

Uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Delrapport april 2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen 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.

ISBN 978-91-7555-063-3
Artikelnr 2013-4-19

Publicering www.socialstyrelsen.se, april 2013

Förord

Sedan hösten 2010 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att utveckla en nationell uppföljning av väntetider och att föreslå kvalitetsindikatorer som syftar till att belysa andra kvalitetsaspekter utöver väntetider vid de sjukhusbundna akutmottagningarna. Myndigheten lämnade en första rapport våren 2011 och har därefter fått ett förnyat uppdrag att arbeta vidare i enlighet med det förslag som lades fram i rapporten. En slutrapport ska lämnas i december 2013. Denna delrapport innehåller en aktuell kartläggning av verksamhet och väntetider vid landets samtliga sjukhusbundna akutmottagningar samt ett förslag till ytterligare kvalitetsindikatorer som myndigheten anser ska ingå i en nationell uppföljning av de sjukhusbundna akutmottagningarna.

I arbetet med denna rapport har Socialstyrelsen haft stor hjälp av en expertgrupp som engagerats särskilt för detta uppdrag. Landstingen har också lämnat viktiga bidrag till utredningen genom de svar som inkommit på den enkät som utgjort grunden för uppföljningen av väntetider och verksamhet.

Rapporten har utarbetats av utredaren Mats Granberg i samarbete med projektledaren Marianne Hanning. Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Uppdraget – bakgrund och genomförande</i>	9
<i>Modell för uppföljning av väntetider vid akutmottagningar</i>	11
<i>Akutsjukvården vid landets sjukhus</i>	13
<i>Förslag på ytterligare kvalitetsindikatorer</i>	29
<i>Vägen framåt</i>	31
<i>Referenser</i>	35
<i>Bilaga 1. Projektorganisation</i>	37
<i>Bilaga 2. Enkät</i>	38
<i>Bilaga 3. Sjukhusbundna akutmottagningar</i>	48
<i>Bilaga 4. Verksamhet dygnetrunt, dagtid och jourtid vid sjukhusbundna akutmottagningar</i>	50
<i>Bilaga 5. Beskrivning av indikatorer</i>	52

Sammanfattning

Socialstyrelsen lämnade i mars 2011 en rapport till regeringen om förutsättningarna för att på nationell nivå följa upp väntetider vid sjukhusens akutmottagningar. I juni 2011 gav regeringen Socialstyrelsen ett uppdrag att arbeta vidare med de förslag som myndigheten lämnat.

I denna delrapport redovisas dels en kartläggning av väntetider, volymer, arbetssätt och bemanning vid de sjukhusbundna akutmottagningarna, dels Socialstyrelsens förslag till ytterligare ett antal kvalitetsindikatorer utöver de väntetidsindikatorer som bör ingå i den nationella uppföljningen. De indikatorer som föreslås är:

- total vistelsetid
- tid till första beslutsgrundande bedömning av läkare
- återkommer inom 72 timmar
- avviker utan bedömning och/eller behandling
- patientupplevd väntetidsinformation
- patientupplevd kvalitet
- patientupplevd smärtlindring.

Socialstyrelsen föreslår även ett system för insamling av de data som ligger till grund för dessa indikatorer och hur en regelbunden uppföljning kan byggas upp.

I ett avslutande avsnitt beskrivs hur arbetet fram till slutrapporten i december 2013 avses att genomföras.

De mätpunkter som ligger till grund för de två mått som kommer att ingå i den nationella väntetidsuppföljningen ”vistelsetid från dörr till dörr” respektive ”tid till första läkarbedömning” kommer att samlas in inom ramen för patientregistret från och med januari 2014.

Kartläggningen visar att under det första halvåret 2012 varierade den genomsnittliga vistelsetiden stort mellan landstingen, från 2 timmar och 10 minuter i Norrbottens läns landsting till 3 timmar och 40 minuter i Uppsala läns landsting. 18 landsting har fattat beslut om en maximal vistelsetid (vanligtvis fyra timmar) samt även fastställt en målnivå för hur stor andel av besöken som ska ligga inom denna tid. Inget landsting nådde upp till den beslutade nivån under första halvåret 2012.

Även väntetiden till läkarbedömning varierade mellan landstingen. I Norrbottens läns landsting, som har kortast genomsnittlig väntetid, väntade patienterna 29 minuter i genomsnitt medan patienterna i Uppsala läns landsting, som hade längst väntetid, fick vänta 1 timme och 12 minuter.

Av kartläggningen framgår också att de äldsta patienterna genomgående har en längre total vistelsetid, men också att de blir snabbare bedömda av läkare. Den längre vistelsetiden förklaras sannolikt av att de äldre oftare blir inskrivna för slutna vård. Detta förutsätter att det finns lediga platser på

vårdavdelningarna, vilket kan göra att väntan på akutmottagningen blir förlängd.

Utöver de två väntetidsmått föreslår Socialstyrelsen att den framtida nationella uppföljningen ska innehålla ytterligare fem kvalitetsindikatorer. Underlaget till två av dessa ska, liksom underlaget till väntetiderna, rapporteras till patientregistret. Det gäller dels ”andel patienter som skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende som återkommer med samma besöksorsak inom 72 timmar”, dels ”andel patienter som avviker utan att ha blivit bedömda och/eller behandlade”. De juridiska förutsättningarna för inhämtandet av den sistnämnda variabeln utreds för närvarande.

De resterande tre indikatorerna hämtas från den nationella patientenkäten och avser ”andel patienter som uppger sig ha fått information om väntetider vid sitt besök på akutmottagningen”, ”patientupplevd kvalitet på akutmottagningen” samt ”andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig”.

Socialstyrelsens målsättning är att det från och med årsskiftet 2013/2014 ska vara möjligt för landstingen att rapportera underlaget till väntetider och de två övriga kvalitetsindikatorerna till patientregistret.

Enligt utvecklingsplanen för patientregistret kommer en konsekvensutredning att göras avseende de kostnadsmässiga och andra konsekvenser som bedöms kunna uppkomma vid genomförande av föreskriftförändringen respektive vid utebliven föreskriftsändring

Vidare kommer en remiss att skickas till landstingen i juni 2013 för inhämtande av synpunkter.

Uppdraget – bakgrund och genomförande

Som svar på tidigare givet regeringsuppdrag överlämnade Socialstyrelsen i mars 2011 en första rapport till regeringen om väntetider vid sjukhusens akutmottagningar [1]. Rapporten handlade om förutsättningarna för att mäta och sammanställa nationell information om väntetider i akutsjukvården. I rapporten redovisades också en kartläggning av verksamheten vid mottagningarna samt uppgifter om hur långa de aktuella väntetiderna var. Därutöver föreslog Socialstyrelsen också ett sätt att bygga ett system för att mäta väntetider.

I rapporten konstaterades att kunskapen om den verksamhet som akutmottagningarna bedriver var mycket begränsad vad gäller omfattning och innehåll. Det saknas exempelvis samlad nationell kunskap om hur många patienter som tas omhand och vad de söker vård för, liksom om sambanden mellan akutsjukvård och övrig verksamhet.

Inom ramen för uppdraget gjorde Socialstyrelsen en enkätundersökning till landsting¹ och mottagningar, och resultatet visade att det finns goda förutsättningar för att nationellt sammanställa uppgifter om väntetiderna inom akutvården. Enkätsvaren visade även att de flesta akutmottagningar gör regelbundna sammanställningar av sina väntetider. De flesta landsting har också beslutat vilken maximal väntetid som ska eftersträvas samt hur stor andel av patienterna som ska få vård inom denna tid.

När det gällde frågan om nationell uppföljning av väntetider vid akutmottagningarna föreslog myndigheten att dessa, utöver den totala vistelsetiden från dörr till dörr, även ska omfatta tiden mellan ankomst och den första läkarbedömningen. Socialstyrelsen föreslog också att uppgifter om väntetider vid akutmottagningarna ska ingå i patientregistret och att uppgifterna ska rapporteras löpande enligt samma rutiner som för övriga uppgifter.

En annan viktig slutsats från arbetet var att uppföljningen av akutmottagningarnas verksamhet måste kompletteras med andra kvalitetsindikatorer som exempelvis handlar om att minimera medicinska risker och felsteg. Ett alltför ensidigt fokuserande på att förkorta väntetiderna kan innebära att patientsäkerhetsarbetet kommer i andra hand och att riskerna för felbedömningar ökar. Mot bakgrund av detta föreslog Socialstyrelsen att vi i samråd med landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skulle ta fram förslag på andra indikatorer som också bör ingå i en nationell uppföljning av verksamheten vid sjukhusens akutmottagningar.

Ytterligare en slutsats från arbetet var att det skulle vara önskvärt med en nationell samverkan kring utvecklingen av akutsjukvården. Enkätsvaren

¹ I rapporten används fortsättningsvis beteckningen landsting som samlade begrepp även för Region Halland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Gotland. Landstingen benämns också oftast enbart med den geografiska delen av namnet.

visade att de flesta landsting hade genomfört eller höll på att genomföra olika förbättringsåtgärder för att komma till rätta med olika problem inom akutverksamheten. Många hade samma problem och därför ansåg Socialstyrelsen att landstingen borde samarbeta för att sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas och hur akutsjukvårdens samlade kvalitet och resultat kan förbättras. Förslaget har sedan resulterat i ett särskilt förbättringsarbete med fokus på akutvården som leds av SKL [2].

I juni 2011 fick Socialstyrelsen ett nytt regeringsuppdrag att arbeta vidare med de förslag som lämnades i slutrapporten från det tidigare uppdraget. I det nya uppdraget ska Socialstyrelsen fastställa vilken statistik som ska samlas in samt, inom ramen för patientregistret börja samla in uppgifter om den totala vistelsetiden och tiden till den första läkarbedömningen. Myndigheten ska också utreda hur ett system för insamling av väntetidsstatistik långsiktigt kan samordnas med övrig statistikproduktion. Dessutom ska Socialstyrelsen föreslå kvalitetsindikatorer med inriktning på till exempel patient-säkerhet och patientupplevelse, för att kunna analysera olika kvalitetsaspekter utöver väntetider.

Socialstyrelsen lämnade den första av två delrapporter den 27 april 2012 [3]. Rapporten innehöll en redogörelse för hur myndigheten planerade att lägga upp arbetet samt en tidplan. Detta är den andra delrapporten, och här redogörs för resultaten av en ny nationell sammanställning av akutmottagningarnas väntetider. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 december 2013.

I enlighet med uppdraget har arbetet avgränsats till den akutverksamhet som är förlagd till akutsjukhusen i landet. Därmed ingår inte verksamheten vid närakuter eller närsjukhus med en jourmottagning, och inte heller psykiatriska akutmottagningar eller akuta verksamheter som under icke-jourtid är knutna till en enskild specialistmottagning vid sjukhuset.

Rapportens disposition

Rapporten är uppdelad i två huvudavsnitt. Den första delen innehåller en kartläggning av väntetider, volymer, arbetssätt och bemanning vid de sjukhusbundna akutmottagningarna. Redogörelsen baseras på den enkät som landstingen fick i oktober 2012. För att kunna göra jämförelser över tid hade huvuddelen av frågorna sin motsvarighet i de enkäter som skickades till landstingen under 2011 [1].

Rapportens andra del är en redogörelse för arbetet med att föreslå kvalitetsindikatorer utöver de två väntetidsindikatorerna. Socialstyrelsen genomförde detta arbete med stöd av en expertgrupp (bilaga 2) och samarbetade även med Socialstyrelsens terminologer för att fastställa termer, begrepp och definitioner enligt den metod som Socialstyrelsen tillämpar.

Ett avslutande avsnitt beskriver det planerade arbetet fram till slutrapporten. Vid årsskiftet påbörjade Socialstyrelsen ett omfattande arbete med att utveckla patientregistret som är centralt för ett system som följer upp väntetiderna inom akutvården.

Modell för uppföljning av väntetider vid akutmottagningar

Akuta öppenvårdsbesök definieras i Socialstyrelsens termbank som ”öppenvårdsbesök där patients tillstånd kräver omedelbar bedömning”. Den definition av akutvård som används här är den som återfinns i Socialstyrelsens rapport från 1995 [4]:

”Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förloppande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn”.

Med sjukhusbunden akutmottagning avses en traditionell somatisk akutmottagning.

