrån bakjourns arbetet kan också vara individrelaterad, dvs. att den som är bakjour inte är tillgänglig i tillräckligt hög grad. Personalen vid akutmottagningen känner då att de "stör" och vågar inte ringa till bakjouren. Flera icke-legitimerade läkare beskriver vidare att de aldrig har varit med om att bakjouren kommit till akutmottagningen spontant och att "bakjouren går rond och hjälper inte till på akutmottagningen". Det händer också att bakjouren opererar. Samtidigt finns det bakjourer som noga understryker vikten av att icke-legitimerade läkare ringer in högre kompetens vid behov och anser att detta sker för sällan. För att ge en god och säker vård anser IVO att legitimerade läkare ska ha det formella ansvaret för patientens vård och behandling.

### Begränsad tillgång till röntgen under jourtid försvårar arbetet

*"Anestesi fungerar bra, men röntgen har en hemsk tillgänglighet. De har begränsade öppettider på helgerna och stänger när akutmottagningen har som mest att göra. Både patienter och ambulansen väljer att köra till ett angränsande sjukhus eftersom vi inte har röntgen dessa tider."*  
Verksamhetschef

På frågan i vilken utsträckning anestesi-respektive röntgenläkare är tillgängliga framgår det tydligt att anestesi-jouren fungerar bra för samtliga akutmottagningar. Det finns däremot mycket synpunkter vad gäller röntgenjourens tillgänglighet. Det är endast vid ett fåtal akutmottagningar som majoriteten av de intervjuade har uppfattningen att det fungerar bra. Det är framförallt följande synpunkter på röntgen som lyfts fram i intervjuerna:

- ⊗ Patienter får vänta till dagen efter för att röntgen inte är tillgänglig nattetid
- ⊗ Patienter får vänta onödigt länge på grund av långa köer till röntgen
- ⊗ Det saknas riktlinjer (eller så är de inte kända) för vad som kan röntgas under jourtid
- ⊗ De måste värdera patientens röntgenbehov mot risken att transportera patienten till ett sjukhus med tillgänglig röntgen
- ⊗ AT-läkare har svårare än ST-läkare att få gehör för röntgenbehov under jourtid
- ⊗ Det är radiologen som bestämmer vad som ska röntgas
- ⊗ Det blir diskussioner om vad som ska röntgas under jourtid
- ⊗ Patienter måste läggas in i väntan på röntgen

- ⦿ Långa väntetider för att få svar från röntgen
- ⦿ Röntgens utveckling har stått still i förhållande till klinikernas behov

På samtliga sjukhus finns röntgenjour och personal närvarande på sjukhuset till en viss tid på kvällen. På de sjukhus som inte har närvarande röntgenjour natttid måste jourhavande radiolog kontaktas, antingen i hemmet eller i Sydney via Tele Medicin Clinic (TMC). Den jourhavande radiologen avgör om röntgen ska utföras. Många gånger kan det bli diskussioner om vad som ska röntgas akut natttid.

IVO anser att vårdgivarna bör genomföra en riskanalys vid de sjukhus där det finns bristande tillgänglighet till röntgen.

## Läkarnas allmäntjänstgöring

Läkarutbildningen består av 5,5 års grundutbildning varefter examensbevis utfärdas. Därefter ska allmäntjänstgöring genomföras i minst 18 månader, varav stor del är förlagd på akutmottagningen. Fullgjord och godkänd allmäntjänstgöring är ett krav för att kunna få läkarlegitimation.

Enligt IVO:s bedömning är de allmäntjänstgörande läkarnas (AT-läkare) placering på akutmottagningarna i de flesta fall välfungerande. Det finns dock några förbättringsområden:

- ⦿ introduktion i arbetet på akutmottagningen
- ⦿ strukturerad klinisk handledning och strukturerad uppföljning
- ⦿ riktlinjer för självständigt arbete på akutmottagningen

## Introduktionsprogram behöver utvecklas på vissa akutmottagningar

*”Det finns en kultur inom läkarkåren att de förväntas ta eget ansvar snabbt, vilket är en skillnad mot sjuksköterskorna som får en relativt lång inskolning.”* Legitimerad läkare

Vårdgivarna har övergripande program för introduktion av AT-läkare. Dessa innebär i regel att AT-läkaren får ta del av olika PM. Det ges också föreläsningar och praktiska genomgångar. Vid introduktion på kliniknivå får AT-läkaren många gånger gå bredvid en legitimerad läkare. Samtliga intervjuade AT-läkare anger att de har gått ett introduktionsprogram. Vid flera intervjuer framkommer dock att AT-läkarna saknar en introduktion i hur arbetet som helhet går till på akutmottagningen. De upplever att det är deras eget ansvar att ta reda på hur arbetet på akutmottagningen är organiserat och vilka rutiner som gäller.

Vid några akutmottagningar anges också att det finns stora förbättringsbehov vad gäller den givna introduktionen. Vid ett sjukhus framkommer exempelvis att den

teoretiska delen fungerar bra för AT-läkare inom såväl medicin som kirurgi, men att den praktiska delen har fallerat. Det innebär bland annat att undervisning i A-HLR (Avancerad hjärt- och lungräddning) har fallit bort, ingen har tid att gå igenom AT-läkarnas checklistor och att endast hälften av AT-läkarna får gå bredvid en legitimerad läkare. Vid samma sjukhus upplever AT-läkarna att de blir ”ordinarie” direkt, vilket även framkommer vid andra sjukhus. Det ges heller inte i någon större utsträckning uppföljning efter AT-läkarens arbetspass.

