

Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Slutrapport mars 2011

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter och uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att man måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-3-36

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2011

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna att mäta väntetider vid de sjukhusbundna akutmottagningarna. Akutmottagningarna är en central kugge i sjukvårdssystemet och det är viktigt att sambanden mellan denna verksamhet och övrig sjukvård fungerar. För många medborgare inger möjligheterna att snabbt få vård på en akutmottagning en stor trygghet. Att behöva vänta lång tid då man upplever ett akut behov är för många frustrerande och irriterande. Även om det är nödvändigt att prioritera mellan de vitt skilda vårdbehov som kommer till akuten, måste det vara möjligt att ha en rimlig väntetid för samtliga patienter.

I denna rapport har en första jämförande mätning av väntetider vid akutmottagningarna i landet gjorts. Av arbetet har också framgått att kännedomen om akutmottagningarnas verksamhet är låg. Socialstyrelsen menar att de förslag till uppföljning och utveckling av akutmottagningarna som myndigheten presenterar kommer att leda till att kunskaperna om verksamheten och dess förutsättningar förbättras och att detta i sin tur kan medverka till att långa väntetider inom akutvården kan åtgärdas.

Rapporten har utarbetats av en projektgrupp bestående av *Marianne Hanning* (projektledare) och utredarna *Malin Bruce* och *Louise Yngve*.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Uppdraget - bakgrund och genomförande</i>	9
Bakgrund.....	9
Uppdraget.....	10
Avgränsningar	11
Genomförande	11
Begrepp.....	12
<i>Förslag till nationell modell för att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar</i>	13
<i>Akutsjukvården vid landets sjukhus</i>	16
Verksamhet och organisation vid sjukhusens akutmottagningar	16
Utvecklingsarbete vid akutmottagningarna.....	18
<i>Väntetider vid akutmottagningarna</i>	21
<i>Förutsättningar att mäta väntetider inom akutsjukvården</i>	28
Vilka väntetider mäts?	28
<i>Engelska erfarenheter av att mäta väntetider vid akutmottagningar</i>	34
Den engelska akutsjukvårdens organisation.....	34
<i>Diskussion och slutsatser</i>	38
<i>Referenser</i>	40
<i>Bilaga 1: Regeringsuppdrag</i>	42
<i>Bilaga 2: Medverkande vid workshop den 10 januari 2011</i>	46
<i>Bilaga 3: Tabellmall beträffande väntetidsstatistik från akutmottagningar</i>	47
<i>Bilaga 4: Enkät beträffande väntetidsmätningar till landstingens sjukhusbundna akutmottagningar</i>	48
<i>Bilaga 5: Beskrivning av engelska kvalitetsindikatorer</i>	54

Sammanfattning

Av det material som samlats in från landstingen kan antalet akutbesök beräknas till ca 2,5 miljoner per år. Väntetiderna varierar kraftigt mellan mottagningarna. Medianen för de akutmottagningar som lämnat genomsnittlig vistelsetid var 2 timmar och 53 minuter. Medianvärdet för de akutmottagningar som lämnat uppgifter om genomsnittlig tid till läkare var 1 timme och 17 minuter.

De flesta akutmottagningar mäter väntetider regelbundet vilket gör att Socialstyrelsen bedömer att förutsättningarna för att regelbundet mäta väntetider på nationell nivå är goda. Det krävs dock ett nationellt utvecklingsarbete för att utarbeta gemensamma definitioner av termer och begrepp. Socialstyrelsen föreslår att nationella mätningar av den totala vistelsetiden och tiden till första läkarbedömning genomförs inom ramen för det nationella patientregistret vid myndigheten.

Att alltför starkt fokusera på väntetiderna inom akutvården kan medföra ökade medicinska risker liksom att det kan medverka till att problem uppstår inom andra delar av vården. Socialstyrelsen föreslår därför att ytterligare kvalitetsindikatorer med inriktning på patientsäkerhet och patientupplevelse utvecklas för att följa verksamheten inom akutsjukvården.

I uppdraget har ingått att utreda förutsättningarna för att på nationell nivå mäta och sammanställa information om väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar. Det har även ingått att beskriva vilken information om väntetider vid akutmottagningar som för närvarande samlas in av landstingen samt att utarbeta ett förslag till hur ett system för mätningar av väntetider kan byggas upp på nationell nivå. Socialstyrelsen föreslår att uppföljningen av väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar blir en del av patientregistret. För att snabbt komma i gång med en nationell uppföljning föreslår Socialstyrelsen att ett första rapporteringstillfälle sker under 2012.

Så gott som samtliga landsting anser att läkarnas tjänstgöring och joursystemet är en orsak till att väntetiderna vid akutmottagningarna är långa. De flesta menar också att väntetiderna orsakas av en alltför stor tillströmning av icke-akuta patienter. Drygt hälften av landstingen uppgav att brist på vårdplatser gör att väntetiderna blir långa. I de flesta landsting pågår ett förbättrings- och utvecklingsarbete för att åtgärda problemen med långa väntetider och så gott som samtliga landsting har infört triagesystem, dvs. system för att prioritera mellan de patienter som kommer till akutmottagningen. Enligt en av SBU nyligen genomförd utvärdering av dessa system fanns det inte grund för att något av dessa var att föredra när det gällde effekter på väntetider. Däremot visade det sig att ett systematiskt arbete med flöden och ett s.k. snabbspår kunde leda till kortare väntetider.

Då många av de problem som landstingen står inför när det gäller att åtgärda väntetiderna inom akutvården är gemensamma, ser Socialstyrelsen det som önskvärt att ett samarbete mellan landstingen kommer till stånd för att

sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas samtidigt som vårdens samlade kvalitet och resultat utvecklas.

Uppdraget - bakgrund och genomförande

Bakgrund

Akutmottagningen utgör en central och omfattande del av vården vid akutsjukhusen. I princip tas all den vård som inte är planerad, dvs. där det inte finns en bokad tid, omhand vid akutmottagningen. Det betyder att verksamheten omfattar alla vid sjukhuset förekommande vårdområden och att angelägenhetsgraden i de olika ärendena är högst varierande.

Ett led i de strukturförändringar som hälso- och sjukvården genomgått under de senaste decennierna är en uppdelning i akuta och planerade vårdprocesser [1]. Detta har påverkat akutsjukvården genom att allt färre sjukhus har ”dygnet-runt öppna” mottagningar. Likaså har antalet specialiteter begränsats vid vissa sjukhus. För närvarande finns akutmottagningar vid 74 sjukhus i landet [2].

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter genomförde våren 2006 en granskning av 56 akutmottagningar [3]. Granskningen var särskilt inriktad på äldre patienter. I tillsynsrapporten framförde myndigheten att förbättringar bör göras vid akutmottagningarna inom följande områden: dokumentation, prioritering och väntetider, tillsyn och övervakning, information och bemötande av patienter och närstående, bedömning av risk för skador samt avvikelshantering.