Annan akutmottagning, som i detta sammanhang exkluderas, kan vara

- barnakutmottagning som är lokaliserad till annan plats
- annan specialistakutmottagning som är lokaliserad till annan plats
- akut verksamhet som under icke-jourtid är knuten till en enskild specialistmottagning vid sjukhuset
- psykiatrisk akutmottagning
- närakuter eller närsjukhus med jourmottagning.

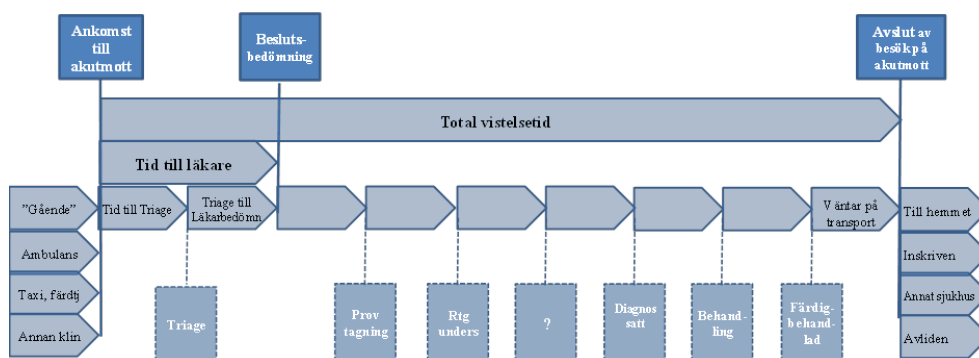
I en tidigare rapport har Socialstyrelsen redovisat en modell för den nationella uppföljningen av väntetider vid akutmottagningarna [1]. Modellen bygger på tre tidpunkter (mätpunkter) under vistelsen vid akutmottagningen.

Dessa tre mätpunkter är:

- ankomst till akutmottagning
- första läkarbedömning
- tidpunkt då patienten lämnar mottagningen.

Med stöd av mätpunkterna går det att beräkna den totala vistelsetiden liksom tiden från ankomst till en första läkarbedömning.

Figur 1: Modell över flöde och mätpunkter för uppföljning av väntetider vid akutmottagning.



Definitioner av modellens mätpunkter

Den tidigare rapporten innehöll också förslag till definitioner av mätpunkter [1], och dessa har nu preciserats ytterligare med stöd av den expertgrupp som medverkat i uppdraget. Definitionerna nedan kommer att ligga till grund för inrapporteringen till patientregistret.

Ankomst till akutmottagning

Mätpunkten ”ankomst till akutmottagning” gäller den tidpunkt när en person fysiskt anländer till en sjukhusbunden akutmottagning. Tidpunkten kan mätas på olika sätt, till exempel när personen tar en nummerlapp, anmäler sig i kassan eller vid så kallat ”pretriage”. Mätpunkten är oberoende av ankomst-sätt.

Första läkarbedömning

Mätpunkten ”första läkarbedömning” gäller den första beslutsgrundande bedömningen, det vill säga då en läkare² utreder patienten för första gången och gör en bedömning som ligger till grund för fortsatt undersökning, till exempel röntgen, eller till behandling.

Denna mätpunkt ska inte sammanblandas med en första prioriterande bedömning som avser den tidpunkt när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gör en första bedömning av patientens hälsotillstånd och prioriterar patienten efter medicinsk angelägenhetsgrad, så kallat triage eller teamtriage.

Tidpunkt då patienten lämnar mottagningen

Mätpunkten ”avslut av besök på akutmottagning” avser den tidpunkt när patienten fysiskt lämnar den sjukhusbundna akutmottagningen.

Mätpunkten inkluderar även de patienter som avviker från akutmottagningen utan behandling.

² I vissa fall är det en sjuksköterska som gör en beslutsgrundande bedömning. Enligt nu gällande förordning får emellertid endast läkarinsatser ingå i patientregistret (PAR).

Akutsjukvården vid landets sjukhus

Inledning

För att få en så aktuell bild som möjligt av verksamheten vid sjukhusens akutmottagningar genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning till landstingen under hösten 2012 avseende verksamheten under det första halvåret 2012. Undersökningen var också tänkt som en uppföljning av en tidigare enkätstudie som gällde verksamheten under det första halvåret 2010 och som ingick i den rapport om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar som publicerades våren 2011 [1].

För att kunna göra jämförelser mellan åren var huvuddelen av frågorna desamma i de båda enkäterna. En skillnad var dock att den andra enkäten enligt överenskommelse med SKL skickades till landstingen centralt där man sedan fördelade ansvaret för att besvara frågorna. Den tidigare enkäten distribuerades däremot via landstingens väntetidssamordnare. Vid redovisningen av antalet akutbesök har det visat sig att flera landsting har tillämpat olika definitioner av vilka akutbesök som har medräknats vid de två tillfällena. Det har också visat sig att några landsting i den tidigare enkäten redovisade antalet besök för hela året, trots att frågan avsåg besök under ett halvt år. Detta begränsar möjligheterna till jämförelser samtidigt som det pekar på vikten av att fastställa gemensamma termer, begrepp och definitioner på nationell nivå.

Enkätens innehåll och genomförande samt svarsfrekvens

Enkäten var uppdelad i två delar, en del med landstingsövergripande frågor och en del med mer lokala akutmottagningsfrågor (bilaga 2). De landstingsövergripande frågorna gällde volymer, organisation, tidsgränser, väntetider och målnivåer. Denna del var tänkt att besvaras av någon med övergripande kunskap om akutmottagningarna inom landstinget.

Enkätens andra del omfattade lokala akutmottagningsfrågor som rör bemanning, kompetens och patientflöde, och riktades till en kontaktperson på respektive akutmottagning inom landstinget.

Enkäten var webbaserad och landstingen fick, i ett missiv, länkar till enkätformulären. Missivet ställdes till respektive landstings hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande, för vidare distribution till lämplig respondent. Vid svarstidens utgång saknades svar från 7 landsting för den landstingsövergripande enkäten, och för den som vände sig till de enskilda akutmottagningarna saknades svar från 18 akutmottagningar. När Socialstyrelsen tog kontakt med dessa landsting framkom att orsakerna varierade men påfallande ofta hade vidaredistributionen till den person som skulle svara inte fungerat.

Alla landsting svarade på den övergripande enkäten, men inte på vissa enskilda frågor vilket främst berodde på att de inte kunnat ta ut data grupperat på efterfrågat sätt. Stockholms läns landsting sammanställer inte väntetider

centralt utan denna fråga gick vidare till de enskilda sjukhusen, där fem av sju sjukhus skickade in svar.

När det gäller den akutmottagnings-specifika enkäten fick Socialstyrelsen göra upprepade påstötningar, och till slut hade svar inkommit från alla utom akutmottagningen i Avesta. Även här var det vissa akutmottagningar som inte svarade på enskilda frågor.

Väntetider

För att få en aktuell bild av väntetidssituationen ingick ett antal frågor kring väntetiderna under första halvåret 2012. Svaren avsåg hela landstingets sjukhusbundna akutverksamhet. Svarspersonerna fick ange

- tid till läkare, medelvärde i minuter
- tid till läkare, medianvärde i minuter
- andel (i procent) patienter med maxtid 1 timme till läkare
- total vistelsetid, medelvärde i minuter
- total vistelsetid, medianvärde i minuter
- andel (i procent) patienter med maxtid 4 timmar för den totala vistelsetiden.

Frågorna var desamma som i den tidigare enkäten [1], men då gällde det uppgifter för varje sjukhus.

Alla landsting kunde svara på någon av frågorna men inte på alla, vilket innebär att svarsfrekvensen varierar något från fråga till fråga. Svaren motsvarar som mest 59 sjukhusbundna akutmottagningar, det vill säga för den fråga som flest landsting besvarade. I enkäten för 2011 inkom svar från sammanlagt 49 akutmottagningar. Det är alltså ett större antal mottagningar som ingår i den senare enkäten, och detta tillsammans med skillnaderna i sättet att samla in uppgifterna gör det svårt att jämföra resultaten i absoluta tal. Däremot är det möjligt att jämföra andelar och frekvenser mellan de två mätningarna.

Frågorna kring väntetider gäller samtliga patienter över 20 år och det går inte att dela upp dem i olika patientgrupper utifrån diagnos, besöksorsak eller inskrivnings- respektive utskrivningssätt. Det betyder att hela spektrumet av patienter, allt från "icke-akuta" till traumapatienter, ingår i de väntetidsmått som redovisas.

För att beskriva väntetiderna används medianen som ett samlande mått eftersom det är mer rättvisande än medelvärdet. Väntetider tenderar att vara skevt fördelade så att det är många som har väntat relativt kort tid och en liten andel som har betydligt längre väntetider, och med ett medelvärde får de långa väntetiderna en alltför stor inverkan i förhållande till hur stor andel de utgör.

Total vistelsetid

Eftersom väntetiderna i enkäten redovisas som ett samlat mått per landsting är det svårt att beräkna en helt rättvisande genomsnittlig väntetid för riket. Det genomsnitt som kan beräknas blir därför en skattning som bygger på ett

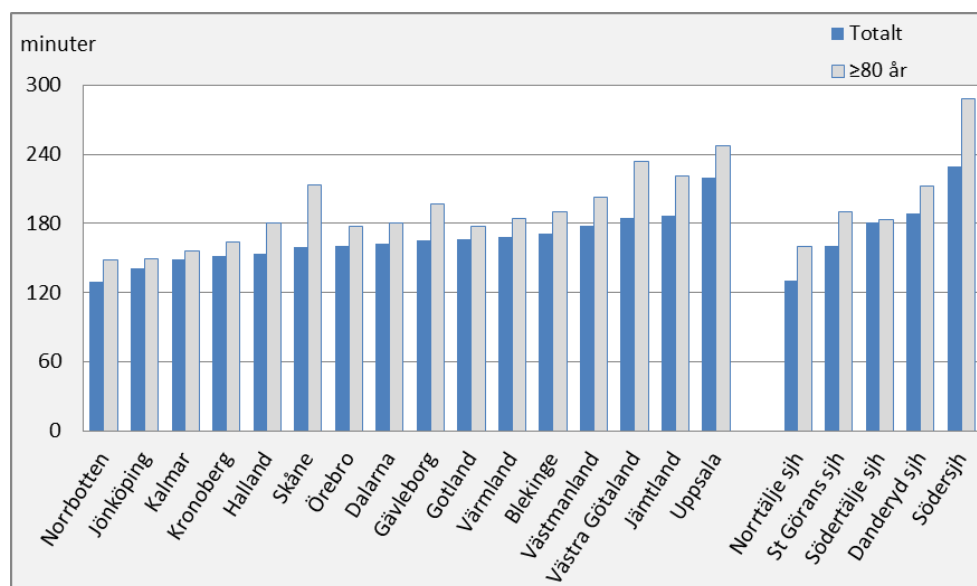
genomsnitt (medelvärde) av den genomsnittliga (medianen) vistelsetiden bland de 16 landsting och fem Stockholmsjukhus som lämnade sina uppgifter. Den skattade genomsnittliga vistelsetiden var enligt denna beräkning 2 timmar och 49 minuter för det första halvåret 2012.

Den genomsnittliga vistelsetiden varierar stort mellan landstingen (figur 2), kortast tid hade Norrbotten där genomsnittet låg på 2 timmar och 10 minuter. Längst total vistelsetid hade Uppsala där den genomsnittliga tiden på akutmottagningarna var 3 timmar och 40 minuter. Landstingen rapporterade även medelvärdet för den totala vistelsetiden. Detta ligger generellt något högre än medianvärdet och varierar mellan 2 timmar och 28 minuter och 5 timmar och 55 minuter.

Den föregående mätningen byggde på svar från 49 akutmottagningar, och i den varierade vistelsetiden från 2 timmar och 16 minuter till 4 timmar och 26 minuter.

I enkäten avseende första halvåret 2012 efterfrågades även vistelsetiden för åldersgruppen 80 år och äldre. Som framgår av figur 2 har denna åldersgrupp genomgående längre total vistelsetid på akutmottagningen än patientgruppen som helhet. Patienter som är 80 år och äldre ingår dessutom i ”totalen”, och därmed är skillnaderna mellan dem och övriga patienter i realiteten större om de skulle jämföras enbart med övriga åldrar.

Figur 2: Genomsnittlig (median) total vistelsetid i minuter första halvåret 2012. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80 år och äldre i 16 landsting och fem Stockholmssjukhus.