I några fall påtalas skillnader vad gäller introduktionen som AT-läkare får inom medicin- respektive kirurgi. Vissa kliniker avsätter personal för AT-läkarnas introduktion medan andra inte gör det. På en medicinklinik har de exempelvis en legitimerad läkare som arbetar 25 procent av sin arbetstid med att ansvara för AT-läkarnas tjänstgöring. Av intervjuerna framgår att AT-läkarna vid denna akutmottagning anser att introduktionen inom medicin fungerar bättre än inom kirurgi, som inte har personal avsatt för AT-läkarnas tjänstgöring. En AT-läkare inom kirurgi beskriver hur hen varit helt ensam på akutmottagningen under sin introduktionsvecka. Den legitimerade läkaren, som skulle gå bredvid AT-läkaren, var inte tillgänglig på grund av operationer.

IVO anser att det är nödvändigt att utveckla en tydlig introduktion i det samlade arbetet på akutmottagningen samt strukturerade rutiner för avstämning under introduktionen.

### Få AT-läkare får strukturerad klinisk handledning och uppföljning

*”Hur handledningen fungerar är väldigt personbundet. Handledarna verkar inte alltid veta vad som förväntas av dem. Vissa av oss träffar sin handledare på avsatt tid nästan varje vecka medan andra nästan aldrig träffar sin handledare.” AT-läkare*

Som en del av AT-läkarnas tjänstgöring ska strukturerad klinisk handledning tillhandahållas.<sup>10</sup> Endast ett fåtal av de intervjuade anser dock att detta förekommer under AT-läkarnas placering vid akutmottagningen. Handledningen beskrivs ofta som mer spontan än strukturerad. Den kan ges på förekommen anledning i ”situationen”, i det enskilda patientfallet och vid behov. AT-läkarna beskriver att det är upp till dem själva om de får handledning eller inte. Vid ett flertal tillfällen anges också att graden av handledning är beroende av vem som är handledare.

Vid en akutmottagning beskriver AT-läkarna att de endast får ett handledarmöte i slutet av placeringen, vilket har lett till att de framfört kritik till verksamhetsledningen. Vid en annan akutmottagning beskriver AT-läkarna hur de har regelbundna handledarmöten för att gå igenom vissa fall och diagnoser som kan

<sup>10</sup> SOSFS 1999:5

### **Lex Maria-ärende 2014**

*En man, som behandlas för diabetes och tidigare har genomgått en hjärtinfarkt, inkommer till akutmottagningen med ambulans efter ett fall från en stege. Patienten undersöks av AT-läkare som diagnostiserar en högersidig klavikelfraktur och två revbensfrakturer utan dislokation eller pneumothrax. Patienten läggs in för smärtlindring som ortopedpatient med planerad hemgång påföljande dag. Patienten är smärtpåverkad, kortandad och svår-mobiliserad och efter tredje dygnet övertas vårdansvaret av kirurgläkare. Under de påföljande dagarna försämras patientens hälsotillstånd. Under det sjätte dygnet tillkallas jourhavande läkare och patienten flyttas till intensivvårdsavdelningen där lågt blodtryck, acidosis och anuri med njursvikt konstateras. Efter dialys och rehabilitering kan patienten återvända till hemmet.*

*Av vårdgivarens identifierade orsaker till händelsen framgår att det var en katastrofal åtgärd att enbart ge smärtlindring. Detta eftersom patienten sannolikt hade muskelcellskada vilket bidrog till utvecklad njurinsufficiens. Inga prover för detta togs och läkarens undersökning dokumenterades inte i journalen på flera dagar.*

*I IVO:s beslut betonas bland annat att AT-läkare inte ska handlägga traumafall självständigt och att klinisk tjänstgöring ska ske under handledning.*

förväntas vara aktuella för behandling på akutmottagningen. Efter vård av patient med hjärtstopp har de också alltid en kort genomgång av hur det gick. Vid många akutmottagningar har man också ofta återkommande traumaövningar.

Av föreskrifterna<sup>11</sup> framgår att AT-läkaren ska ha en specialistkompetent läkare som personlig handledare under varje tjänstgöringsavsnitt. Handledningen ska dessutom fullgöras av annan befattningshavare med ett övergripande ansvar för AT-läkarens sammanhållna kompetensutveckling. Så snart som möjligt efter AT-läkarens anställning ska huvudhandledaren i samråd med AT-läkaren utforma en individuell skriftlig handlednings- och tjänstgöringsplan. AT-läkaren ska beredas möjlighet att tillsammans med den personliga handledaren och huvudhandledaren utvärdera sin tjänstgöring.

När det gäller strukturerad och organiserad uppföljning av AT-läkarnas tjänstgöring följer den ungefär samma mönster som strukturerad klinisk handledning. De flesta AT-läkare anser att uppföljningen inte är strukturerad och organiserad, att graden av uppföljning beror på vem som är handledare och att den kan förbättras.

I sammanhanget kan noteras att det inte är ovanligt att det råder delade meningar mellan intervjugrupperna om huruvida AT-läkarna under sin tjänstgöring ges strukturerad klinisk handledning samt strukturerad och organiserad uppföljning eller inte. Legitimerade läkare och verksamhetsledning anser i högre grad än AT-läkarna själva att handledning och uppföljning fungerar tillfredsställande. Många AT-läkare anser att det finns tydliga förbättringsbehov avseende såväl handledning som uppföljning under tjänstgöringsperioden vid akutmottagningen.

Sammantaget är IVO:s bedömning att det finns förbättringsbehov gällande strukturerad och organiserad klinisk handledning och uppföljning under AT-läkarnas tjänstgöring på akutmottagningarna.