I en tidigare rapport från 2004 har Socialstyrelsens regionala tillsynsmyndighet i Malmö granskat verksamheten vid sex akutmottagningar i den Södra sjukvårdsregionen [4]. Avsikten var att utvärdera akutmottagningarnas arbete med kvalitet, patientsäkerhet och hur patientperspektivet tillvaratas. Granskningen visade att akutmottagningarna på många sätt fungerade väl. Däremot var myndigheten mycket kritisk till hur läkarbemanningen sköttes och menade att det var viktigt att specialistklinikerna verkade för att höja statusen på läkarnas tjänstgöring på akutmottagningarna.

Någon aktuell nationell sammanställning över akutsjukvårdens insatser finns inte. En tänkbar källa för en sådan sammanställning skulle vara Socialstyrelsens patientregister. Det har emellertid visat sig vara svårt att använda registret i sin nuvarande utformning eftersom de patienter som skrivs in i slutenvård direkt från akutmottagningen blir registrerade som ett vårdtillfälle vid den aktuella kliniken. De fångas därmed inte upp i patientregistret som ett akutvårdsbesök. Endast de patienter som skrivs ut från akutmottagningen ”till hemmet” registreras som ett besök vid akutmottagning.

En översiktlig beräkning av antalet akutbesök har gjorts med stöd av uppgifter som landstingen redovisat till denna utredning och de uppskattas vara cirka 2,5 miljoner per år. I en revisionsrapport från landstinget i Norrbotten från 2005 beräknades de akuta besöken utgöra omkring 30 procent av besöken vid länets akutsjukhus [5].

Enskilda studier pekar också på att akutbesöken stadigt har ökat och att problem uppstår genom att patienter hamnar på fel vårdnivå. Det som avses är att många av besöken rimligen i första hand borde kunna tas omhand i primärvård. Denna uppfattning får dock inte stöd i en nyligen publicerad avhandling [6] som visar att majoriteten av patienterna vid den studerade akutmottagningen hade tagits omhand på rätt vårdnivå.

Uppfattningen att akutbesöken ökar går stick i stäv med utvecklingen när det gäller de samlade besöken inom den specialiserade vården. Av Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 framgår att antalet läkarbesök inom den specialiserade vården har minskat med cirka 6 procent under 2000-talet [7]. Eftersom det saknas nationella uppgifter om antal akutbesök och deras utveckling över tid, är det svårt att avgöra om antalet akutbesök totalt sett har ökat. Det ökade efterfrågetryck som många akutmottagningar vittnar om kan delvis också bero på de nämnda strukturförändringarna. Ett mindre antal mottagningar leder till större upptagningsområden och ett ökat antal besök vid de kvarvarande klinikerna.

Ett problem som ofta kopplas samman med ett ökat antal besök är långa väntetider. Inte heller här finns det någon regelbunden uppföljning som visar huruvida väntetiderna blivit längre eller ej. Det är dock helt klart att många personer kan vittna om att de har tvingats vistas orimligt länge på akutmottagningen.

För att hantera den ökande mängden akutbesök har olika alternativ till akutmottagningar tillkommit i form av närsjukhus med jourmottagning samt ökade öppettider vid vårdcentraler eller annan öppen vård. Den riksomfattande telefonrådgivningen ”1177”, har också haft som målsättning att i vissa fall kunna utgöra ett alternativ till att uppsöka akutmottagningen vid sjukhuset.

Utöver detta har många landsting under senare år bedrivit ett utvecklingsarbete för att öka produktivitet och genomströmning vid akutmottagningarna. Detta arbete har huvudsakligen varit inriktat på att organisera insatserna enligt ett flödestänkande och införande av system för att systematiskt hänföra patienterna i kategorier efter angelägenhetsgrad, s.k. triage (se sid 16).

Uppdraget

I september 2010 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna för att på nationell nivå mäta och sammanställa information om väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar (se bilaga 1). I uppdraget ingår att:

- beskriva vilken information om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar som för närvarande samlas in av landstingen
- ge en bild av hur långa väntetiderna är vid de enheter där information finns
- utarbeta ett förslag till hur ett system för mätningar av väntetider kan byggas upp på nationell nivå.

Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den forskning som bedrivs vid landstingens FoU-enheter ska särskilt beaktas.

En delrapport överlämnades till regeringen den 17 december 2010 [8]. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2011.

Avgränsningar

I enlighet med uppdraget har arbetet avgränsats till att utreda förutsättningar för att mäta väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar. Verksamheten vid närakuter eller närsjukhus med jourmottagning berörs således inte i detta uppdrag. Inte heller psykiatriska akutmottagningar eller akut verksamhet som under icke-jourtid är knutna till en enskild specialistmottagning vid sjukhuset berörs.

Analysarbetet i denna utredning har koncentrerats till att ge en översiktlig nationell bild av förutsättningar för att mäta väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Därmed har det inte varit möjligt att göra några fördjupningar i frågor om jämlikhet och patientsäkerhet i relation till väntetider inom akutvården.

På grund av den korta utredningstiden har det inte skett någon samverkan med patientorganisationerna. Något särskilt samarbete har inte heller skett med landstingens FoU-enheter, däremot har några landsting som aktivt arbetat med väntetider vid akutmottagningar medverkat i modellarbetet.

Genomförande

Centralt i uppdraget är att utreda akutmottagningarnas förutsättningar att mäta väntetider och att sammanställa befintlig kunskap om hur långa väntetiderna är. För att samla in denna information har Socialstyrelsen skickat enkäter till landstingen (se bilaga 4).

Vid två tillfällen har myndigheten efterfrågat uppgifter om vilka akutmottagningar som för närvarande finns, deras upptagningsområde och vilka specialiteter som är representerade vid respektive mottagning. Uppgifter har även samlats in om pågående utvecklingsarbeten, interna arbetsprocesser och personalorganisation vid mottagningarna. I enkäterna ingick också frågor om vilken information om väntetider som akutmottagningarna för närvarande samlar in, hur insamlingen görs och vad uppgifterna används till. Därutöver ingick frågor om vilka definitioner av olika mätpunkter som används. En första enkät skickades till landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer och en andra enkät skickades, efter samråd med SKL, till väntetids-samordnare eller kontaktpersoner för vårdgarantifrågor i samtliga landsting. Landstingens kontaktpersoner distribuerade enkäten till landstingets akutmottagningar och de ansvarade även för insamlandet av information. Samtliga landsting och akutmottagningar har besvarat dessa enkäter.