*) Svar saknas för Östergötland, Västernorrland, Västerbotten och Sörmland samt Stockholmssjukhusen Karolinska Solna och Karolinska Huddinge.

Total vistelsetid inom fyra timmar

I enkäten tillfrågades landstingen även om de regelbundet följer upp väntetiderna vid akutmottagningarna. Alla landsting angav att de har en sådan uppföljning. Stockholms läns landsting följer dock inte väntetider centralt utan där följs väntetiderna upp vid respektive sjukhus. Samma fråga fanns i

den föregående rapporten och även där framgick att alla landsting mäter väntetider.

Fyra landsting har angett att man inte mäter väntetider vid samtliga akutmottagningar.

Som framgår av tabell 1 använder de flesta landsting (16 stycken) måttet fyra timmar eller mindre som maximal vistelsetid. Två av landstingen mäter andelen patienter som fick vänta i tre timmar eller mindre. Tre landsting har inte tagit något beslut om en maximal vistelsetid.

Alla landsting som beslutat om en maximal tid har också satt en målnivå, vilket går att jämföra med föregående mätning då det endast var nio landsting som hade beslutat om en målnivå. Målnivåerna varierar – i Östergötland ska 70 procent av patienterna ha en vistelsetid som inte överstiger den maximala fyratimmarsgränsen, medan målnivån i Kalmar är 100 procent relaterat till en tretimmarsgräns.

Av tabell 1 framgår också att inget av landstingen eller de fem Stockholmsjukhusen uppnådde sitt målvärde för alla sina akutmottagningar under första halvåret 2012. Huvuddelen av landstingen och regionerna låg cirka 10–15 procent under målvärdet och andelen var mellan 56 och 85 procent för landstingen och mellan 53 och 87 procent för de fem Stockholmsjukhusen.

Tabell 1: Mätning av total vistelsetid (TVT)

Landsting /region	Mäter TVT	Mäter TVT vid samtliga eller några akutmottagningar	Fastställd maxtid (=antal tim)	Målnivå i procent av besöken kopplat till maxtid	Uppnådd nivå (4h)
Stockholm	Ja	Samtliga	Ja (4h)	79 %	*
Uppsala	Ja	Samtliga	Ja (4h)	75 %	56 %
Sörmland	Ja	Ej samtliga	Ja (4h)	80 %	-
Östergötland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	70 %	68 %
Jönköping	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	83 %
Kronoberg	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	78 %
Kalmar	Ja	Samtliga	Ja (3h)	100 %	85 %
Blekinge	Ja	Ej samtliga	Nej	-	80 %
Skåne	Ja	Samtliga	Ja (4h)	80 %	72 %
Halland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	77 %
Västra Götaland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	64 %
Värmland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	72 %
Örebro	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	75 %
Västmanland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	71 %
Dalarna	Ja	Samtliga	Nej	-	72 %
Gävleborg	Ja	Ej samtliga	Nej	-	72 %
Västernorrland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	80 %	-
Jämtland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	80 %	63 %
Västerbotten	Ja	Ej samtliga	Ja (4h)	90 %	-
Norrbottnen	Ja	Samtliga	Ja (3h)	90 %	83 %
Gotland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %	81 %

*) Stockholmssjukhusen: Norrtälje: 87 %, S:t Görans: 77 %, Södertälje: 75 %, Danderyd: 66 %, Södersjukhuset: 53 %.

Tid till första läkarbedömning

Tiden till en första läkarbedömning är också ett relativt vanligt mått på väntetider på akutmottagningarna. Tretton landsting och fem Stockholmssjukhus lämnade uppgifter, och av dem framgår att under det första halvåret 2012 var medianvärdet (det vill säga medelvärdet av de aggregerade medianvärdena per landsting) 55 minuter.

Även för detta mått finns det variationer mellan landstingen (figur 3). I Norrbotten som har kortast genomsnittlig (median) väntetid väntade patienterna i 29 minuter, medan patienterna i Uppsala som hade längst väntetid fick vänta 1 timme och 12 minuter. För de fem Stockholmssjukhusen är spridningen från 29 minuter vid S:t Görans sjukhus till 1 timme och 39 minuter vid Södersjukhuset.

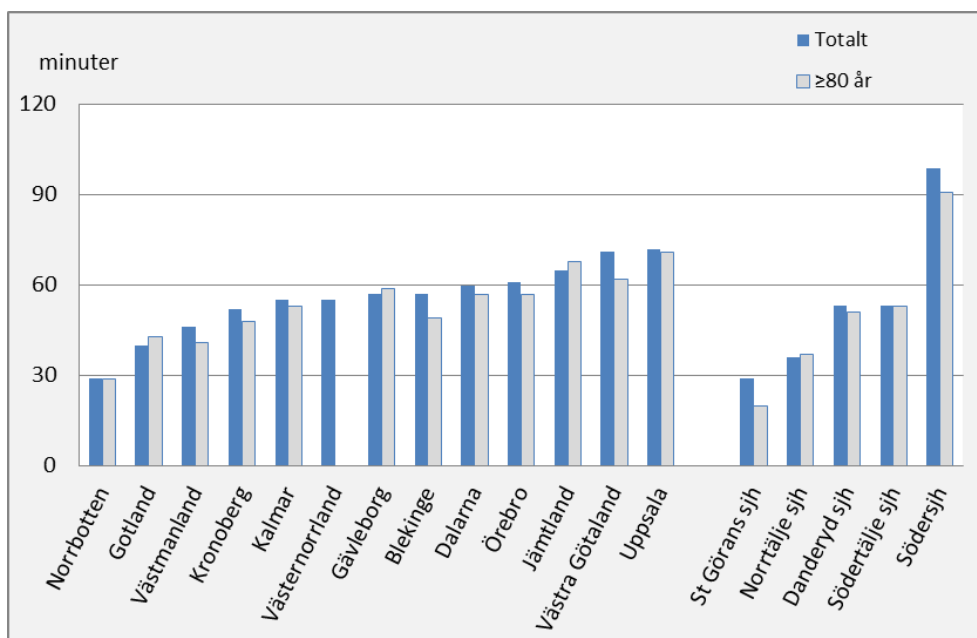
Det går att jämföra tiden till läkarbedömning – mätt som medelvärde – mellan första halvåret 2010 och första halvåret 2012, och det finns då indi-

kationer på att tiden till läkarbedömning generellt sett kan ha ökat något – från 80 till 88 minuter.

Även tiden till läkarbedömning för åldersgruppen 80 år och äldre ingick i enkäten för 2012. Svaren visar att denna åldersgrupp genomgående har en något kortare väntetid än samtliga patienter (figur 3). Liksom för den totala vistelsetiden är skillnaden i realiteten större än vad som visas här eftersom de äldre även ingår i gruppen ”samtliga”.

Patienter som är 80 år och äldre blir således bedömda av läkare något snabbare men får trots detta en längre total vistelsetid på akutmottagningen. I de äldsta åldersgrupperna är det en större andel som blir inskrivna i slutenvård (se nedan), vilket betyder att de som grupp har ett större vårdbehov. Det kan sannolikt vara en förklaring till den längre vistelsetiden.

Figur 3: Genomsnittlig (median) tid (minuter) till första läkarbedömning, första halvåret 2012. Jämförelse mellan samtliga patienter och åldersgruppen 80 år och äldre i 13 landsting och fem Stockholmssjukhus.



*) Svar saknas från Östergötland, Skåne, Värmland, Halland, Jönköping, Västerbotten och Sörmland samt Stockholmssjukhusen Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. Västernorrland har ej lämnat svar för patienter ≥80 år.

Läkarbedömning inom en timme

Liksom när det gäller den totala vistelsetiden har många landsting bestämt ett målvärde för väntetiden till den första läkarbedömningen (tabell 4). Samtliga landsting med en fastställd tid har satt den maximala tiden till en timme, men inget landsting har uppnått detta målvärde.

Tabell 4: Mätning av tid till läkarbedömning (TTL)

Landsting /region	Mäter TTL	Mäter TTL vid samtliga eller några akutmottagningar	Fastställd maxtid (=antal tim)	Målnivå i procent av besöken kopplat till maxtid	Uppnådd nivå (1h)
Stockholm	Ja	Samtliga			*
Uppsala	Ja	Ej samtliga	Ja (1h)	75 %	43 %
Sörmland	Ja	Ej samtliga	Ja (1h)	70 %	-
Östergötland	Ja	Samtliga	Ja (1h)	70 %	50%
Jönköping	Nej				-
Kronoberg	Ja	Samtliga			55 %
Kalmar	Ja	Samtliga			59 %
Blekinge	Ja	Ej samtliga	Ja (2h)	100 %	71 %
Skåne	Nej				-
Halland	Nej				-
Västra Götaland	Ja	Samtliga	Ja (1h)	90 %	45 %
Värmland	Ja	Ej samtliga			59 %
Örebro	Ja	Samtliga			49 %
Västmanland	Ja	Samtliga			96 %
Dalarna	Ja	Samtliga			51 %
Gävleborg	Ja	Ej samtliga			39 %
Västernorrland	Ja	Ej samtliga			-
Jämtland	Ja	Samtliga			-
Västerbotten	Ja	Ej samtliga			-
Norrbottnen	Ja	Samtliga	Ja (0,5h)	90 %	76 %
Gotland	Ja	Samtliga	Ja (1h)	90 %	61 %

*) Stockholmssjukhusen: Södertälje: 92 %, S:t Göran: 71 %, Norrtälje: 67 %, Danderyd: 47 %, Södersjukhuset: 29 %

Volym, arbetssätt och bemanning

Antal sjukhusbundna akutmottagningar

Mellan 2010 och 2012 minskade antalet akutmottagningar. I enkäten för 2010 fanns totalt 74 sjukhusbundna mottagningar. I den senare enkäten är antalet 71 om man ser till var de är lokaliserade, men 69 ur organisatorisk synvinkel. Mellan de två åren avvecklades tre mottagningar (Landskrona, Köping och Ludvika) samtidigt som det har skett administrativa sammanslagningar, det vill säga att akutmottagningarna lokalmässigt finns på skilda sjukhus men organisatoriskt är samma enhet. Detta gäller för Halmstad och Varberg, Sundsvall och Härnösand. I bilaga 3 finns en förteckning över de sjukhusbundna akutmottagningar som fanns 2010 och 2012.

Lokal organisation av akutverksamheten

I enkäten ingick en fråga om hur akutverksamheten vid sjukhusen var organiserad. Svaren visar att fyra mottagningar enbart bedriver sin akutverksamhet under kontorstid. Resterande mottagningar har verksamhet dygnet runt. Vid några sjukhus gäller dessutom att akuta besök under dagtid tas emot vid den ordinarie specialistmottagningen för elektiv verksamhet.

Det vanligaste sättet att organisera akutmottagningen är emellertid att ha medicin, kirurgi och ortopedi dygnet runt på akutmottagningen. Andra specialiteter har sin akutverksamhet på de ordinarie specialistmottagningarna under normal mottagningstid och på akutmottagningen under jourtid. Det gäller exempelvis barnsjukvård, gynekologi, öron-näsa-halssjukvård och ögonsjukvård.

Tabell 5: Antal specialiteter vid landets sjukhusbundna akutmottagningar första halvåret 2012.

	Hela dygnet	Endast dagtid	Endast jourtid
Medicin	66	2	
Kirurgi	57	4	1
Ortopedi	51	5	2
Barn	21	4	16
Gyn	15	2	21
ÖNH	7	4	27
Ögon	5	5	22

I bilaga 4 redovisas hur respektive sjukhus har organiserat sin verksamhet.

Akuta besök på ordinarie specialistmottagning

Eftersom organisationen för akuta besök varierar mellan sjukhusen blir jämförelser mellan sjukhus och landsting vanskliga om inte även de besök som sker vid de ordinarie mottagningarna omfattas. En fråga i enkäten gällde därför om det var möjligt att via det patientadministrativa systemet få fram uppgifter om antalet akuta besök vid de ordinarie mottagningarna. Svaren visar att detta är möjligt i tolv landsting. Sju landsting svarade att det inte var möjligt, medan två landsting svarade "Ej aktuellt/förekommer ej".

De landsting som kunde följa upp antalet akuta besök på ordinarie mottagning ombads också att redovisa hur stor andel av det totala antalet akutbesök vid sjukhuset som dessa utgör. Sådana antalsuppgifter kom in från fem av de tolv landstingen som har möjlighet att registrera akutbesök till de ordinarie mottagningarna. Enligt svaren varierar andelen akuta besök på ordinarie mottagningar som inte hanteras av den "sjukhusbundna akutmottagningen" mellan 6 procent i Stockholm och 23 procent i Örebro.