<sup>11</sup> SOSFS 1999:5

## Riktlinjer för självständigt arbete är bristfälliga

*”Vad man ska göra vet man, men det finns ingen nedskrivna rutin. Tanken finns att rapportera alla patienter som går hem, men det görs inte alltid. Eventuellt finns det rutiner för trombolysbehandling av strokepatienter och för inläggning generellt av patienter. Men det är lite upp till var och en att man vet.” AT-läkare*

Knappt hälften av akutmottagningarna har skriftliga riktlinjer med begränsningar för självständigt arbete på akutmottagningen bland icke-legitimerade läkare<sup>12</sup>. De begränsningar som finns kan handla om *när* bakjour ska kontaktas till exempel vid handläggning av strokepatienter och traumafall, eller att icke-legitimerade läkare inte får skicka hem eller lägga in en patient utan att konsultera högre medicinsk kompetens. På en akutmottagning finns en underläkarhandbok där det anges vid olika sjukdomstillstånd bakjour ska kontaktas. Några kliniker har valt att inte låta icke-legitimerade läkare arbeta nattetid på akutmottagningen, vilket uppfattas positivt av många. Vanligt är dock att icke-legitimerade läkare deltar i samtliga arbetspass.

Vid vissa akutmottagningar anger verksamhetsledningen att det finns skriftliga riktlinjer medan icke-legitimerade läkare vid samma akutmottagning inte anser att det finns. Många gånger framhåller även de intervjuade att det finns rutiner, men att de inte är nedskrivna.

Före eller under pågående allmäntjänstgöring kan läkaren inte förväntas ha uppnått de mål som är ställda som krav vid avslutad allmäntjänstgöring. Det är först *efter* fullgjord allmäntjänstgöring som läkarna kan behärska diagnostik och principerna för terapi vid de vanligaste sjukdomstillstånden.<sup>13</sup> Det är också då som de på egen hand förväntas kunna handlägga livshotande akuta tillstånd, korrekt kunna rapportera akut sjuka patienter till bakjour och mottagande enheter samt vara väl förtrogna med rutinerna i kliniskt arbete, behärska anamnesupptagning, somatiskt status, receptförskrivning och remitteringsförfarande.

IVO anser att läkare under pågående allmäntjänstgöring inte ska ha formellt ansvar för patienters vård och behandling. Vårdgivarna måste därför organisera verksamheten på ett sätt som möjliggör att legitimerade läkare kan ta det formella ansvaret för patienterna på akutmottagningarna.

<sup>12</sup> I detta avsnitt skriver vi ”icke-legitimerade” läkare eftersom resonemangen inkluderar AT-läkare och vikarierande underläkare före AT-tjänstgöring.

<sup>13</sup> SOSFS 1999:5

### **Lex Maria-ärende 2014**

Händelsen rör en patient som på natten kommer med ambulans till akutmottagningen p.g.a. bröstsmärta. Patienten får träffa kardiologjour och bedöms vara i riskzonen för hjärtinfarkt. Kardiologjour tar beslut om att lägga in patienten, men p.g.a. vårdplatsbrist på hjärtintensiv blir patienten kvar på akutmottagningen för observation och nya prover.

De nya proverna visar på förhöjda värden. Ingen läkare noterar dock detta. Patienten uppger att han vill gå hem frivilligt då han blir stressad av miljön på akutmottagningen. Trots att sjuksköterskan påpekar att hans hjärtprov är förhöjt väljer patienten att gå hem. Sjuksköterskan kontaktar inte läkare innan patienten får gå hem och ingen läkare kontaktar ansvarig sjuksköterska på akuten för att följa upp provsvaren. Patienten får gå hem.

När kardiologläkaren, som ordinerat proverna, kontratsignerar dessa på kvällen noteras det förhöjda provsvaret och att patienten gått hem. Patienten rings in akut och läggs in. Patienten genomgår följande dag kranskärslsröntgen och PCI (ballongvidgning). Patienten har inte tagit någon bestående skada, men händelsen anses mycket allvarlig p.g.a. fördröjd diagnos och behandling av ett potentiellt livshotande tillstånd.

**Vårdgivarens åtgärdsförslag efter inträffad händelse handlar bland annat om att revidera rutiner för när patienter väljer att lämna vården och åtgärder för att säkra tillgången av vårdplatser.**

## Övriga patientsäkerhetsrisker

Förutom brister vad gäller kompetens, bemanning och hög arbetsbelastning har andra patientsäkerhetsrisker påtalats. Flera av bristerna är sammanbundna med varandra eftersom den ena bristen kan leda till den andra. Ett ökat patientflöde kan exempelvis bidra till att lokalerna blir otillräckliga då det saknas undersökningsrum och utrustning för övervakning. De risker som framhålls vid samtliga akutmottagningar är:

- ⊗ vårdplatsbrist
- ⊗ otillräckliga lokaler
- ⊗ ”fel patienter”
- ⊗ olika journalsystem

De tre första riskerna beror framförallt på ett ökat antal patienter. Det kan konstateras att det råder en samstämmighet bland de intervjuade oavsett yrkesgrupp, kliniktillhörighet eller län. IVO konstaterar därmed att det borde finnas goda förutsättningar för förbättring.

### Vårdplatsbrist

*”Vårdplatsbristen innebär att svårt sjuka patienter blir liggande på akutmottagningen. Personalen är jätteduktig, men det finns ingen chans för dem att hålla koll. Patienter kan ligga upp till 24 timmar i väntan på en vårdplats.” AT-läkare*

Bristen på vårdplatser medför att patienter skickas hem eller väljer att åka hem utan att ha utretts i önskad omfattning, vilket kan innebära en ökad risk för den enskilde patienten. Bristen på vårdplatser innebär även att patienter som ska läggas in kan bli kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats. Detta ställer ökade krav på att akutmottagningen ska kunna påbörja behandling, men även krav på omvårdnad.

En annan effekt är längre väntetider. Eftersom patienter inte kan läggas in för observation måste fler och mer omfattande utredningar av patienter göras på akutmottagningen.