Tillsammans med den andra enkäten ombads akutmottagningarna att lämna uppgifter om väntetiderna för det första halvåret 2010. På grund av den korta utredningstiden är den inhämtade väntetidsstatistiken inte komplett. Av 74 sjukhusbundna akutmottagningar har 66 mottagningar lämnat uppgifter om väntetider till Socialstyrelsen.

För att vidga perspektivet och exemplifiera med olika aspekter på väntetidsmätningar har information inhämtas från England, där nationella vänte-

tidsmätningar vid akutmottagningar har förekommit sedan början av 2000-talet.

Socialstyrelsen har också fått ta del av material från Svenska Akutvårdsregistret (SVAR) rörande väntetider och besök vid sex akutmottagningar. Kontakter har också tagits med Läkarsällskapets sektion för akutsjukvård samt med Riksföreningen för akutsjuksköterskor.

För den del av uppdraget som gällde att utarbeta ett förslag till hur ett nationellt system för att mäta väntetider vid akutmottagningar kan utformas, bjöd Socialstyrelsen in representanter från landstingen, SKL och professionen till en workshop den 10 januari 2011 (se bilaga 2).

Begrepp

Med akutmottagningar avses genomgående i rapporten sjukhusbundna akutmottagningar.

Begreppen ”akut” och ”väntetid” har en självklar relation. Det som är akut måste tas omhand snabbt, utan dröjsmål och är inte möjligt att förutse. Någon fastställd definition av akutvård finns emellertid inte, men i en rapport från 1995 har Socialstyrelsen [9] använt följande definitioner:

”Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande 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”.

Då inte all den tid som akutbesöket omfattar kan anses vara passiv väntetid i den meningen att det inte pågår ett aktivt arbete för att utreda och behandla patienten, har vi valt att använda begrepp som ”tid till läkare” och ”total vistelsetid”.

Förslag till nationell modell för att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

I början av januari 2011 genomförde Socialstyrelsen en workshop med ett 15-tal personer med erfarenhet av att bedriva akutsjukvård eller av att arbeta med uppföljningssystem inom hälso- och sjukvården. Syftet var att ta fram förslag till en nationell modell för att följa väntetider vid akutmottagningar.

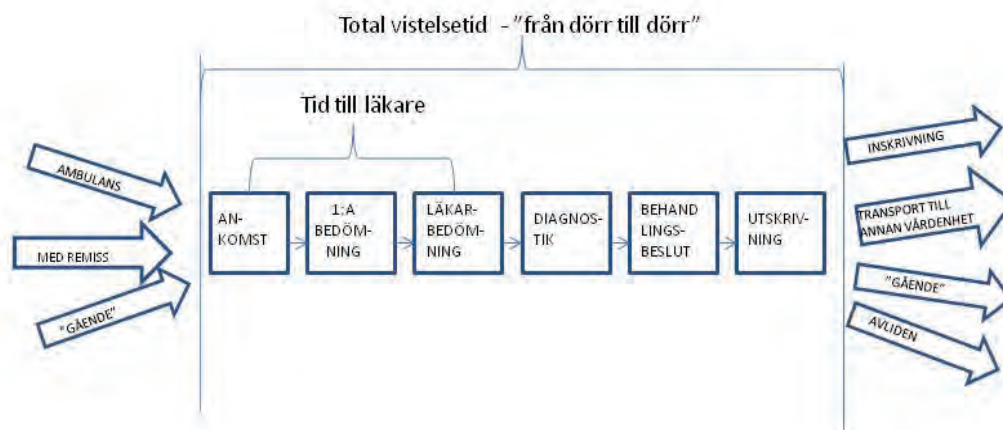
Olika perspektiv som kan vara aktuella som utgångspunkt för mätning av väntetid togs upp. De perspektiv som diskuterades var patient-, säkerhets-, verksamhets-, styrnings- eller effektivitets- och processperspektiv. Gruppen enades om att säkerhets- och patientperspektivet är det mest centrala för mätningar på nationell nivå.

Både patienterna och verksamheterna prioriterar säkerheten dvs. att det inte inträffar några misstag vid såväl den medicinska bedömningen som vid behandling och omvårdnad. Tidsfaktorn kan vara avgörande för patientens hälsotillstånd vilket ställer krav på att akutmottagningarna prioriterar mellan de patienter som kommer in. I en del fall är dock tiden av mindre betydelse, men även i dessa fall finns en gräns för vad som kan anses vara rimlig väntan.

All tid på akutmottagningen är emellertid inte väntetid i meningen att ingenting händer för att patientens behov ska bli tillgodosedda. Under tiden som patienten väntar pågår t.ex. laboratorieundersökningar, röntgenbedömning och annat som krävs för en medicinsk bedömning. Den tid som åtgår för detta kan dock från patientens horisont upplevas som en passiv väntan. Eftersom tiden på akutmottagningen innehåller både ”passiv” och ”aktiv” tid har vi valt att benämna hela tiden från dörr till dörr som total vistelsetid vid akutmottagningen. I landstingens uppföljningar är det oftast den totala vistelsetiden som är föremål för uppföljning (se tabell 1).

Deltagarna i workshopen var också överens om att tiden från det att patienten kommer till akutmottagningen till en första läkarbedömning behöver mätas utifrån ett säkerhets- och patientperspektiv. Stöd för detta finns i vetenskapliga utvärderingar för olika s.k. triagesystem som SBU nyligen genomfört [2] och erfarenheter från England (se sid 32). Tiden från ankomst till första läkarbedömning har en stor betydelse för hela tidsförloppet. I det förslag till modell för att följa väntetider som arbetades fram under workshopen ingår därför även tid till första läkarbedömning utöver den totala vistelsetiden (figur 1).

Figur 1: Förslag till mätpunkter i en nationell modell för att följa upp väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar



Modellen bygger på att tre tidpunkter under vistelsen vid akutmottagningen noteras. Dessa tre tidpunkter är;

1. Ankomst,
2. Första läkarbedömning samt
3. Tidpunkt då patienten lämnar mottagningen

Eftersom utgångspunkten för modellen och systemet för uppföljning bygger på att dessa tidpunkter ska registreras i ett it-baserat system, t.ex. det vårdadministrativa systemet, innebär det inte något merarbete att låta samtliga patienter som kommer till mottagningarna ingå i uppföljningen.

Genom att dessa uppgifter förutsätts vara individbaserade och inlemmas i patientregistret kommer de problem som för närvarande finns vad gäller att följa upp antalet besök vid akutmottagningarna också att kunna lösas genom denna registrering.

Förslaget innebär således att den totala vistelsetiden kan beräknas liksom även tiden från ankomst till en första läkarbedömning.

Vid workshopen diskuterades också hur de tre mätpunkterna ska definieras och gruppen enades kring följande förslag.