Antal besök första halvåret 2012

Frågan om antalet besök under första halvåret fanns i båda enkätundersökningarna. I enkäten för 2012 efterfrågades dock volymuppgifter per landsting för att få en så heltäckande uppgift som möjligt, och 2010 gällde det

antalet besök per mottagning. Socialstyrelsen har jämfört svaren och uppmärksammat brister i det inrapporterade materialet för både 2010 och 2012. Vi har begärt in rättelser med varierande resultat. Detta bidrar tyvärr till en stor osäkerhet när det gäller det totala antalet besök på mottagningarna under perioden liksom eventuella förändringar mellan dessa mättillfällen. På grund av dessa svårigheter redovisas inte det totala antalet besök för 2012, och därmed heller inte någon jämförelse med 2010.

Tabell 6 visar de uppgifter som landstingen redovisade när det gäller totalt antal besök. Organisationen av akutverksamheten för barn varierar så att det i vissa landsting finns särskilda barnakuter, och därför inkluderar tabellen endast patienter i åldrarna 20 år och äldre.

Tabell 6: Antal akutbesök vid sjukhusbundna akutmottagningar första halvåret 2012 samt antal besök per 1 000 invånare 20 år och äldre.

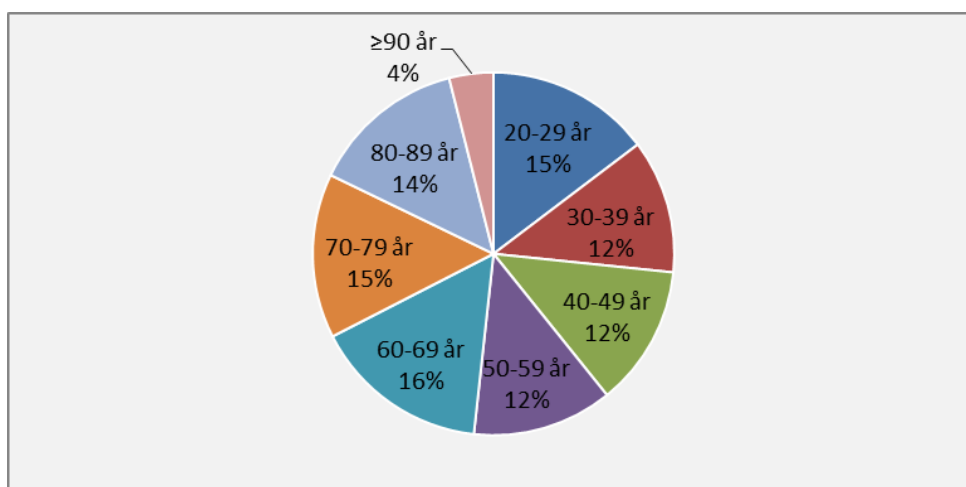
Landsting	Antal	Antal per 1 000 inv.
Västra Götaland	153 546	125
Kronoberg	17 841	125
Västmanland	24 710	126
Uppsala	32 835	126
Gävleborg	27 384	127
Halland	29 479	128
Jönköping	35 214	137
Västerbotten	27 616	137
Östergötland	45 998	138
Norrbottn	27 863	142
Västernorrland	28 479	151
Kalmar	27 718	151
Stockholm	241 766	152
Blekinge	18 367	153
Jämtland	15 209	154
Dalarna	34 236	158
Örebro	34 989	161
Värmland	35 718	167
Sörmland	35 002	167
Skåne	165 422	171
Gotland	8 019	177

Enligt tabellen varierar antalet besök per 1 000 invånare kraftigt mellan landstingen. Anledningen är oklar men en viktig förklaring är sannolikt hur akutvården är organiserad och i vilken mån det finns närakuter eller vårdcentraler som tar emot akuta besök utanför kontorstid. Som framgått tidigare är variationen mellan landstingen mycket stor i fråga om vilken andel av akutbesöken som tas emot på ordinarie specialistmottagningar under kontorstid. Skillnaderna i tabellen kan därför höra ihop med i vilken mån sådana akutbesök ingår i uppgifterna eller inte.

Åldersfördelning bland de akuta besöken

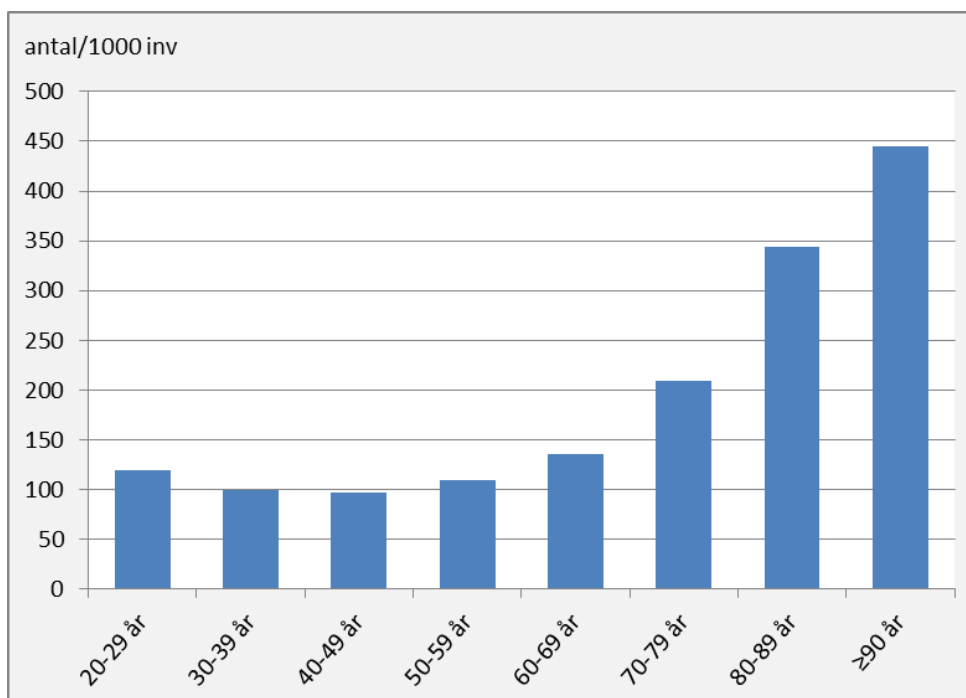
I enkäten ombads landstingen att redovisa de akuta besöken uppdelade i åldersgrupper. Åldersgruppen 0–19 år ingår inte i uppgifterna nedan eftersom landstingen har olika sätt att organisera akutsjukvården för barn.

Figur 4: Åldersfördelning (procent) bland akutbesöken första halvåret 2012, 20 år och äldre.



Av figur 4 framgår att de olika åldersgrupperna är ungefär lika stora när det gäller antalet akutbesök. Bilden blir dock en helt annan om antalet besök relateras till befolkningen i de olika åldrarna. I figur 5 visas besöksfrekvensen vid de sjukhusbundna akutmottagningarna för olika åldersgrupper, och det är tydligt att antalet besök ökar med stigande ålder. Undantaget är den yngsta åldersgruppen 20–29 år.

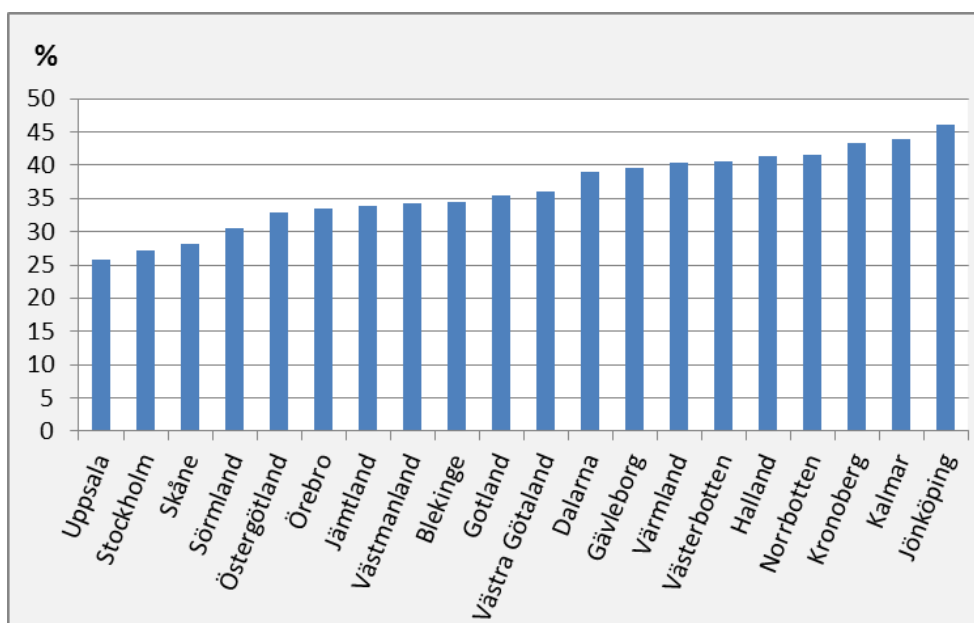
Figur 5: Antal akutbesök vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare i olika åldersgrupper för första halvåret 2012.



Andel inskrivna i slutenvård

En betydande andel av besöken på akutmottagningarna resulterade i att patienten blir inskriven i slutenvård. Var tredje akutpatient i åldrarna 20 år och äldre förs över till en vårdavdelning på sjukhuset, och det gäller både 2010 och 2012. Som framgår av figur 6 varierade denna andel dock kraftigt mellan landstingen – från 26 procent i Uppsala läns landsting till 46 procent i Jönköpings läns landsting.

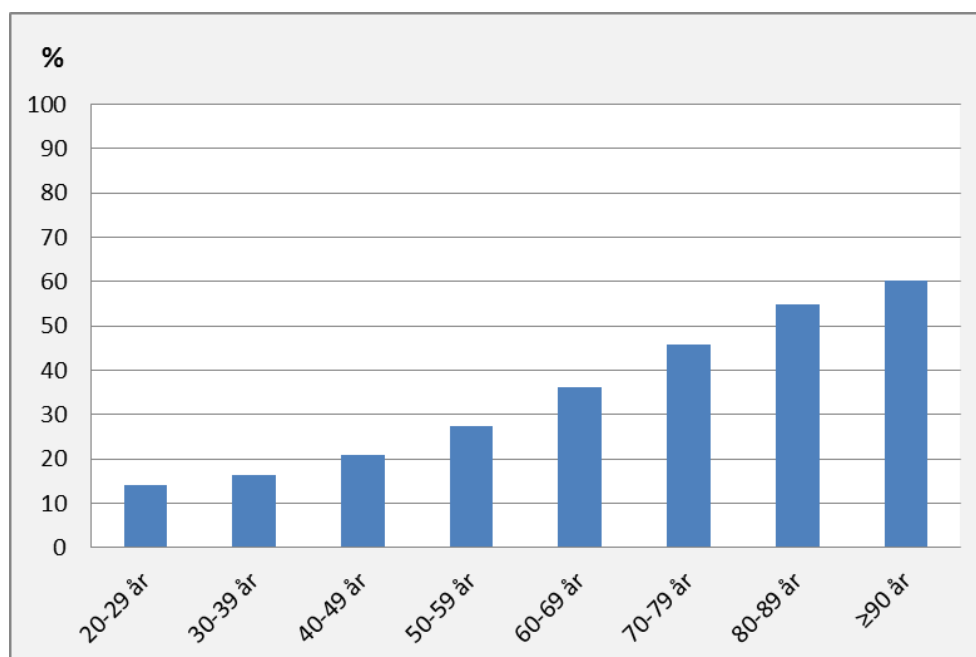
Figur 6: Andel (%) av akutbesöken (20 år och äldre) som resulterade i en inskrivning i slutenvård per landsting* första halvåret 2012.



*) Svar saknas för Västernorrland.

I 2012 års enkät samlades också uppgifter in om andelen inskrivningar per åldersgrupp. Figur 7 nedan visar att andelen inskrivna ökar kraftigt med åldern. I åldrarna 20–29 år var det 14 procent som överfördes till en vårdavdelning, medan motsvarande andel var 60 procent för åldersgruppen 90 år och äldre.

Figur 7: Andel av akutbesöken i olika åldersgrupper som resulterar i en inskrivning i slutenvård första halvåret 2012.