## Bristande lokaler

*”Vi har dåliga lokaler, med få undersökningsrum. Det ligger folk överallt. Patienter skyfflas runt och ligger i korridoren. Det är en vidrig miljö”* AT-läkare

Många anser att akutmottagningarnas lokaler och det ökade patientflödet är tydliga patientsäkerhetsrisker. Lokalerna på majoriteten av akutmottagningarna upplevs inte vara anpassade för det ökade antalet patienter. På grund av det höga patientflödet, men även bristen på tillgänglig kompetens, får många patienter vänta länge innan bedömning, vilket ställer ökade krav på lokalernas utformning. Det påtalas att det på flera akutmottagningar är för få rum med möjlighet till övervakning. Många gånger saknas även tillräcklig tillgång på undersökningsrum. Lågprioriterade patienter placeras i väntrum och angränsande lokaler, något som upplevs öka risken för att missa försämringar i patienternas allmäntillstånd och därmed behovet av omtriagering.

## ”Fel patienter” till akutmottagningen

*”Kompetensen vattnas ur av alla icke-akuta patienter. Personalen får inte träning på svårt sjuka patienter och man får svårare att prioritera vilka som är svårt sjuka, sjuksköterskorna blir otrygga.”* Verksamhetschef

Det finns en genomgående uppfattning om att en ökad andel patienter som söker vård på akutmottagningen egentligen skulle söka sig till primärvården. Som det ser ut i dag innebär detta patientsäkerhetsrisker då det resulterar i långa väntetider för de som söker vård på akutmottagningen. Det finns även de som anser att det är en patientsäkerhetsrisk utifrån att kompetensen urvattnas när personalen på akutmottagningen ska ta hand om och handlägga patienter med ett vårdbehov som inte motsvarar akutmottagningens specifika kompetens på akuta patienter. Vid ett sjukhus har man inrättat en distriktsläkarjour under vissa delar av dygnet, vilket har minskat patientflödet till medicin- och kirurgakuten med ungefär 30 procent.

## Bristande journalsystem

*”Det är olika journalsystem inom slutenvård och primärvård. Detta innebär att läkemedelslistor inte alltid finns med och ändringar som inte syns skapar oklarhet i både journal-dokumentation och i läkemedelslistor.”* AT-läkare

Utöver nämnda risker lyfts även det faktum att det idag är olika journalsystem (inklusive läkemedelsmoduler) i primärvård och slutenvård, men också hos olika vårdgivare. Det medför svårigheter att vara uppdaterad och att få en rättvis helhetsbild av en patient som sökt vård och eventuellt behandlats tidigare. I vissa län är det en ökad patienttillströmning från angränsande län vilket innebär en ökad risk för att viktig information inte framkommer.

# Vårdgivarens patientsäkerhetsarbete

---

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.<sup>14</sup> I Socialstyrelsens föreskrifter<sup>15</sup> förtydligas att vårdgivaren ska bedriva ett *systematiskt* förbättringsarbete. Arbetet omfattas av riskanalyser och egenkontroller samt att utreda klagomål och synpunkter samt använda informationen för att förbättra processer och rutiner i verksamheten. Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheternas kvalitet. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

IVO har i samband med tillsyn tagit del av vårdgivarnas aktuella patientsäkerhetsberättelser.<sup>16</sup> I dessa ska vårdgivaren ange hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits det senaste året, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Berättelsen ska dels vara ett instrument för att ge vårdgivaren bättre kontroll över patientsäkerhetsarbetet och dels för att informera om arbetet till patienter, allmänhet och andra vårdgivare. Vården ska präglas av en god patientsäkerhetskultur, vilket omfattar förhållningssätt och attityder, hos individer och grupper inom en vårdenhet, som har betydelse för patientsäkerheten.

Av tillsynen framkommer framförallt följande iakttagelser:

- ⊗ låg kunskap om och utbildning inom patientsäkerhetsarbete bland personalen
- ⊗ omogen avvikelserapportering
- ⊗ tveksam effekt av detaljstyrt patientsäkerhetsarbete
- ⊗ patientsäkerhetskulturen bör utvecklas

I detta kapitel redovisas resultaten från de delar av tillsynen som berör vårdgivarnas övergripande arbete med patientsäkerhet. Frågorna kring patientsäkerhetsarbetet rör de intervjuades kännedom om och delaktighet i vårdgivarens systematiska arbete och är delvis en uppföljning av tidigare genomförd tillsyn (2008-2011).

---

<sup>14</sup> 6 kap. 4§ PSL

<sup>15</sup> SOSFS 2011:9

<sup>16</sup> Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystemet som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt SOSFS 2011:9. Berättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhetsarbete. Exempel på resultat kan vara att antalet fallskador eller vårdrelaterade infektioner har minskat, att vårdgivaren har förändrat rutiner så att de blir lättare att följa, att man skapat utbildnings- och träningsmöjligheter eller infört nya tekniska stödsystem.

## Låg kunskap och utbildning i patientsäkerhetsarbete

”Utvalda personer har fått utbildning. Sköterskorna och läkarna har inte fått någon specifik utbildning.” Sjuksköterska

En rådande uppfattning bland de intervjuade är att arbetet på akutmottagningar genomsyras av patientsäkerhet, de menar att det är ett förhållningssätt och en inställning. Samtidigt visar tillsynen att det endast är en tredjedel av de intervjuade som anger att de har fått någon form av utbildning inom patientsäkerhetsarbete, undantaget verksamhetscheferna där majoriteten har utbildning.

Tabell 4: Fördelning av utbildningar inom patientsäkerhetsarbete bland de intervjuade på akutmottagningarna (AKM)

Yrkeskategori	Ingen	Ett fåtal	Minst hälften	Samtliga	Totalt antal AKM
AT-läkare	8	4	3	3	18
ST/SSK/USK*	10	1	6	1	18
Specialistläkare	11	1	4	2	18
Verksamhetschefer	1	2	2	13	18

Källa: IVO (\*ST= ST-läkare, SSK = sjuksköterskor, USK = undersköterskor)

De utbildningar som arbetsgivaren erbjudit är framförallt utbildningar eller introduktioner i avvikelshantering, händelse- och riskanalyser samt ”patientsäkerhetsdagar”. Andra utbildningar som nämns är vårdhygienutbildning.