Förslag till definitioner av mätpunkter

Tid för ankomst. Tidpunkten då patienten fysiskt anländer till akutmottagningen. För patienter som kommer gående registreras tidpunkten antingen via ett "kölapps-system" eller då sådant saknas då patienten anmäler sig i receptionen. För patienter som kommer in med ambulans eller helikoptertransport noteras avlämnningstiden som finns i ambulansjournalen.

Tid till läkarbedömning. Den första tidpunkt då läkare och patient fysiskt träffas och läkaren gör en första medicinsk bedömning och undersökningen av patienten påbörjas.

Tid för utskrivning. När patienten fysiskt lämnar akutmottagningen. För patienter som ska skrivas in vid klinik på sjukhuset gäller tidpunkten då patienten blir överlämnad till vårdavdelning. För patienter som ska vidare

med ambulanstransport gäller tidpunkten då ambulans hämtar och för personer som ska åka med sjuktransport gäller tidpunkten då denna hämtar.

Vid workshopen diskuterades också tidpunkten då patienten är ”färdigbehandlad” vid akutmottagningen som en alternativ tidpunkt för avslut. Argumentet för att använda denna tidpunkt var att akutmottagningen inte ska lastas för att det inte finns vårdplatser eller att patienterna får vänta på transporter. Det beslutades dock att förorda tidpunkten då patienten fysiskt lämnar akutmottagningen eftersom detta utgår från patientens perspektiv, vilket är det perspektiv som uppföljningen i första hand ska spegla.

I ett längre perspektiv, då mätningarna är etablerade, vore det önskvärt att även mäta tidpunkten för när patienten är färdigbehandlad.

Det diskuterades också hur tidpunkten för avslut för de patienter som överförs till s.k. observationsplatser ska registreras. Förslaget är att för dessa patienter registrera såväl tidpunkten för överföringen som tidpunkten då patienten lämnar sjukhuset. Vid beräkningar av genomsnittlig vistelsetid används dock för dessa patienter tidpunkten då de överflyttas till observationsplats.

Andra uppgifter som bör ingå i den nationella uppföljningen

Några av de patienter som kommer till akutmottagningen väljer att avvika innan de är färdigutredda eller färdigbehandlade. Även detta ska noteras i systemet då det är en viktig indikator på patienternas uppfattning om väntetiden.

Andra uppgifter som föreslås finnas med i systemet är sättet som patienten inkommer på, dvs. gående, med remiss, med ambulans eller helikopter. Likaså bör uppgift om utskrivningssätt ingå, dvs. lämnar mottagningen gående, överförd till vårdavdelning vid sjukhuset, transporterad till annan vård eller avliden.

Då systemet förutsätts vara personnummerbaserat kommer även uppgifter om ålder och kön att kunna följas.

Eftersom det inte finns någon för landet gemensam klassificering av det akuta vårdbehovets angelägenhetsgrad och de olika system som används för att prioritera patienter – s.k. triage – varierar, ingår inte några sådana uppgifter i förslaget. Frågan bör dock utredas vidare för att även denna information på sikt ska kunna ingå i uppföljningen.

Systemet för att följa tider på sjukhusbundna akutmottagningar på nationell nivå föreslås bli en del av patientregistret. Det betyder att uppgifterna rapporteras löpande enligt samma rutiner som övriga data inrapporteras till registret.

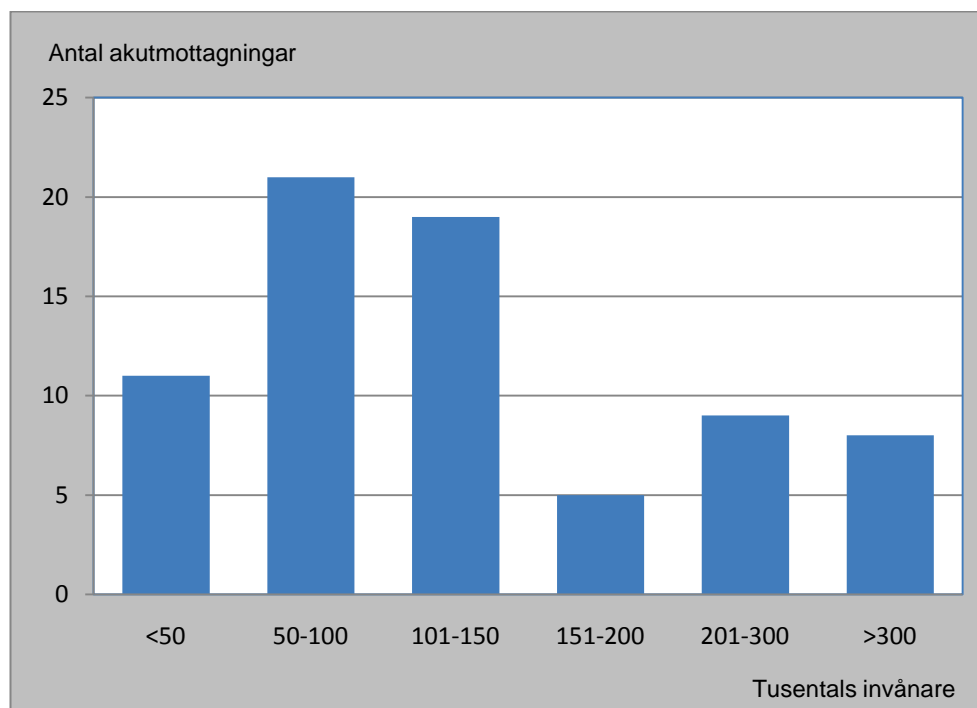
Akutsjukvården vid landets sjukhus

Verksamhet och organisation vid sjukhusens akutmottagningar

År 1990 fanns 87 akutsjukhus i Sverige. Sedan dess har antalet sjukhusbundna akutmottagningar successivt minskat [10]. Resultatet av den enkät som Socialstyrelsen genomförde under januari 2011 visar att det idag finns 74 sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige. Antalet sjukhusbundna akutmottagningar varierar i landstingen mellan en och elva mottagningar, bland annat beroende på befolkningsstorlek och hälso- och sjukvårdens organisation.

Enkäten visar att upptagningsområdet för akutmottagningarna varierar kraftigt, från ca 50 000 invånare till ca 750 000 invånare per mottagning.

Figur 2: Akutmottagningar uppdelade efter befolkningsstorlek på upptagningsområdet (n=73)



Källa: Socialstyrelsen, 2011.

Beroende på landstingets storlek finns oftast en eller två större akutmottagningar tillsammans med en eller flera mindre akutmottagningar, förutom i storstadsområdena där flera akutmottagningar finns med stora upptagningsområden.