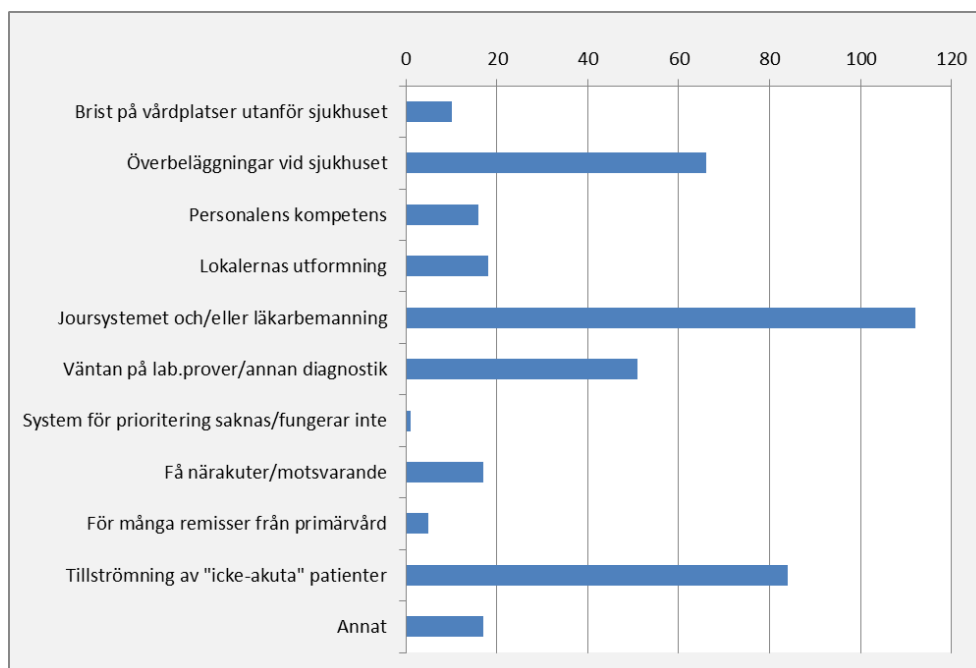
Övriga iakttagelser från enkäten

Orsaker till väntetider och sätt att angripa dessa

I båda enkäterna fick akutmottagningarna ange vad de långa väntetiderna främst beror på. I frågan ingick ett antal fasta svarsalternativ. I 2012 års enkät skulle de tre främsta skälen anges, medan det i den tidigare enkäten inte fanns någon begränsning av alternativen.

Svaren ger en i stort sett identisk bild mellan åren när det gäller synen på orsakerna till långa väntetider. Som främsta skälet anges "journsystemet och/eller läkarbemannning" följt av "tillströmningen av icke-akuta patienter" och därefter "överbeläggningar vid sjukhuset".

Figur 8: Orsaker till långa väntetider vid akutmottagningarna.



Skala: I figuren redovisas det totala antalet poäng per svarsalternativ.
Främsta skälet = 3 p, näst främsta skälet = 2 p, ngt mindre viktigt = 1 p.

Snabbspår

Problem med långa väntetider vid akutmottagningarna har medverkat till en utveckling av olika försök att genom organisatoriska förändringar korta väntetiderna. Antingen genom mer generella omorganisationer eller genom att införa en systematisk prioritering, så kallat triage, av inkommande patienter. Under senare år har det även skett en utveckling av så kallade snabbspår för vissa väl avgränsade och relativt lätt-diagnostiserade patientgrupper som har mycket att vinna på ett snabbt omhändertagande.

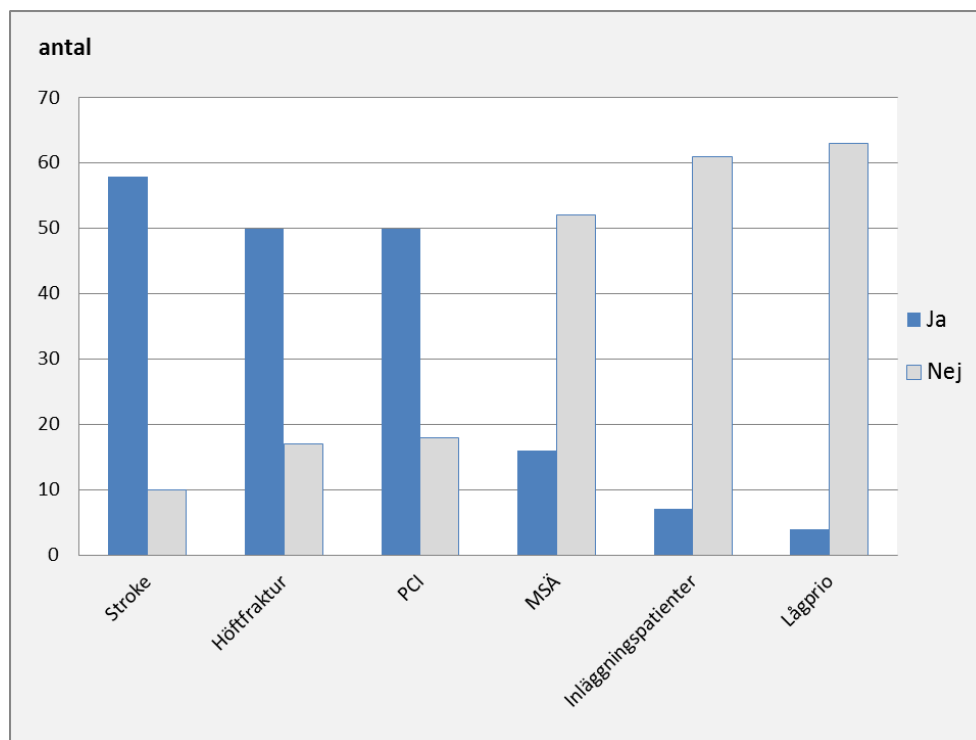
Snabbspår innebär att patienterna i princip slussas förbi intaget på akutmottagningen direkt till diagnostik och behandling. Det rör sig om patientkategorier där en snabbt insatt behandling är helt avgörande för utgången. Snabbspåret gäller i stor utsträckning patienter med stroke som behöver ett akut omhändertagande och patienter som behöver ballongvidgning av kranskärl (PCI). Även när det gäller höftfrakturer är snabbspår relativt vanligt och har tillämpats under relativt lång tid.

Ett annat begrepp för detta är "streaming", vilket innebär att det finns ett strukturerat vårdprogram för hanteringen av en avgränsad patientgrupp inom akutmottagningen. I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [5] konstateras att "streaming" av patienter som ska skrivas in minskar väntetiderna på akutmottagningen för dessa patientgrupper.

I enkäten ombads akutmottagningarna redovisa om det fanns snabbspår vid mottagningen och i så fall för vilka patientgrupper. De tre grupperna ovan angavs som svarsalternativ, samt grupperna "mest sjuka äldre (MSÄ)", "patienter som ska skrivas in på avdelning" samt "lågprioriterade" patienter.

Mellan 73 och 85 procent av akutmottagningarna har snabbspår för de tre etablerade grupperna medan det omvända förhållandet, mellan 6 och 24 procent, gäller för de övriga grupperna.

Figur 9: Antal akutmottagningar med snabbspår för vissa patientgrupper.



Akutläkare

Traditionellt har akutmottagningarna bemannats av specialistläkare, ST-läkare och AT-läkare som har sin grundanställning på någon annan mottagning eller klinik. För att lösa dessa problem har en del landsting gått ifrån eller modifierat den traditionella bemanningsmodellen, och i dag blir det allt vanligare att bemanna akutmottagningen med akutläkartjänster. Akutläkare är läkare som utöver grundutbildningen har dubbelspecialiserat sig i akutsjukvård.

Enkäten visar att antalet läkare med denna inriktning har ökat kraftigt under de senaste åren. Enligt de inkomna svaren har akutmottagningarna 154 läkare som är specialiserade inom akutsjukvård eller som är under utbildning. Det är framför allt de större akutmottagningarna som har akutläkartjänster.

Direkt tillgång till laboratorier och röntgen

För majoriteten av patienterna på akutmottagningen ska prover tas och analyseras, och många behöver röntgenundersökningar eller andra diagnostiska undersökningar. Enligt respondenterna är väntan på dessa undersökningar en vanlig orsak till att väntetiden blir lång. En enkätfråga gällde också om det fanns laboratorie- respektive röntgenresurser på akutmottagningen. Enkätsvaren visar att i stort sett alla mottagningar har analysapparater för

laboratorieprover, men endast en av tre akutmottagningar har röntgenapparat.

I en rapport från SBU [5] finns ett visst stöd för att väntetiden blir kortare om mottagningarna har direkt tillgång till laboratorier och röntgen.

Bemanning vid belastningstoppar

Tillströmningen av patienter är mycket ojämn över dygnet [5] med en topp omkring klockan 11–12, vilket sedan får en eftersläpande effekt på beläggningen som har sin topp under eftermiddagen och kvällen. Denna ojämna tillströmning över dygnet är dock i stor utsträckning förutsägbar och bör avspeglas i bemanningsplaneringen.

Respondenterna fick ange om mottagningen har rutiner för att hantera belastningstoppar i allmänhet. Svaren visar att tre av fyra mottagningar har skriftliga regler kring vem som avgör när till exempel bakjour eller annan personalförstärkning ska tillkallas. Överlag finns dock ingen definition som visar när situationen anses som ”överbelastning”.

Förbättrings- och utvecklingsarbete

Socialstyrelsen ville kartlägga landstingens genomförda och pågående förbättringsarbeten och utvecklingsprojekt som ska främja flödet och arbetsorganisationen samt korta väntetiderna.

Av svaren framgår att alla akutmottagningar antingen har genomfört eller har pågående förbättringsarbeten och utvecklingsprojekt för att förbättra flödet på akutmottagningarna. Förbättrings- och utvecklingsprojekten gäller oftast bemanning, schemaläggning och arbetssätt, vilket i sin tur är starkt förknippat med jourssystem och läkarbemanning.

De frågor som initierades av den nationella patientenkäten rörde framför allt bemötande, information och kommunikation. Genomgående har man integrerat dessa frågor i redan pågående förbättringsarbeten.

I den föregående rapporten om akutvården [1] visade Socialstyrelsen att det behövs en nationell samordning kring förbättringsarbeten när det gäller patientflöden och arbetsorganisation vid akutmottagningarna. Under 2012 ledde detta till en satsning på utvecklingsprojektet ”Akut förbättring” som samordnas av SKL.

Projektet har fokus på förbättrade patientflöden vid landets akutmottagningar och är upplagt som en seminarierie under 2012–2013 med deltagande team från 27 av landets akutmottagningar. Projektmålen är att

- minska slöseriet med patienters tid
- ökad kvalitet och patientsäkerhet
- ökad nöjdhet hos medarbetare.

Förslag på ytterligare kvalitetsindikatorer

I uppdraget ingår att utreda och föreslå andra indikatorer, utöver de två väntetidsindikatorerna som planeras att införas i den uppföljning som startar vid årsskiftet 2013/2014. I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen ett förslag till indikatorer som har utarbetats tillsammans med en expertgrupp med erfarenhet av akutverksamhet och/eller landstingens vårdadministrativa system (bilaga 4).

I arbetet med att finna lämpliga indikatorer har Socialstyrelsen strävat efter att finna ett fåtal mått som speglar olika kvalitetsaspekter av vården, såsom effektivitet, säkerhet och patientupplevelse. Ytterligare en utgångspunkt har varit att indikatorerna, eller rättare sagt de uppgifter som de bygger på, ska vara möjliga att fånga i landstingens vårdadministrativa system utan något omfattande utvecklingsarbete. Eftersom uppgifterna ska rapporteras in till patientregistret måste de också rymmas inom ramen för den gällande förordningen för registret.

Socialstyrelsen har sedan tidigare tagit fram en generell kravspecifikation när det gäller att fastställa indikatorer för uppföljning inom vård och omsorg. Specifikationen innehåller följande krav:

- Indikatorns begrepp, populationer och mätperiod ska vara definierade (indikatorn är reliabel).
- Indikatorn ska vara valid, det vill säga att den ska mäta det den avser eller indikera det den avser att indikera. Den ska bygga på någon kunskapsgrund till exempel vetenskap eller beprövad erfarenhet.
- Indikatorn ska ange riktning, det vill säga höga/låga värden är uttryck för bra/dålig kvalitet och effektivitet.
- Indikatorns resultat ska kunna påverkas av huvudman/utförare.