Flera av AT-läkarna påtalar att utbildning i patientsäkerhet är en del av grundutbildningen och i vissa fall även en del av introduktionsutbildningen. En av AT-läkarna förklarar det som att ”patientsäkerhet går som en röd tråd” genom hela utbildningen.

På en av akutmottagningarna berättar verksamhetscheferna att det finns ett *aktivt* arbete med patientsäkerhet och att det genomförts fyra dagars utbildning för all personal gällande patientsäkerhet. De berättar vidare att patientsäkerhet är en ”aktiv punkt på agendan för ledningsgruppsmötena”.

Vidare är kännedomen om vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser, som är en del av ledningssystemet och som ska vara ett sätt att informera om arbetet med patientsäkerhet, generellt sett låg bland samtliga, undantaget verksamhetscheferna. Några av verksamhetscheferna berättar att de är delaktiga i framtagandet av patientsäkerhetsberättelserna. Vid två tredjedelar av akutmottagningarna känner samtliga intervjuade verksamhetschefer till patientsäkerhetsberättelserna. Samtidigt känner endast ett fåtal av AT-läkarna till landstingets patientsäkerhetsberättelse.

## Omogen avvikelserapportering

*”Avvikelseberättelsen är tyvärr mycket brus av ”bara” klagomål mot andra.”*  
Specialistläkare (bakjour)

Av tillsynen framkommer att det finns en omognad gällande rapporteringen av avvikelser. Många av de intervjuade beskriver hur avvikelser används för att rapportera andras misstag och att de inte återkopplas i tillräcklig omfattning samt att rapporteringen saknar systematik och uppföljning.

Majoriteten av de som intervjuats, oavsett yrkeskategori, har rapporterat minst en avvikelse, undantaget AT-läkare där betydligt färre rapporterat in avvikelser. Att AT-läkare inte rapporterar in avvikelser kan förklaras dels med att de uppmanas att gå via sina handledare i de fall det har skett en avvikelse, dels att de inte alltid kan avvikelshanteringssystemet.

Bilden av hanteringen av avvikelser är dyster, då många av de intervjuade uttrycker att det handlar om att påtala fel och brister hos varandra snarare än att bidra till förbättringar i verksamheten. I intervjuerna beskriver man avvikelserapporteringen som en form av ”pajkastning” och att de ofta görs när man är irriterad på någon annan och anser att vederbörande har gjort fel. Detta illustreras av att en av de intervjuade uttrycker att hen fick en avvikelse ”mot sig”.

Vidare menar flera att det endast är en liten andel av mängden avvikelser som är relevant. Det förklaras bland annat av att avvikelserapporteringen måste lyftas till en annan nivå och att den idag används felaktigt. En av de intervjuade förklarar det utifrån att allvarliga händelser i verksamheten rapporteras och hanteras på samma vis som exempelvis en avvikelse rörande arbetsplagg där byxbenen anses för korta.

Avvikelshanteringen behöver bli mer differentierad. I nuläget upplevs att alla typer av avvikelser blandas oavsett dignitet, vilket medför svårigheter att genomföra relevanta analyser av dem. Det innebär även en svårighet att sortera ut avvikelser som grundar sig i brister kring ledningssystem och följsamheten till detta. Det handlar, enligt flera, om en omognad och ovana inom verksamheterna att arbeta systematiskt med avvikelserapportering. Vidare kan det konstateras att det framförallt är verksamhetschefer och specialistläkare som är delaktiga i de utredningar som görs av inrapporterade avvikelser. På två tredjedelar av akutmottagningarna har ingen av de intervjuade AT-läkarna deltagit i någon utredning av avvikelser, vilket kan bero på att AT-läkare rapporterar få avvikelser. Att få avvikelser leder till en utredning kan förklaras utifrån att det är många avvikelser som handlar om klagomål på kollegor snarare än identifierade brister och avvikande händelser.

Tabell 5: Delaktighet i utredningar av avvikelser utifrån yrkeskategori på akutmottagningarna (AKM)

Yrkeskategori	Ingen	Ett fåtal	Minst hälften	Samtliga	Totalt antal AKM
AT-läkare	12	3	3	0	18
ST/SSK/USK*	5	7	4	2	18
Specialistläkare	3	0	4	11	18
Verksamhetschefer	0	0	3	15	18

Källa: IVO (\*ST= ST-läkare, SSK = sjuksköterskor, USK = undersköterskor)

Vidare önskar fler att återkopplingen blir bättre. Idag upplevs det som att man får information om att avvikelser rapporterats och att ärendet avslutas, men inte något därutöver. En av de intervjuade har beslutat sig för att sluta rapportera avvikelser då vederbörande inte upplevde sig ha fått någon som helst återkoppling på de tidigare rapporterade avvikelserna. Hen kunde heller inte se att avvikelser generellt bidragit till förbättringar i verksamheten.

Flera av de intervjuade önskar mer återkoppling som inte bara ger besked om att ärendet är avslutat. Det finns de som beskriver att de får information om rapporterade avvikelser men genomgående efterfrågas mer information om förbättringsåtgärder och beslut utifrån de inrapporterade avvikelserna. Samtidigt kan det konstateras att majoriteten av de intervjuade verksamhetscheferna svarar att de informerar verksamheterna om förbättringsåtgärder och beslut. Information sker ofta på läkarmöten och arbetsplatsträffar (APT). I flera fall är inte AT-läkare närvarande och deltagandet på APT är generellt lågt.