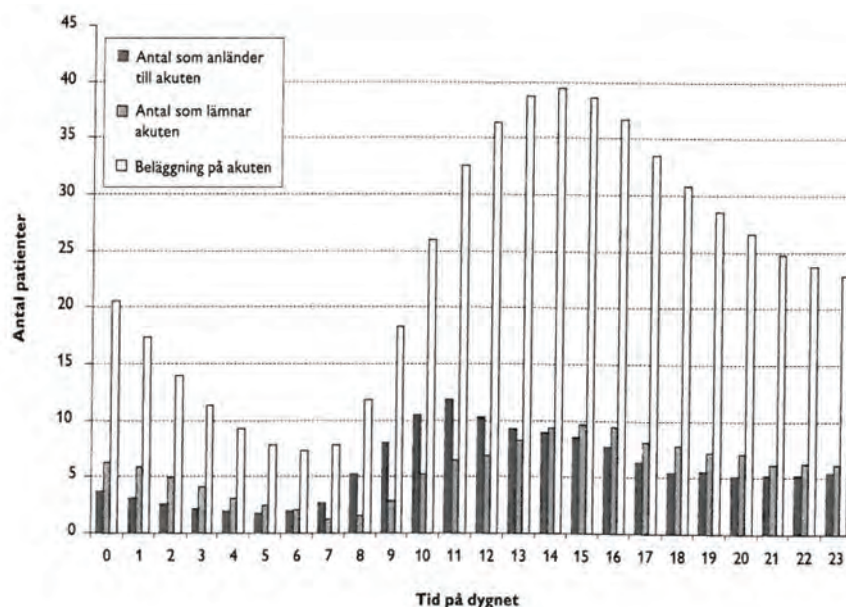
De verksamhetsområden som vanligen finns vid akutmottagningarna är medicin, kirurgi och ortopedi. Akutverksamhet för barn finns vid 33 av mot-

tagningarna och för psykiatri vid tio mottagningar men dessa specialiteter har vid de flesta sjukhus ofta lokaliserats till egna lokaler. De allra flesta akutmottagningar håller öppet dygnet runt, alla dagar i veckan.

Under de senaste decennierna har olika alternativ till sjukhusens akutmottagningar tillkommit för att ta hand om akut sjuka patienter så som när-sjukhus med jourmottagning och ökade öppettider vid vårdcentraler. Den riksomfattande telefonrådgivningen "1177", har också haft som målsättning att i vissa fall kunna utgöra ett alternativ till att uppsöka akutmottagningen vid sjukhusen.

Efterfrågan på vård vid akutmottagningarna varierar kraftigt över dygnets timmar. I figur 3 visas exempel på besöks- och beläggningsfrekvensen vid akutmottagningen på Helsingborgs sjukhus. Flest patienter söker vård under förmiddagen. Utskrivningarna har en topp under den sena eftermiddagen, vilket gör att beläggningen och belastningen på mottagningarna är som störst under tidig eftermiddag. Den stora variationen i beläggning gör att väntetiderna varierar kraftigt över dygnet.

Figur 3. Fördelning av ankomster, utskrivningar och beläggning över ett dygn vid akutmottagningen på Helsingborgs sjukhus



Källa: SBU-rapport 197, 2010.

Enligt uppgifter från svenska akutvårdsregistret (SVAR) [11] för det första halvåret 2009 varierar också efterfrågan något mellan olika tider på året och under veckodagarna med fler besök måndagar och fredagar.

Ett söktryck som varierar över tid kan kräva anpassning vid planering av personalens tjänstgöring. Även organisation och struktur av sjukhusets övriga verksamheter påverkar möjligheterna att planera personalens tjänstgöring vid akutmottagningen. Ett återkommande problem är tillgång till vårdplatser för patienter som bedöms vara i behov av inskrivning vid sjukhuset. Svårigheter att hitta vårdplatser på medicinskt ändamålsenlig vårdavdelning vid

sjukhuset kan medföra säkerhetsrisker och långa väntetider för patienter som är färdigbehandlade vid akutmottagningen.

Bemanningen vid akutmottagningarna

Sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare som bemannar sjukhusens akutmottagningar har traditionellt sin anställning vid mottagningen. Läkarbemanningen utgörs däremot oftast av specialistläkare, ST-läkare eller AT-läkare som har sin anställning vid andra mottagningar och kliniker på sjukhuset. Under kvällar, nätter och helger är tillgången till specialistläkare lägre, istället bemannas då akutmottagningarna ofta av AT-läkare vilka är kopplade till en så kallad bakjour av specialister. För att säkerställa patientsäkerheten blir akutmottagningen på detta sätt beroende av samverkan med specialistläkare vid klinikerna på sjukhuset.

I Socialstyrelsens enkätundersökning i december 2010 angav 18 landsting att det traditionella joursystemet och läkarnas tjänstgöring utgjorde ett av de främsta skälen till långa väntetider vid akutmottagningarna. Eftersom läkarna är knutna till olika kliniker vid sjukhuset och de samtidigt tjänstgör på klinik som de har jour på akutmottagningen, kan väntetiden på akutmottagningen bli lång.

Som ett sätt att komma tillrätta med bemanningen och tillgången på läarkompetens vid akutmottagningarna tillkom 2006 en särskild s.k. randutbildning för läkare inom akutsjukvård. Detta har resulterat i att det i dag finns särskilda akutläkartjänster vid en del akutmottagningar i landet. Socialstyrelsens enkät visar att akutläkare finns i 12 landsting vid 21 akutmottagningar.