Arbetet i expertgruppen startade förutsättningslöst med ta fram en lista på tänkbara kvalitetsindikatorer med relevans för uppföljning av akutsjukvård.

I listan ingick bland annat de indikatorer som används i den brittiska sjukvården [1,6]. Därefter testades varje indikatorförslag mot kravspecifikationen och resultatet blev att ett antal av förslagen kunde avföras eftersom de inte uppfyllde kraven eller inte bedömdes vara möjliga att realisera. Det fanns också indikatorer som uppfyllde de grundläggande kriterierna, men som inte går att mäta med dagens datakällor. Dessa indikatorer kan därför betraktas som ”utvecklingsindikatorer” för framtiden, och de kommer att bearbetas ytterligare och presenteras i slutrapporten i december 2013.

Socialstyrelsen har sedan gått igenom de tänkbara indikatorerna tillsammans med expertgruppen. Socialstyrelsen föreslår att den nationella uppföljningen av väntetider inom akutsjukvården kompletteras med ytterligare

fem indikatorer. Underlaget till två av dessa kommer från patientregistret medan de övriga tre bygger på uppgifter från den nationella patientenkäten.

Förslaget omfattar följande indikatorer:

1. Andel patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende och återkommit med samma besöksorsak inom 72 timmar.
Beskrivning och syfte: Vissa patienter har oklara, svårdiagnosticerade tillstånd och personalen har kort tid för att bedöma och utvärdera den insatta behandlingen. Detta kan resultera i att patienten återkommer till akutmottagningen med samma besöksorsak.
Nationell datakälla: Patientregistret.
2. Andel patienter som avviker utan att ha blivit bedömda och/eller behandlade.
Beskrivning och syfte: Många patienter upplever att väntetiden på akutmottagningen är alltför lång. Detta resulterar ibland i att patienten tröttnar på att vänta och avviker från akutmottagningen. De juridiska förutsättningarna för inhämtandet av denna variabel utreds för närvarande.
Nationell datakälla: Patientregistret.
3. Andel patienter som uppger sig ha fått information om väntetider vid sitt besök på akutmottagningen.
Beskrivning och syfte: Patienterna ska få information om den aktuella väntetiden. Detta kan ske muntligt, via anslag eller en monitor. Väntetider är allmänt sett en av de viktigaste faktorerna när patienter bedömer vårdens kvalitet.
Nationell datakälla: Den nationella patientenkäten.
4. Patientupplevd kvalitet på akutmottagningen.
Beskrivning och syfte: Svaren avspeglar patientens syn på hur väl vården på akutmottagningen svarat upp mot det aktuella behovet.
Nationell datakälla: Den nationella patientenkäten.
5. Andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig.
Beskrivning och syfte: De patienter som upplevde smärta under sitt besök på akutmottagningen ombads att svara på om de hade fått smärtlindring och hur de i så fall upplevt detta.
Nationell datakälla: Den nationella patientenkäten.

En mer utförlig beskrivning av dessa indikatorer återfinns i bilaga 5.

Vägen framåt

”System” för regelbunden uppföljning

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen föreslå vilka väntetidsmått och andra kvalitetsindikatorer som ska följas upp på nationell nivå. Dessutom ska Socialstyrelsen föreslå hur detta ska ske, det vill säga hur det är lämpligt att inrapportera, bearbeta och presentera uppgifterna om akutsjukvården vid landets sjukhus. Det system som myndigheten avser att utveckla innehåller följande delar:

- månadsrapportering till patientregistret
- månadsvisa publiceringar av statistik
- årliga sammanställningar.

Målsättningen för det fortsatta arbetet är att vårdgivare ska kunna rapportera in uppgifter från och med årsskiftet 2013/2014.

Förslaget bygger på att uppgifterna ska ingå i patientregistret. Det betyder att de data som begärs in från landstingen ska följa den gällande förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Myndigheten bedömer att de data som det rör sig om helt täcks in av den gällande förordningen eftersom både syftet med insamlandet (statistik, uppföljning och forskning) och den vård som uppgifterna avser (slutenvård och läkarbesök inom öppen specialistsjukvård) är reglerade i denna förordning. Däremot måste de gällande föreskrifterna för inrapportering till registret både förändras och kompletteras.

Föreskriftsförändringar, information till vårdgivare och utveckling av patientregistret

Socialstyrelsen påbörjade under 2012 ett omfattande arbete med att utveckla patientregistret. I utvecklingsplanen för detta arbete [7] är akutvårdsuppföljningen ett pilotområde. En annan del av utvecklingen gäller att få tätare inrapporteringar till registret generellt och avsikten är att uppgifter ska rapporteras till registret månadsvis från och med årsskiftet 2013/2014. Detta ställer dock krav på förändringar i föreskriften till registret.

Inrapporteringen av akutsjukvårdsuppgifterna kräver också att alla besök vid akutmottagningarna ska kunna urskiljas, det vill säga även de besök som resulterar i en inskrivning. I dag är det enbart de besök där patienten skrivs ut direkt till hemmet som rapporteras. Dessutom krävs vissa förändringar i föreskriften när det gäller de variabler som utgör grund för väntetids- och kvalitetsindikatorernas mätpunkter, det vill säga start- respektive sluttidpunkt för besöket, bedömningstidpunkt samt avviker/går utan behandling. Dessutom krävs en variabel som klassificerar sjukhusbunden akutmottagning. Dessa nya variabler kommer att samlas in tillsammans med den ordi-

narie månatliga inrapporteringen av all specialiserad öppenvård till patientregistret.

Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med att få tillstånd de nödvändiga förändringarna i föreskriften, och enligt planen ska en remiss skickas till landstingen i juni 2013 för att förändringarna ska kunna vara fastställda i oktober 2013. Socialstyrelsen kommer också att medverka vid olika konferenser och sammankomster för att landstingen, verksamheterna och systemleverantörerna så tidigt som möjligt ska få information om de planerade förändringarna.

Inför en månadsvis inrapportering 2014 är det intressant att veta var landstingen och regionerna står i dag när det gäller möjlighet att rapportera in väntetidsdata via individbaserad filöverföring. I enkäten ingick därför en fråga om hur man såg på dessa möjligheter.

Svaren och vidare kontakter med landstingens representanter visar att de tolkade frågan på två olika sätt:

- om data *finns* inregistrerat i dagsläget, om uppgifterna är möjliga att ta ut och rapportera in nationellt
- om det är *möjligt* att registrera, lagra och ta ut och rapportera in uppgifterna nationellt.

Sammantaget visar ändå svaren att merparten av landstingen kommer att kunna rapportera in både ”tid till läkare” och ”total vistelsetid” via individbaserad filöverföring. I utvecklingsplanen för patientregistret [7] ingår att publicera och återkoppla månadsvis. Enligt denna plan ska publicering ske med samma intervall som data rapporteras in, dock med en månads förskjutning. Återkopplingen planeras också kunna ske via en uppföljningsportal, med både fasta rapporter och en interaktiv modul med möjlighet till särskilda uttag.

Ett problem med månatliga inrapporteringar är att all information kring månadens besök inte finns tillgänglig vid rapporteringstillfället. Det gäller till exempel diagnosuppgifter för patienter som har vårdats i slutna vård. En förutsättning för månadsrapportering är därför att uppgifterna kan kompletteras över tid. Samtidigt måste det finnas ett ”slutdatum” då samtliga uppgifter gällande besök på akutmottagning ska vara inrapporterade för att det skall gå att göra årliga uppföljningar och analyser med godtagbar aktualitet. Det finns dock ingen regel vad gäller slutdatum för patientregistret i stort.

Uppföljningen av akutvården involverar dessa årliga sammanställningar och analyser av data från patientregistret, men också regelbundna öppna jämförelser som inkluderar de kvalitetsindikatorer som inte hämtas från registret.

Med månatlig inrapportering och regelbunden publicering ges verksamheten möjlighet att använda inrapporterade data för verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.

”Baseline-enkät” och studie av akutsjukvårdens utveckling

Socialstyrelsen har sedan 2010 använt tre enkäter till landstingen för att försöka kartlägga omfattningen av akutvårdens verksamhet. Dessa uppgifter

hade aldrig tidigare samlats in nationellt, och därför har det inte varit helt lätt att få in heltäckande och jämförbara uppgifter. För att få ett så bra underlag som möjligt för de kommande mätningarna avser Socialstyrelsen att återigen begära in uppgifter från vårdgivarna inför starten av den nationella mätningen. Uppgifterna ska gälla det första halvåret 2013 och bygga på de termer och begrepp som mätningarna kommer att tillämpa. Med denna enkät vill myndigheten skapa en "baseline" att utgå ifrån, men förhoppningen är också att den ska hjälpa landstingen att förbereda sig inför den regelbundna inrapporteringen.

Socialstyrelsens arbete med uppdragen kring sjukhusens akutmottagningar visar att det har skett stora förändringar när det gäller vårdens omfattning och de problem som mottagningarna förväntas ta hand om. I den senaste enkäten uppskattade landstingen att antalet besök ökade med 2–4 procent per år. Sannolikt beror denna ökning till viss del på att antalet akutmottagningar har minskat, men det finns också studier [8] som pekar på att akutmottagningarna har fått en annan inriktning. Många av patienterna som tas omhand har inte ett akut vårdbehov, vilket innebär att de inte behöver ett omedelbart omhändertagande. Under de senaste åren har också ett antal utredningar och avhandlingar tagit upp den problematik som detta har medfört. Bland annat har man uppmärksammat att vissa patientgrupper hellre söker vård vid akutmottagningarna än vänder sig till vårdcentralerna för att få en tid [9].

Socialstyrelsen ska lämna sin slutrapport om akutsjukvård den 15 december 2013, och i den tänker vi behandla dessa problem genom att sammanfatta resultatet av olika studier. Därutöver ska vi även inkludera en översiktlig analys av akutsjukvårdens utveckling med hjälp av data från några landsting.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Sveriges Kommuner och Landsting. Akut förbättring. [Http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/tillganglighet-i-varden/akut-forbattring](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/tillganglighet-i-varden/akut-forbattring)
3. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Plan för utveckling av system för uppföljning. Delrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012
4. Socialstyrelsen. Tema: Akut omhändertagande. Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. MARS-rapport Nr 6. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2010. SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1
6. Department of Health. A&E Clinical Quality Indicators, Implementation guide. London; Department of Health; 2010. Hämtad 2013-04-10 från länk [Http://www.hscic.gov.uk/article/2021/WebsiteSearch?productid=7927&q=A%26E+Clinical+Quality+Indicators&sort=Relevance&size=10&page=1&area=both#top](http://www.hscic.gov.uk/article/2021/WebsiteSearch?productid=7927&q=A%26E+Clinical+Quality+Indicators&sort=Relevance&size=10&page=1&area=both#top)
7. Socialstyrelsen. Utvecklingsplan för patientregistret 2013-2017. Delrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
8. Sveriges Kommuner och Landsting, Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting; 2009.
9. Backman A-S. Emergency care seeking behavior in relation to patients' and providers' perceptions and attitudes. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.