Tabell 6: I vilken utsträckning olika yrkeskategorier ges återkoppling av avvikelser på akutmottagningarna (AKM)

Yrkeskategori	Ingen	Ett fåtal	Minst hälften	Samtliga	Totalt antal AKM
AT-läkare	9	3	4	2	18
ST/SSK/USK*	0	3	8	7	18
Specialistläkare	1	0	4	13	18
Verksamhetschefer **	0	0	4	14	18

Källa: IVO (\*ST= ST-läkare, SSK = sjuksköterskor, USK = undersköterskor)

\*\* Verksamhetschefer är ofta de som ansvarar för återkoppling

## Få deltar i utredningar av klagomål och lex Maria

*”Läkarna får återrapportering på mail och läkarmöten. Vi känner till lex Maria-ärenden, men får ingen särskild information. Ibland kommer det ett mail. Vi har hört talas om att det kommer många klagomål, men vet inte mer. Det görs förändringar av rutiner, men vi vet inte så mycket mer.” Sjuksköterska*

Även när det gäller enskilda klagomål och lex Maria är det framförallt verksamhetschefer och specialistläkare som deltar i utredningar. Av tabellen nedan framgår delaktigheten vad gäller klagomål och/eller lex Maria.

Tabell 7: Delaktighet i utredningar av klagomål och/eller lex Maria utifrån yrkeskategori vid akut-mottagningarna (AKM)

Yrkeskategori	Ingen	Ett fåtal	Minst hälften	Samtliga	Totalt antal AKM
AT-läkare	15	2	0	1	18
ST/SSK/USK*	7	7	3	1	18
Specialistläkare	2	1	3	12	18
Verksamhetschefer	0	0	3	15	18

Källa: IVO (\*ST= ST-läkare, SSK = sjuksköterskor, USK = undersköterskor)

Det uppges att de avvikelser som leder till lex Maria-anmälningar ofta leder fram till förbättringsåtgärder. Majoriteten av de intervjuade kan lyfta fram exempel på förbättringsåtgärder som är sprungna från en lex Maria eller ett enskilt klagomål. I intervjuerna lyfts exempel på förbättringsåtgärder utifrån lex Maria-ärenden och enskilda klagomål.

## Tveksam effekt av detaljstyrning av vårdgivarens patientsäkerhetsarbete

*”Mycket information om resultat från patientsäkerhetsarbetet stannar hos verksamhetschefen.”  
Specialistläkare*

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) enades i en överenskommelse<sup>17</sup> om en prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Syftet var att genom ekonomiska incitament uppmuntra patientsäkerhetsarbetet i landstingen och utgångspunkten var en nollvision när det gällde antalet undvikbara skador, s.k. vårdskador. Överenskommelsen utgick från PSL och omfattade grundkrav och indikatorer inom patientsäkerhet. Ersättningen byggde på att först uppfylla grundkrav och därefter baseras ersättningen på hur väl de olika indikatorerna uppfyllts. IVO har i vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser

<sup>17</sup> Dnr 13/1806

sett att vårdgivarna har arbetat med de områden som omfattas i den nationella patientsäkerhetsstrategin. Samtliga har av Socialstyrelsen<sup>18</sup> bedömts uppfylla grundkraven, där bland annat framtagande av en patientsäkerhetsberättelse<sup>19</sup> och arbete med strukturerad journalgranskning<sup>20</sup> ingår. I intervjuerna ställdes därför frågor om i vilken utsträckning medarbetarna känner till resultaten och är delaktiga i vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete, se tabellen nedan.

Tabell 8: Kännedom om resultat och delaktighet i vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete

Metod	Genomförts	Återkoppling av resultat	Kommentar
Mätning av basala hygienrutiner	Ja	Välkända	
Strukturerad journalgranskning	Delvis	Tveksamt	Ytterst få har varit delaktiga i framtagandet av handlingsplaner utifrån mätningen.
VRI-prevalens	Ja	Delvis	Resultaten från punktprevalensmätningen har flera tagit del av.
Infektionsverktyget	Delvis	Tveksamt	Infektionsverktyget är nytt för flera och därför har de ännu inte kommit i gång med återkoppling av resultat. Upplevs inte som relevant på alla kliniker såsom medicin/hematolog där patienterna behandlas med läkemedel som gör dem infektionskänsliga.
Senior Alert	Delvis	Tveksamt	Används vanligen inte på akutmottagningar. I de fall det används är återkopplingen begränsad enligt läkarna. Upplevs som dubbelregistrering av specialistläkare.
Öppna jämförelser, kvalitetsregister	Ja	Delvis	Resultaten kända bland verksamhetschefer och specialistläkare.
Patientsäkerhets-kulturmätning	Delvis	Tveksamt	Flera chefer kände till att det genomförts. Personalen hade svårt att komma ihåg om de eventuellt svarat på en enkät. Ytterst få, både chefer och personal, hade varit delaktiga i att ta fram eller tagit del av handlingsplaner utifrån resultaten av kulturmätningen.
Patientenkät	Ja	Tveksamt	Flera känner till att det delas ut enkäter men få har fått återkoppling.
Patientsäkerhets-dialog	Delvis	Tveksamt	Fåtal som känner till att det genomförts och ännu färre som sett något resultat. De som deltagit vid en patientsäkerhetsdialog var mycket nöjda och upplevde det som värdefullt.

Källa: IVO

<sup>18</sup>S2013/8790/FS

<sup>19</sup> Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt SOSFS 2011:9. Berättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhetsarbete. Exempel på resultat kan vara att antalet fallskador eller vårdrelaterade infektioner har minskat, att vårdgivaren har förändrat rutiner så att de blir lättare att följa, att man skapat utbildnings- och träningsmöjligheter eller infört nya tekniska stödsystem.

<sup>20</sup> Strukturerad journalgranskning är en etablerad metod för att identifiera skador som oftast inte uppmärksammats på annat sätt.

Det kan konstateras att kännedomen om och delaktigheten i de metoder som ingår i grundkraven för ersättning utifrån överenskommelsen följer samma mönster, dvs verksamhetscheferna har hög kännedom och är delaktiga i arbetet med de olika metoderna medan delaktigheten är betydligt lägre bland övriga yrkeskategorier.