Utvecklingsarbete vid akutmottagningarna

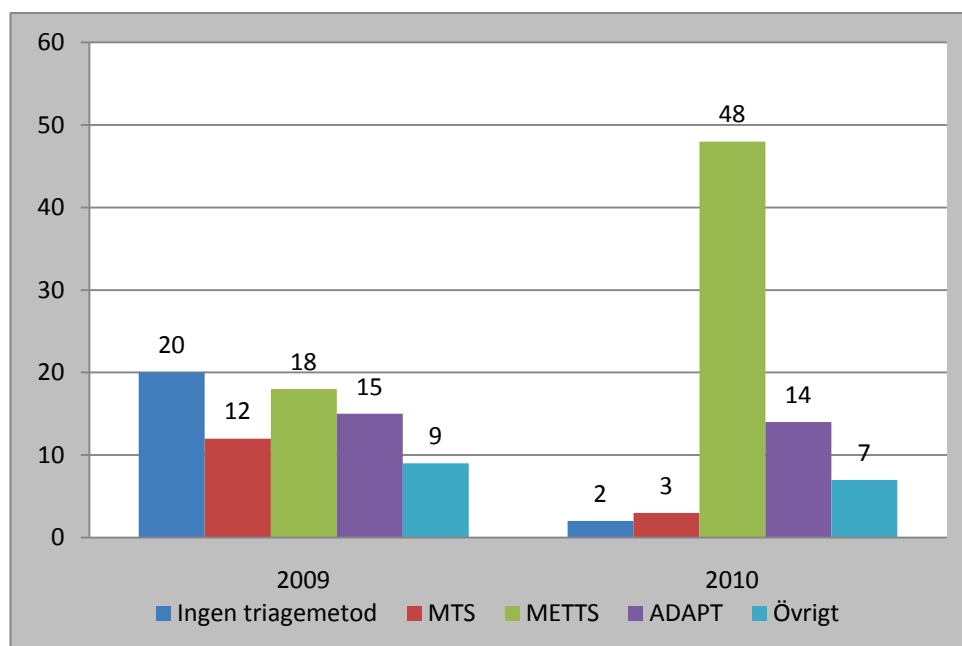
Akutmottagningarna tar emot ett brett spektrum av patienter med allt från livshotande till mindre allvarliga tillstånd och vikten av en snabb insats varierar mellan patienterna. Att ta emot patienter med så varierande vårdbehov innebär en stor utmaning både för organisation och personal. Det viktigaste momentet i akutvården är att avgöra prioritetsordningen mellan inkommande patienter och deras medicinska angelägenhetsgrad. Det har alltid funnits riktlinjer och system för hur prioriteringarna ska ske, men sedan några år har det utvecklats mer systematiska och vetenskapligt förankrade metoder för detta, s.k. triage-system. Flertalet akutmottagningar har under de senaste åren bedrivit utvecklingsarbeten för att introducera sådana system. Huvudsyftet med systemen är att öka patientsäkerheten men då de är inriktade på att organisera insatserna enligt ett flödestänkande påverkar de även väntetiderna.

I april 2010 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en systematisk litteraturgranskning av olika triagemetoder och flödesprocesser på akutmottagningarna [2]. I anslutning till rapporten genomförde SBU en enkät där det framgick att 54 av de 74 studerade akutmottagningarna tillämpade någon form av triage. I oktober 2010 gjordes en uppföljning av enkäten som visade att alla utom två mottagningar infört någon form av triage. Av figur 4 framgår att det vanligaste triagesystemet numera

är Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS) följt av Adaptivt processtriage (ADAPT) och Manchester Triage Scale (MTS). Den enkät som Socialstyrelsen skickade ut under januari 2011 visar vidare att ett flertal akutmottagningar planerar en övergång till METTS under 2011.

MTS är en renodlad femgradig triageskala, där patienten får sin turordning baserat på en gradering av hälsotillståndet, oberoende av övriga medpatienters behov. METTS och ADAPT är utvecklade i Sverige och är mer processororienterade och det som skiljer dem åt är utformningen, men inte innehållet då båda innehåller ett logistiskt perspektiv.

Figur 4: Triagesystem vid sjukhusbundna akutmottagningar 2009 och 2010



Källa: SBU-rapport, 2011.

Enligt SBU:s granskning av det vetenskapliga underlaget är det svårt att bedöma effekterna av de olika triagesystemen eftersom materialen i de studier som genomförts ofta är små och det finns brister i dokumentationen. På grund av dessa brister är det också svårt att avgöra om det finns några skillnader mellan systemens säkerhet och tillförlitlighet.

Mer omfattande vetenskapligt underlag finns dock vad gäller organisation av arbetet vid akutmottagningen enligt olika flödesprocesser. SBU:s rapport fann att införandet av flödesprocesser leder till förbättringar när det gäller såväl väntetid till läkare som total vistelsetid vid akutmottagningen. Rapporten lyfter särskilt fram så kallat ”snabbspår”, vilket innebär att patienter med enklare åkommor tas om hand i en särskild process, som en framgångsrik lösning när det gäller att förkorta väntetiderna.

Samtliga landsting uppgav i enkätsvaren att förbättringsarbeten på akutmottagningarna pågår. Flera landsting beskrev att man genomför ett processarbete på akutmottagningarna där samverkan mellan akutmottagningen, ambulans, röntgen, laboratorium och berörda kliniker ingår. Detta för att optimera patientens väg genom akutmottagningen. Andra pågående förbättringsarbeten gäller att inrätta ”snabbspår” för vissa patientgrupper, exem-

pelvis för patienter med höftfrakturer. Även för att snabbt ta omhand multisjuka äldre patienter pågår arbete med att utöka samverkan mellan akutmottagningar och hemsjukvården. Införandet av teamtriagering och införande av ledningsläkare och ledningssjuksköterska uppgav flera landsting som kompetenshöjande åtgärder som syftar till att korta väntetiderna vid akutmottagningarna.

Väntetider vid akutmottagningarna

Socialstyrelsen genomförde under oktober 2010 [8] en enkät till samtliga landsting. I enkäten ingick frågan om landstingen regelbundet mäter väntetider vid landets akutmottagningar samt om de har en målnivå, dvs. en fastställd andel besökare som ska behandlas inom en given tidsram. Hur svaren fördelade sig på dessa frågor framgår av tabell 1.

Tabell 1: Mätning av väntetid och maxtid på akutmottagning för respektive landsting

Landsting /region	Mäter väntetider Ja/Nej	Mäter väntetider vid samtliga eller några akutmottagningar	Fastställd Maxtid Ja/Nej (Maxtid = antal timmar)	Målnivå kopplad till procent av besöken
Stockholm	Ja	Samtliga	Ja (4h)	80 %
Uppsala	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %
Sörmland	Ja	Ej samtliga	Ja (4h)	80 %
Östergötland	Ja	Samtliga	Ja (3h)	100 %
Jönköping	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %
Kronoberg	Ja	Samtliga	Ja (4h)	-
Kalmar	Ja	Samtliga	Ja (3h)	-
Blekinge	Ja	Ej samtliga	Ja (4h)	-
Skåne	Ja	Samtliga	Ja (4h)	80 %
Halland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	-
Västra Götaland	Ja	Samtliga	Ja (5h)	90 %
Värmland	Ja	Samtliga	Ja (4h)	-
Örebro	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %
Västmanland	Ja	Ej samtliga	Ja (4h)	-
Dalarna	Ja	Samtliga	Nej	-
Gävleborg	Ja	Ej samtliga	Nej	-
Västernorrland	Ja	Några	Ja (4h)	-
Jämtland	Ja	Samtliga	Nej	-
Västerbotten	Ja	Några	Ja	-
Norrbottn	Ja	Samtliga	Ja (4h)	90 %
Gotland	Ja	Samtliga	Nej	-

Källa: Socialstyrelsen, 2010.