Bilaga 1. Projektorganisation

Projektledare

Marianne Hanning, Socialstyrelsen

Delprojektledare

Mats Granberg, Socialstyrelsen

Styrgrupp

Marie Lawrence, Socialstyrelsen

Lars Grönvik, Socialstyrelsen

Kristina Bränd Persson, Socialstyrelsen

Inger Lundkvist, Socialstyrelsen

Emma Uhman, Socialstyrelsen

Bo Lindblom, Socialstyrelsen

Expertgrupp

Ulrika Bergström, Västerbottens läns landsting

Tobias Carlson, Västra Götalandsregionen

Ulf Ekelund, Svenska Akutvårdsregistret

Anna Ekwall, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor

Nasim Farrokhnia, Stockholms läns landsting

Björn Hansson, Landstinget i Östergötland

Marlene Kerber, Örebro läns landsting

Lisa Kurland, Svensk Förening för Akutsjukvård

Jarl Torgerson, Västra Götalandsregionen

Johan Strömbäck, Norrbottens läns landsting

Lojsan Sundström, Norrbottens läns landsting

Urban Säfwenberg, Landstinget i Östergötland

Harald Grönqvist, Sveriges kommuner och landsting

Lisa Wolff Foster, Socialstyrelsen

Erica Eriksson, Socialstyrelsen

Gunilla Ringbäck Weitof, Socialstyrelsen

Bilaga 2. Enkät

Central, landstingsövergripande enkät



Socialstyrelsen

Verksamhet vid sjukhusbundna akutmottagningar

Landstingsövergripande frågor

1. Landsting

Välj alternativ: --

2. Kontaktperson:

:

Tidsperiod för frågor rörande antal/andel

1/1-30/6 2012

3. Antal besök per åldersgrupp

Vänligen skriv enbart siffror i rutorna. Om information saknas lämna rutan tom. Om inget besök finns registrerat skriv siffran 0 i rutan

	1/1-30/6 2012	Utskrivna(hem, SÄBO, avlidna)	Inskrivna i slutenvård vid sjukhuset
0-9 år			
10-19 år			
20-29 år			
30-39 år			
40-49 år			
50-59 år			
60-69 år			
70-79 år			
80-89 år			
90 år eller äldre			

4. Kommentarer:

5. Antal besök per specialitet (inklusive ev subspecialiteter)

Tidsperiod: 1/1 till 30/6 2012

Vänligen skriv enbart siffror i rutorna. Om information saknas lämna rutan tom. Om inget besök finns registrerat skriv siffran 0 i rutan

Barn st
Gyn st
Kir st
Med st
Ort st
Ögon st
ÖNH st

6. Kommentarer:

7. För specialiteter som handhar akuta patienter under någon tid av dygnet på ordinarie mottagning, kan akut/ejakut registreras och rapporteras för dessa patienter?

Tidsperiod: 1/1 till 30/6 2012

- Ja
 Nej
 Ej aktuellt/förekommer ej

8. Om ja, ange antal akuta besök som skett på ordinarie mottagning per specialitet

Om information saknas lämna rutan tom. Om inget besök finns registrerat skriv siffran 0 i rutan

Barn st
Gyn st
Kir st
Med st
Ort st
Ögon st
ÖNH st

Väntetider

Tidsperiod: 1/1-30/6 2012

10. Vilka väntetider mäts på akutmottagningarna?

	Ja vid samtliga akutmottagningar i landstinget	Ja vid en/några akutmottagningar i landstinget	Mäts ej	Vet ej
Tid till läkare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total vistelseid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer

11. Om väntetider mäts, följs dessa uppdelat på olika olika prioritets-/triagegrupper?

	Ja vid samtliga akutmottagningar i landstinget	Ja vid en/hågra akutmottagningar i landstinget	Nej	Vet ej
Tid till läkare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total vistelsetid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer

12. Skulle akutmottagningarna idag kunna rapportera in väntetidsuppgifter i form av individdata till en nationell databas?

	Ja	Nej
Tid till läkare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total vistelsetid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer

13. Sjukhusbundna akutmottagningar

Väntetider

Vänligen skriv enbart siffror i rutorna nedan:

Tid till läkare medelvärde (m) i minuter? min

Tid till läkare medianvärde (md) i minuter? min

Andel (i %) patienter med maxtid 1 timme till läkare? %

Total vistelsetid medelvärde i minuter? min

Total vistelsetid medianvärde i minuter? min

Andel (i %) patienter med maxtid 4 timmar för den totala vistelsetiden? %

OBS! Denna frågeställning återkommer i nästa fråga gällande åldersgruppen 80 år och äldre

14. Kommentarer:

Väntetider för äldre

Tidsperiod: 1/1-30/6 2012

Som ett underlag till en kommande fördjupningsstudie om äldre personer vid sjukhusbundna akutmottagningar vill vi ha uppgifter om väntetider för gruppen patienter 80 år och äldre.

15. Sjukhusbundna akutmottagningar

Väntetider (för patienter 80 år och äldre)

Vänligen skriv enbart siffror i rutorna nedan:

Tid till läkare medelvärde (m) i minuter?	<input type="text"/>	min
Tid till läkare medianvärde(md) i minuter?	<input type="text"/>	min
Andel (i %) patienter med maxtid 1 timme till läkare?	<input type="text"/>	%
Total vistelsetid medelvärde i minuter?	<input type="text"/>	min
Total vistelsetid medianvärde i minuter?	<input type="text"/>	min
Andel (i %) patienter med maxtid 4 timmar för den totala vistelsetiden?	<input type="text"/>	%

16. Kommentarer:

Tid till läkare

17. Finns en av landstinget beslutad maxtid för väntande till läkarbedömning på akutmottagningarna?

- Ja
 Nej

Kommentarer

18. Om ja, vilken maxtid?

min

19. Finns en målnivå för denna maxtid?

- Ja
 Nej

20. Om ja, vilken målnivå har ni?

%

Total vistelsetid


21. Finns en av landstinget beslutad maxtid för total vistelsetid på akutmottagningarna?

- Ja
 Nej

Kommentarer

<p>22. Om ja vilken maxtid?</p> <input type="text"/> min
<p>23. Finns en målnivå för denna maxtid?</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>
<p>24. Om ja, vilken målnivå har ni?</p> <input type="text"/> %
<p>Tid till läkare och total vistelsetid</p>
<p>25. Finns incitament eller sanktionssystem kopplat till uppfyllelse av målnivåerna för maxtiderna för väntande patienter?</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>
<p>26. Beskriv vilket/vilka</p> <input type="text"/>

Lokal, akutmottagningsspecifik enkät

 <p>Verksamhet vid sjukhusbundna akutmottagningar. Akutmottagningsspecifika frågor</p>
<p>1. Landsting</p> <p>Välj alternativ: <input type="text"/></p>
<p>2. Vilken akutmottagning gäller svaren för:</p> <input type="text"/>
<p>3. Kontaktperson:</p> <p>: <input type="text"/></p>
<p>Tidsperiod för frågor rörande antal/andel</p> <p>1/1-30/6 2012</p>

4. Håller akutmottagningen öppet 24 timmar samtliga veckodagar?

- Ja
 Nej

5. Registreras väntetider vid akutmottagningen idag?

- Ja
 Nej

6. Vilka verksamheter/specialiteter finns vid akutmottagningarna?

	Hela dygnet	Endast dagtid	Endast under jourtid
Barn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ögon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ÖNH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer

7. Hur hanteras bemanningen vid belastningstoppar?
Finns fastställda gränser gällande väntetid då åtgärder vidtas?

- Ja
- Nej

Kommentarer

8. Hur hanteras bemanningen vid belastningstoppar?
Finns fastställda gränser gällande patientsäkerhet/kvalitet då åtgärder vidtas?

- Ja
- Nej

Kommentarer

9. Hur hanteras bemanningen vid belastningstoppar?
Finns skriftliga instruktioner för dessa tillfällen?

- Ja
- Nej

Kommentarer

10. Finns idag anställda läkare specialiserade inom akutmedicin vid akutmottagningen?

Skriv antalet i siffor. Om saknas skriv 0 i rutan.

11. När registreras patientens ankomst?

- Då patienten tar nummerlapp
- Vid anmälan i luckan
- Vid första medicinska bedömningen

Kommentarer:

12. Vilken metod används för att prioritera/triagera patienterna?

- METTS/RETTS
- Adapt
- MTS
- Annan metod:

Kommentarer

13. Vilken kategori triagerar?

- Läkare
- Sköterska
- Team (Läk+Sköt)

Kommentarer:

14. Finns lab.resurser på akutmottagningen? (ex analysapparat)

- Ja
- Nej

Om ja, vilka?

15. Finns röntgenresurser på akutmottagningen? (ex c-båge)

- Ja
- Nej

Om ja, vilka?

16. Finns observationsplatser/övervakningsplatser på akutmottagningen?

- Ja
- Nej

17. Finns snabbspår/fast-track för vissa patientkategorier?

- Höftfraktur
- Stroke
- PCI
- Inläggningsspatienter
- MSÅ/Multisjuka äldre
- Lågprioriterade patienter
- Annat:

Kommentarer

18. På vilket sätt informerar ni om det aktuella väntetidsläget?

Flera svar möjliga

- Publikt i väntrummet, exempelvis via monitor eller whiteboard
- Info på hemsida
- Annat, nämligen:

Kommentarer

19. När registreras patienten som utskriven från akutmottagningen?

- Då patienten är medicinskt färdigutredd/färdigbehandlad men väntar på transport
- Då patienten är medicinskt färdigutredd/färdigbehandlad och fysiskt lämnar mottagningen

20. Vad anser du vara de tre främsta skälen till långa väntetider vid akutmottagningen?

Sätt en etta för det främsta en två för det näst främsta och så vidare.

- Brist på vårdplatser utanför sjukhuset -- ▾
- Överbeläggningar vid sjukhuset -- ▾
- Personalens kompetens -- ▾
- Lokalernas utformning -- ▾
- Joursystemet och/eller läkarbemannning -- ▾
- Väntan på lab.prover/annan diagnostik -- ▾
- System för prioritering saknas/fungerar inte -- ▾
- Få närakuter/motsvarande -- ▾
- För många remisser från primärvård -- ▾
- Tillströmning av "icke-akuta" patienter -- ▾
- Annat -- ▾

Kommentarer

21. Har något förbättringsarbete/utvecklingsprojekt genomförts som har haft betydelse för att främja flödet/arbetsorganisationen?

Ja

Nej

Kommentarer

22. Pågår idag något förbättringsarbete/utvecklingsprojekt med syfte att korta väntetiderna vid akutmottagningen?

Ja

Nej

Om ja, vilket/vilka?

23. Den nationella patientenkäten för akutmottagningar som genomfördes hösten 2010, ledde den till något förbättringsarbete?

Ja

Nej

Om ja, ange exempel

24. Registreras några andra kvalitetsuppgifter vid sidan av väntetider?

Ja

Nej

Om ja, vilket/vilka

Bilaga 3. Sjukhusbundna akutmottagningar

Landsting/Region	Akutmott 2010	Akutmott 2012
Stockholm	Södersjukhuset	Södersjukhuset
Stockholm	Södertälje	Södertälje
Stockholm	Norrtälje	Norrtälje
Stockholm	Danderyd	Danderyd
Stockholm	S:t Görän	S:t Görän
Stockholm	Karolinska Huddinge	Karolinska Huddinge
Stockholm	Karolinska Solna	Karolinska Solna
Uppsala	Akademiska	Akademiska
Uppsala	Enköping	Enköping
Sörmland	Nyköping	Nyköping
Sörmland	Katrineholm	Katrineholm
Sörmland	Eskilstuna	Eskilstuna
Östergötland	Norrköping	Norrköping
Östergötland	Linköping	Linköping
Östergötland	Motala	Motala
Jönköping	Värnamo	Värnamo
Jönköping	Ryhov	Ryhov
Jönköping	Eksjö	Eksjö
Kronoberg	Växjö	Växjö
Kronoberg	Ljungby	Ljungby
Kalmar	Västervik	Västervik
Kalmar	Kalmar	Kalmar
Kalmar	Oskarshamn	Oskarshamn
Gotland	Visby	Visby
Blekinge	Karlskrona	Karlskrona
Blekinge	Karlshamn	Karlshamn
Skåne	Malmö	Malmö
Skåne	Ystad	Ystad
Skåne	Trelleborg	Trelleborg
Skåne	Kristianstad	Kristianstad
Skåne	Ängelholm	Ängelholm
Skåne	Lund	Lund
Skåne	Helsingborg	Helsingborg
Skåne	Hässleholm	Hässleholm
Skåne	Landskrona	
Halland	Varberg	Varberg Halmstad
Halland	Halmstad	
Västra Götaland	Skövde	Skövde
Västra Götaland	Lidköping	Lidköping

Landsting/Region	Akuttmott 2010	Akuttmott 2012
Västra Götaland	Alingsås	Alingsås
Västra Götaland	Kungälv	Kungälv
Västra Götaland	SÄS/Borås	SÄS/Borås
Västra Götaland	SU/Östra	SU/Östra
Västra Götaland	SU/Möndal	SU/Möndal
Västra Götaland	SU/Sahlgrenska	SU/Sahlgrenska
Västra Götaland	NÄL/Trollhättan	NÄL/Trollhättan
Västra Götaland	Uddevalla	Uddevalla
Värmland	Karlstad	Karlstad
Värmland	Arvika	Arvika
Värmland	Torsby	Torsby
Örebro	Örebro	Örebro
Örebro	Karlskoga	Karlskoga
Örebro	Lindesberg	Lindesberg
Västmanland	Västerås	Västerås
Västmanland	Köping	
Dalarna	Falun	Falun
Dalarna	Mora	Mora
Dalarna	Avesta	Avesta
Dalarna	Ludvika	
Gävleborg	Bollnäs	Bollnäs
Gävleborg	Hudiksvall	Hudiksvall
Gävleborg	Gävle	Gävle
Västernorrland	Sollefteå	Sollefteå
Västernorrland	Sundsvall	Sundsvall Härnösand
Västernorrland	Härnösand	
Västernorrland	Örnsköldsvik	Örnsköldsvik
Jämtland	Östersund	Östersund
Västerbotten	Lycksele	Lycksele
Västerbotten	Umeå	Umeå
Västerbotten	Skellefteå	Skellefteå
Norrbotten	Sunderby	Sunderby
Norrbotten	Kalix	Kalix
Norrbotten	Gällivare	Gällivare
Norrbotten	Piteå	Piteå
Norrbotten	Kiruna	Kiruna