En av de intervjuade specialistläkarna påtalar att ”mycket information om resultat från patientsäkerhetsarbetet stannar hos verksamhetscheferna”. Ytterligare en intervjuad menar att ”avståndet från ledningen till oss på golvet är stort”. Det är även tveksamt om satsningen har haft effekt på de brister som identifierats gällande patientsäkerhetskulturen.

## Patientsäkerhetskulturen behöver utvecklas

*”Man får svar på sin avvikelse, men inte om det lett till någon förbättring. I lex maria har det varit förbättringsåtgärder, något som klinikchefen skrivit, men informationen sprids inte till hela gruppen. Vi får mest statistik, men det är **inget lärande**. På kliniken har vi fått återslag, men de åtgärder som föreslogs fanns ändå inte resurser till.”* Legitimerad läkare

Mot bakgrund av vad som bland annat framkommit avseende synen på avvikelserapportering och stödet av högre kompetens på akutmottagningarna anser IVO att patientsäkerhetskulturen bör utvecklas på samtliga sjukhus. IVO har därför i samtliga landsting begärt in kompletteringar gällande vårdgivarens patientsäkerhetsarbete för att se vilka åtgärder som planeras i syfte att:

- ⤵ öka personalens kännedom om och delaktighet i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- ⤵ utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet

I Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete<sup>21</sup> konstateras att en förutsättning för en förbättrad patientsäkerhet är att det måste finnas en förståelse för hur olika funktioner och verksamheter eller vårdprocesser samverkar. Vidare beskrivs hur misstag inom vården tidigare betraktats som en följd av personalens slarv, bristande uppmärksamhet och liknande. Frågan om varför den enskilde slarvat eller brustit i uppmärksamhet ställdes inte utan det handlade framförallt om att identifiera en ”skyldig”. Detta så kallade ”syndabockstänkande” har dock alltmer ersatts av ett systemtänkande, vilket innebär en insikt om att negativa händelser och tillbud oftast orsakas av exempelvis brister i rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap och organisation.

I tillsynen framkommer det exempel som visar på ett så kallat systemtänkande bland annat utifrån att verksamheterna arbetar med utbildningar i patientsäkerhet

<sup>21</sup> Riskanalys & Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete (2009). Socialstyrelsen.



och i avvikelshantering, men även genom analyser av avvikelser för att kunna identifiera systemfel. Dock finns det fortfarande alltför många exempel på det så kallade "syndabockstänkandet" och då i synnerhet gällande avvikelshantering. Det lyfts alltför många exempel där avvikelserna som rapporteras in handlar om att påtala andras misstag snarare än att identifiera brister. Svaren från intervjuerna tyder på att det finns mer att önska vad gäller arbetet med avvikelser.

Patientsäkerhetsarbete, baserat på ett så kallat MTO-tänkande (Människa-Teknik - Organisation)<sup>22</sup> innebär att systematiskt arbeta med kvalitets- och förbättringsarbete. Att i utredningar av negativa händelser beakta samtliga faktorer som kan ha bidragit till uppkomsten av händelsen. För detta finns en rad metoder och verktyg som till exempel rapportering av avvikelser, journalgranskningar och genomförande av riskanalyser och händelseanalyser åtföljda av effektiva förbättringsåtgärder som följs upp.

Det framgår av intervjuerna att vårdgivarna bedriver patientsäkerhetsarbete, men att det finns utrymme för en systematisering då arbetet inte når genomslag på alla organisatoriska nivåer. Det finns en stor efterfrågan bland de intervjuade om att få bättre och mer återkoppling både gällande avvikelser, lex Maria och enskilda klagomål och gällande flera av de metoder som ingår i de så kallade stimulansbidragen. Många upplever att det idag sker ett antal olika inrapporteringar utan någon återkoppling av resultaten.

Flera verksamhetschefer på akutmottagningarna anser att stimulansbidragen delvis inneburit en felprioritering i arbetet med patientsäkerhet då de inte har upplevs ha någon större effekt på patientsäkerheten, men även då de medfört att annat arbete inom patientsäkerhet fått stå åt sidan.

På ett sjukhus berättar verksamhetschefen för kardiologen att de avsatt tid för läkare att genomföra journalgranskning, något som lett till förbättringar gällande uppföljning av en utpekad patientgrupp på hjärtmottagningen.

---

<sup>22</sup> Ett synsätt som utgår från att orsaker med teknisk, mänsklig eller organisatorisk bakgrund samspelar vid negativa händelser, tillbud eller skador.

# Bilaga 1: Tillvägagångssätt

---

Syftet med rapporten är att belysa hur det står till med akutmottagningarna i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. I rapportens redogörs för tillsynens iakttagelser vad gäller kompetens och bemanning samt vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Även patientsäkerhetsrisker som framkommer av tillsynen redovisas i rapporten.

## Underlag och källor

**IVO:s egeninitierade tillsyn av akutmottagningarna:** Sammanlagt finns sju beslut (ett för respektive län) till grund för rapporten. Besluten inkluderar tillsyn av samtliga sjukhus med akutmottagningar där AT-läkare tjänstgör, vilket innebär 2-3 akutmottagningar per beslut. IVO har valt att fokusera på medicin- och kirurgklinikernas läkarbemanning av akutmottagningen. Samtliga vårdgivare har fått krav på förbättringsåtgärder i besluten från IVO. Detta innebär att vårdgivarna måste visa på vidtagna förbättrings åtgärder innan ärendet avslutas. Vid datum för publicering har IVO avslutat två ärenden medan fem ärenden kommer att avslutas under året.

Som grund för de beslut som har fattats finns strukturerade intervjuer med verksamhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor från akutmottagningen samt verksamhetschefer, AT-, ST- och specialistläkare från medicin- och kirurgklinikerna. I vissa fall deltog även medicinskt ledningsansvariga och/eller läkare inom ortopedi.