Samtliga landsting uppger att de mäter väntetider vid akutmottagningarna. Sjuttion landsting har en bestämd målnivå för väntande patienter. Målnivån varierar mellan tre till fem timmar och vanligast är fyra timmar. Därutöver har nio landsting som mål att en viss andel av patienterna ska få vård inom den bestämda målnivån. Den vanligast förekommande målnivån för den totala vistelsetiden på akutmottagningen är att denna inte ska överstiga fyra timmar för 90 procent av patienterna. Sex landsting har infört, eller tänker införa, en koppling mellan måluppfyllelse och ett ersättningsbaserat system.

Socialstyrelsen har också vänt sig till landstingen för att få ta del av väntetidsuppgifter från landets akutmottagningar för det första halvåret 2010. Totalt 66 akutmottagningar i 19 landsting har lämnat uppgifter. De uppgifter som efterfrågades var;

- totalt antal besök
- antal patienter överförda till slutenvård vid sjukhuset
- tid till läkarbedömning i minuter (medelvärde och median)
- andel patienter med en väntetid på max en timme till läkare
- den totala vistelsetiden i minuter (medelvärde och median)
- andel patienter som med en maxtid på fyra timmar för den totala vistelsetiden.

Alla landsting hade inte möjlighet att ta fram uppgifter för samtliga efterfrågade data. Orsaken till detta är främst kopplad till hur långt landstinget har kommit med arbetet att följa väntetider vid akutmottagningar, snarare än på den enskilda akutmottagningens förutsättningar eller storlek. Det var också svårt för några akutmottagningar att under den relativt korta svarstiden lämna uppgifter, trots att man registrerar och följer upp väntetider. Ett 10-tal mottagningar har också valt att rapportera statistik från det sista halvåret 2010.

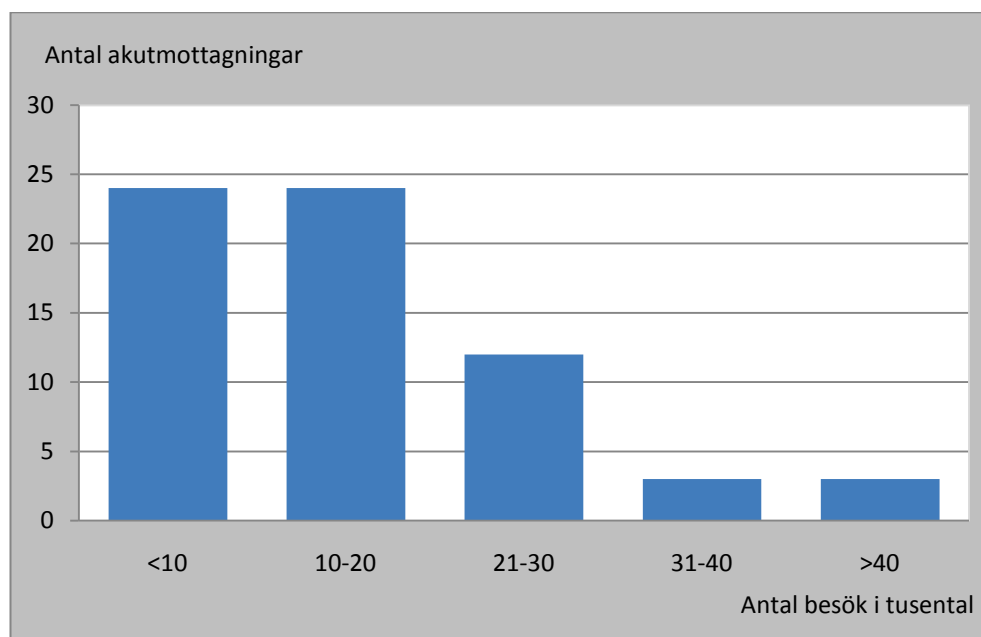
Tolkningen av de redovisade uppgifterna över väntetider måste göras med viss försiktighet då inte alla akutmottagningar har kvalitetssäkrat uppgifterna fullt ut.

Totalt antal besök

Samtliga 66 svarande mottagningar kunde lämna uppgifter om antal besök. Majoriteten, 47 mottagningar, hade upp till 20 000 besök under det första halvåret 2010. Det genomsnittliga antalet besök var 18 000. Den mottagning som hade minst antal besök var Kalix med 3 000 och den mottagning som hade flest besök var Karolinska sjukhuset i Stockholm med sina båda enheter i Solna respektive Huddinge, antalet besök var där 103 000. Den akutmottagning som hade näst flest besök var Södersjukhuset i Stockholm med drygt 57 000 besök.

Det totala antalet besök vid de 66 mottagningarna under det första halvåret 2010 var 1,1 miljoner. En uppräknings till årsbasis och med justering för bortfallet ger ett uppskattat antal akutvårdsbesök vid sjukhusen motsvarande ca 2,5 miljoner.

Figur 5: Antal akutmottagningar uppdelade efter antal besök i tusental, 1 januari-30 juni 2010* (n=66)



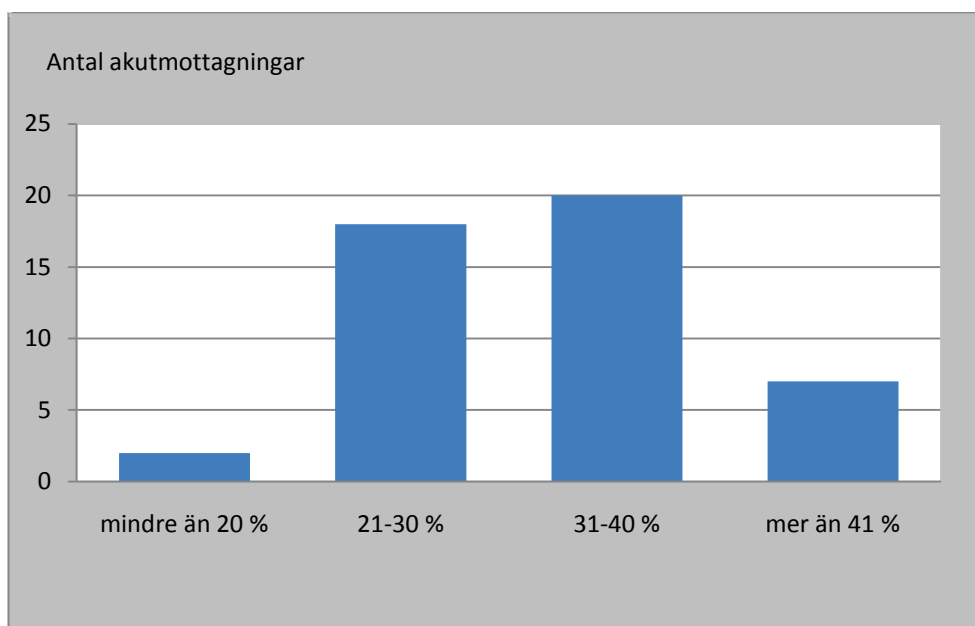
*) För 10 akutmottagningar gäller antal besök perioden 1 juli-31 december 2010
Källa: Socialstyrelsen, 2011.