Bilaga 4. Verksamhet dygnetrunt, dagtid och jourtid vid sjukhusbundna akutmottagningar

Lt/Reg	Sjukhus	Med	Kir	Ort	Barn	Gyn	ÖNH	Ögon
Stockholm	Södersjukhuset	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn		Dagtid
Stockholm	Södertälje	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid		
Stockholm	Norrrtälje	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn
Stockholm	Danderyd	Dygn	Dygn	Dygn		Dygn		
Stockholm	Capio S:t Göran	Dygn	Dygn	Dygn				
Stockholm	Karolinska Huddinge	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dagtid	
Stockholm	Karolinska Solna	Dygn	Dygn	Dygn		Dagtid	Dygn	
Uppsala	Akademiska	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid	Dygn
Uppsala	Enköping	Dygn	Dygn					
Sörmland	Nyköping	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid			
Sörmland	Katrineholm	Dygn						
Sörmland	Eskilstuna	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Östergötland	Norrköping	Dygn	Dygn	Dygn				
Östergötland	Linköping	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid		
Östergötland	Motala	Dygn	Dygn	Dygn				
Jönköping	Värnamo	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid	Jourtid	Jourtid
Jönköping	Ryhov	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Jönköping	Eksjö	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn			
Kronoberg	Växjö	Dygn	Dygn	Dygn			Jourtid	Jourtid
Kronoberg	Ljungby	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid		
Kalmar	Västerviks	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid		Jourtid	Jourtid
Kalmar	Kalmar	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn		Dygn	
Kalmar	Oskarshamn	Dygn	Dagtid		Dagtid			
Gotland	Visby	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid		Jourtid	Jourtid
Blekinge	Karlskrona	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid
Blekinge	Karlshamn	Dygn	Dygn	Dygn				
Skåne	Malmö	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid	Jourtid
Skåne	Ystad	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Dygn	Dagtid	Dagtid
Skåne	Trelleborg	Dygn						
Skåne	Kristianstad	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dagtid
Skåne	Ängelholm	Dagtid	Dagtid	Dagtid				
Skåne	Lund	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid	
Skåne	Helsingborg	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dagtid	Dagtid
Skåne	Hässleholm	Dygn		Dagtid				
Halland	Varberg Halmstad	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid
V:a Götaland	Skövde	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn
V:a Götaland	Lidköping	Dygn	Dagtid	Dagtid	Dagtid	Dagtid		
V:a Götaland	Alingsås	Dagtid	Dagtid	Dagtid	Dagtid			
V:a Götaland	Kungälv	Dygn	Dygn	Dygn				

Lt/Reg	Sjukhus	Med	Kir	Ort	Barn	Gyn	ÖNH	Ögon
V:a Götaland	SÄS/Borås	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid
V:a Götaland	SU/Östra	Dygn	Dygn					
V:a Götaland	SU/Mölnadal	Dygn		Dygn				
V:a Götaland	SU/Sahlgrenska	Dygn	Dygn				Jourtid	
V:a Götaland	Uddevalla			Dygn				
V:a Götaland	NÄL/Trollhättan	Dygn	Dygn		Jourtid	Jourtid	Jourtid	
Värmland	Karlstad	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Värmland	Arvika	Dygn	Dygn	Dygn				
Värmland	Torsby	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Örebro	Örebro	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid		Jourtid	
Örebro	Karlskoga	Dygn	Dygn	Dygn	Dagtid	Dygn	Dagtid	Dagtid
Örebro	Lindesberg	Dygn	Dygn	Dygn				
Västmanland	Västerås	Dygn	Dygn	Dygn		Jourtid	Jourtid	Jourtid
Dalarna	Falun	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn		
Dalarna	Mora	Dygn	Dygn	Dygn		Dygn		
Gävleborg	Bollnäs	Dygn			Jourtid	Jourtid		
Gävleborg	Hudiksvall	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Gävleborg	Gävle	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Västernorrland	Sollefteå	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid
Västernorrland	Sundsvall Härnösand	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Västernorrland	Örnsköldsvik	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn
Jämtland	Östersund	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Västerbotten	Lycksele	Dygn	Dygn					
Västerbotten	Umeå	Dygn	Dygn	Dagtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Västerbotten	Skellefteå	Dygn	Dygn	Dygn				
Norrbottn	Sunderby	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Norrbottn	Kalix	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Norrbottn	Gällivare	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn	Dygn
Norrbottn	Piteå	Dygn	Dygn	Dygn	Jourtid	Jourtid	Jourtid	Jourtid
Norrbottn	Kiruna	Dygn	Dygn					

Bilaga 5. Beskrivning av indikatorer

Total vistelsetid

Mått: Andel patienter med total vistelsetid mindre än 4 timmar på sjukhusbunden akutmottagning.

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Många patienter upplever att den totala vistelsetiden på akutmottagningen är alltför lång. Denna, ur patientens synvinkel, totala vistelsetid räknas från ankomsten till akutmottagningen till avslut av besöket på akutmottagningen. Det gäller oavsett om besöket har innefattat flera kliniker eller specialiteter.

Dock inrymmer den totala vistelsetiden inte bara traditionell ”väntetid” utan delar av denna tid är ledtider som i många fall inte kan påverkas av akutmottagningen.

Typ av indikator: Processindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som haft en total vistelsetid på akutmottagningen på mindre än 4 timmar

Nämnare: Totalt antal patienter på akutmottagningen (patienter som avviker under vistelsetiden eller före behandlingen exkluderas)

Parametrar/variabler: Ankomst till akutmottagning
Avslut av besök på akutmottagning

Lokal datakälla: Landstingens och regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret.

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret

Olika tillämpningar av mätpunkterna Ankomst till akutmottagning och Avslut av besök på akutmottagning

Dålig följsamhet till Socialstyrelsens definitioner av Ankomst till akutmottagning och Avslut av besök på akutmottagning

Tid till första beslutsgrundande bedömning

Mått: Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 timme efter ankomsten till en sjukhusbunden akutmottagning

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Tiden fram till läkarbedömningen eller undersökningen av en patient på akutmottagningen är viktig för det fortsatta omhändertagandet, både när det gäller kvalitet och säkerhet och total handläggningstid.

Ledtiden ”tid till läkare” räknas från ankomsten till en akutmottagning och fram till den första beslutsgrundande bedömningen (av läkare). Om besöket innefattar fler kliniker eller specialiteter räknas ledtiden endast en gång, och då till den första beslutsgrundande bedömningen.

Typ av indikator: Processindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som bedömts av läkare inom 1 timme efter ankomst

Nämnare: Totalt antal patienter som bedömts av läkare (patienter som avviker innan läkarbedömningen exkluderas)

Parametrar/variabler: Ankomst till akutmottagning

Första beslutsgrundande bedömning (endast läkarbedömning enl. gällande förordning (2001:707))

Lokal datakälla: Landstingens och regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret.

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret.

Olika tillämpningar av mätpunkterna Ankomst till akutmottagning och Första beslutsgrundande bedömning (av läkare)

Dålig följsamhet till Socialstyrelsens definitioner av Ankomst till akutmottagning och Första beslutsgrundande bedömning (av läkare)

Återkommer inom 72 timmar

Mått: Andel patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller ett särskilt boende och återkommit med samma besöksorsak inom 72 timmar

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Vissa patienter återkommer till akutmottagningen med samma besöksorsak, på grund av oklara, svårdiagnosticerade tillstånd samt kort tid för att bedöma och utvärdera insatt behandling. Tiden mäts från mätpunkten Avslut av besök på akutmottagning till Ankomst till akutmottagning.

Planerade återbesök såsom ompalpation av buk exkluderas.

Typ av indikator: Processindikator eller resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som återkommer till akutmottagningen med samma besöksorsak inom 72 timmar efter att ha skrivits ut till hemmet eller särskilt boende

Nämnare: Totalt antal patienter som efter besök på akutmottagningen skrivits ut till hemmet eller särskilt boende

Parametrar/variabler: Besöksorsak, Ankomsttidpunkt, Utskriven till hemmet eller särskilt boende vid föregående besök

Lokal datakälla: Landstingens och regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret.

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret.

Olika bedömningar av besöksorsak

Svårigheter att registrera besöksorsak i det patientadministrativa systemet

Avviker/går utan bedömning/behandling

Mått: Andel patienter som avviker utan att ha blivit bedömda och/eller behandlade.

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Många patienter upplever att väntetiden på akutmottagningen är alltför lång. Detta resulterar ibland i att patienten tröttnar på att vänta och avviker från akutmottagningen. Detta ska rapporteras oavsett när i förloppet patienten avviker.

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som avvikit från akutmottagningen utan att ha blivit bedömda och/eller behandlade.

Nämnare: Totalt antal patienter på akutmottagningen

Parametrar/Variabler: Avvikelseorsak GUB, totalt antal patienter

Lokal datakälla: Landstingens och regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret

Olika tolkningar av begreppet Avviker utan bedömning/behandling.

Dålig följsamhet till Socialstyrelsens definition av Avviker utan bedömning/behandling

Svårigheter att registrera avvikelseorsak i det patientadministrativa systemet

Patientupplevd väntetidsinformation

Mått: Andel patienter som uppger sig ha fått information om väntetider vid sitt besök på akutmottagningen

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Patienterna ska få information om den aktuella väntetiden. Detta kan ske muntligt, via anslag eller en monitor. Väntetider är allmänt sett en av de viktigaste faktorerna när patienter bedömer vårdens kvalitet.

Den nationella patientenkäten har ett antal frågor som rör information, varav fråga A9 gäller om patienten har fått information om väntetiden fram till en läkarkontakt:

Fråga A9. ”Fick du information om hur länge du skulle få vänta på att få träffa en läkare? Ja/Nej/Ej aktuellt”

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som svarat att de fick information om väntetiden till att få träffa en läkare

Nämnare: Totalt antal patienter som besvarat enkäten och svarat på frågan

Parametrar/variabler: NPE fråga A9: Antal ja-svar, antal totalt svarande

Datakälla: Den nationella patientenkäten, NPE.

Felkällor: Låg svarsfrekvens

Otillräcklig bortfallsanalys

Patientupplevd kvalitet

Mått: Patientupplevd kvalitet på akutmottagningen

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Den nationella patientenkäten har ett antal frågor om patientens syn på hur väl vården på akutmottagningen svarat upp mot det aktuella behovet:

Fråga H1: "Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick? Utmärkt/Mycket bra/Bra/Någorlunda/Dålig"

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som uppgett att kvaliteten varit god (Utmärkt/Mycket bra/Bra)

Nämnare: Totalt antal patienter som besvarat enkäten och svarat på frågan

Parametrar/Variabler: NPE fråga H1: Antal svar med Utmärkt/Mycket bra/Bra, antal totalt svarande

Datakälla: Den nationella patientenkäten, NPE.

Felkällor: Låg svarsfrekvens

Otillräcklig bortfallsanalys

Patientupplevd smärtlindring

Mått: Andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: I den nationella patientenkäten ombads de patienter som upplevde smärta under sitt besök på akutmottagningen att svara på om de fått smärtlindring och hur de upplevt detta.

E5: "På det hela taget, hur upplevde du den smärtlindring du fick? Tillräcklig/Otillräcklig/Jag fick ingen smärtlindring"

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som uppgett att de fått tillräcklig smärtlindring

Nämnare: Totalt antal patienter som besvarat enkäten och svarat på frågan

Parametrar/Variabler: NPE fråga E5: Antal svar med Tillräcklig, antal totalt svarande

Datakälla: Den nationella patientenkäten, NPE.

Felkällor: Låg svarsfrekvens

Otillräcklig bortfallsanalys