Till grund för besluten finns även granskning av sjukhusens jourorganisation inom medicin-, kirurg-, anesthesi- och röntgenklinikerna, dvs. beskrivning av bemanning under dygnet samt kompetenskrav och inställetid för de olika jourerna. Även introduktionsprogram och eventuella begränsningsriktlinjer för AT-läkarnas tjänstgöring på akutmottagningen granskades samt vårdgivarens patientsäkerhetsberättelser.

Efter granskningen av akutmottagningarna har IVO även genomfört muntlig återföring av resultaten till ledande politiker och tjänstemän i respektive landsting. Vid detta tillfälle gavs möjlighet till diskussion. En iakttagelse från dessa tillfällen är att det fanns en hög grad av samsyn gällande de tillsynade områdena.

**Lex Maria-ärenden som beslutats under 2014 och 2015:** Till grund för rapporten finns fem lex Maria-beslut. Dessa berör områden som diskuteras i rapporten och används för att illustrera brister som kan uppkomma på akutmottagningarna.

**Rapporter:** Genomgång av rapporter från andra myndigheter och aktuell forskning.

**Lagstiftning:** 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 3 kap. och 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare (SOSFS 1999:5)

**Diskussioner med sakkunniga vid IVO:** Inspektörerna Lena Gabrielsson, Ann-Sofi Lundgren, Petra Johnson samt enhetschef Peder Karlsson.

### Avgränsningar

Tidsperioden för tillsynen är år 2014. Underlaget består av egeninitierad verksamhetstillsyn som genomförts i projektform vid alla sjukhus som har akutmottagningar som tillhör verksamhetsområdet somatisk specialistsjukvård och där det finns anställda AT-läkare. Tillsynen, som ligger till grund för rapporten, omfattar arton akutmottagningar i Avdelning mitt, d.v.s. i sju län. Granskade områden är patientsäkerhetsarbete, kompetens och bemanning samt patient-säkerhetsrisker. Nedan framgår vilka akutmottagningar som finns i respektive län:

Tabell 9: Översikt av vilka sjukhus i respektive län där tillsyn har genomförts

Län	Akutmottagning vid sjukhus
Dalarna	Avesta, Falu och Mora lasarett
Gävleborg	Hudiksvalls sjukhus och Gävle sjukhus
Sörmland	Nyköpings lasarett, Mälarsjukhuset i Eskilstuna och Kullbergiska sjukhuset i Katrineholm
Värmland	Arvika lasarett, Centralsjukhuset i Karlstad och sjukhuset i Torsby
Västmanland	Sjukhus i Köping och Västerås
Uppsala	Akademiska sjukhuset i Uppsala och lasarettet i Enköping
Örebro	Karlskoga lasarett, Lindesberg lasarett och Universitetssjukhuset i Örebro

Källa: IVO

Tabell 10: Översikt av antal deltagare/inspektion vid respektive län där tillsyn har genomförts

Län	Antal deltagare
Region Örebro	50
Landstinget Sörmland	39
Landstinget i Dalarna	41
Landstinget i Västmanland	36
Landstinget i Gävleborg	29
Landstinget i Uppsala län	30
Landstinget i Värmland	48
Totalt	273

## Innehållsanalys

Materialet har kategoriserats och sammanställts utifrån samma områden som genomförts vid inspektion och som beskrivs i inspektionsbesluten. Vid inspektionerna intervjuades sammanlagt 273 personer och i intervjuformuläret finns såväl fasta som öppna svar. Dessa intervjuer har varit en viktig del i framtagandet av rapporten. Huvudsakliga frågor som i analysen har ställts till materialet är följande:

- ④ *Patientsäkerhetsarbete:* Vad är de främsta bristerna enligt besluten från IVO? Har verksamhetschefer och personal kännedom om och är delaktiga i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete?
- ④ *Kompetens och bemanning:* Vad är de främsta bristerna enligt beslut från IVO? Hur är jourverksamheten på akutmottagningarna organiserad? Hur uppfattas den faktiska bemanningen och kompetensen av chefer och personal? Hur ser sjuksköterskornas arbetssituation ut? Hur fungerar introduktion, klinisk handledning, riktlinjer, stöd och uppföljning för AT-läkarna på akutmottagningarna?
- ④ *Patientsäkerhetsrisker:* Vad är de största patientsäkerhetsriskerna enligt beslut från IVO? Vilka patientsäkerhetsrisker har personal och chefer uppmärksammat inom akutmottagningarnas verksamhet?

Eftersom det ibland är många som har deltagit samtidigt vid intervjuerna och att intervjusvaren oftast är sammanskrivna i underlaget är det inte alltid tydligt vem som anger vad vid respektive fråga. Om det av underlaget framgår att svarsalternativen har varit en blandad grupp av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare anges ofta endast antal för respektive svar. I analyserna av intervjumaterialet har därför majoriteten av svar för nej, ja eller delvis räknats samman utan hänsyn till vem som har svarat vad.

Exempel: om majoriteten av svaren anger ”nej/delvis” på frågan *om kompetens och bemanning är tillräcklig vid akutmottagningen för att bedriva säker och god vård* tolkas det sammanvägda svaret som att kompetens och bemanning är otillräcklig. Om majoriteten däremot anger ”Ja” som svar på frågan tolkas de sammanvägda svaren att kompetens och bemanning är tillräcklig. Det är alltså summan av svarsalternativen som är utgångspunkten för analyserna.

I några fall har det funnits olika uppfattningar om svaren, exempelvis beträffande hur länge majoriteten av sjuksköterskorna har arbetat på akutmottagningarna. Även i dessa fall har flest svar fått vara avgörande för tolkningen.

Hur står det till med våra akutmottagningar? – Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i  
Uppsala/Örebro sjukvårdsregion  
Artikelnr: IVO 2015-76  
Utgiven i juni 2015

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)  
Box 45184, 104 30 Stockholm  
Telefon: 010-788 50 00  
registrator@ivo.se  
www.ivo.se