Patienter som skrivs in slutenvård

En intressant uppgift är hur vanligt det är att patienter som kommer till akutmottagningarna skrivs in för slutenvård vid någon av de kliniker som finns på sjukhuset. Uppgifter om detta lämnades av 46 mottagningar. Stora skillnader finns mellan enheterna. Vid den akutmottagning som hade lägst andel överförda patienter hade 14 procent skrivits in vid sjukhuset. Vid den mottagning som hade högst andel överförda patienter hade 46 procent av besökarna skrivits in vid någon klinik på sjukhuset. I genomsnitt överfördes cirka 30 procent av besökarna vid akutmottagningarna till slutenvård vid sjukhuset.

De stora skillnaderna mellan mottagningarna kan delvis bero på att det sjukhus patienten först kommer till inte har den typ av specialistvård som behövs, varför patienten kommer att överföras till ett annat sjukhus för slutenvård.

Figur 6: Antal akutmottagningar uppdelade efter andel överförda patienter från akutmottagning till slutenvård vid sjukhuset (n=46)



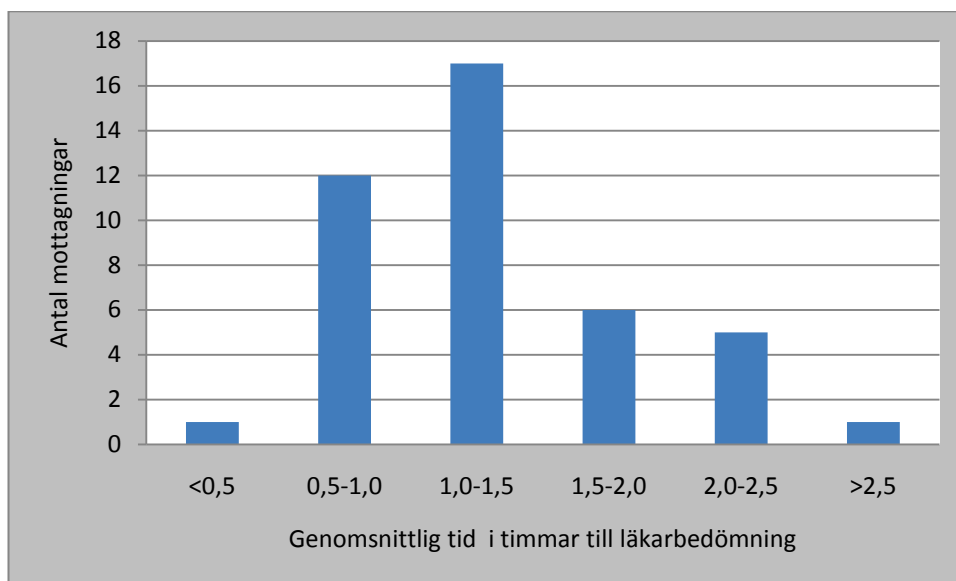
Källa: Socialstyrelsen, 2011.

Tid till läkare

I diskussionen om väntetider vid akutmottagningar har det lyfts fram att det ur säkerhetsperspektiv är viktigt att snabbt få träffa en läkare. Även ur ett patientperspektiv är det angeläget att snabbt få en bedömning av en läkare. Det är läkarens bedömning som bestämmer de fortsatta insatserna som patienten behöver, varför en snabb bedömning påverkar vistelsetiden på ett avgörande sätt. Ett mål som används i några landsting är att det maximalt ska ta en timme innan patienterna får en läkarbedömning.

Av akutmottagningarna kunde 42 stycken rapportera genomsnittlig tid till läkarbedömning (figur 7). Medianvärdet för dessa akutmottagningar var 1 timme och 17 minuter. Detta betyder att hälften av de 42 akutmottagningar som har lämnat uppgifter har en kortare genomsnittlig väntetid till läkare än 1 timme och 17 minuter, medan hälften av mottagningarna har en längre genomsnittlig väntetid till läkare. Variationerna mellan akutmottagningarna var stora, från 29 minuter vid en mottagning till 3 timmar för den mottagning som hade längst genomsnittlig tid.

Figur 7. Genomsnittlig väntetid till läkare vid akutmottagning under första halvåret 2010 (n=42)



Källa: Socialstyrelsen, 2011.

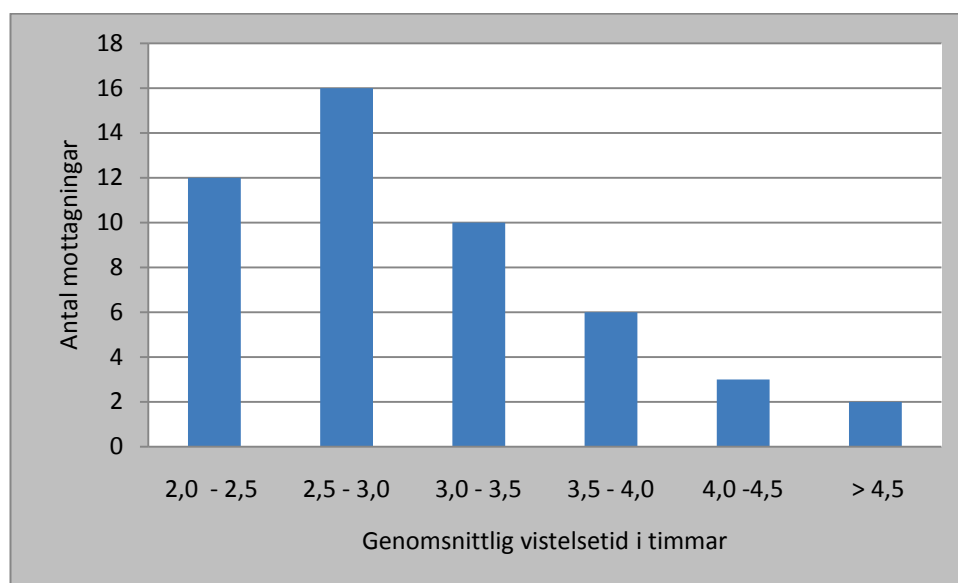
Andelen patienter som hade en maximal tid på en timme till läkarbedömning varierade stort mellan de 41 mottagningarna som har lämnat uppgift om detta; från 15 procent till 80 procent. Inga systematiska skillnader tycks finnas med avseende var i landet mottagningen finns, eller akutmottagningens storlek.

Total vistelsetid

Med total vistelsetid avses tiden mellan ankomst till akutmottagningen fram till patienten lämnar akutmottagningen. Definitionerna av "ankomst" och "avslut" varierar mellan mottagningarna, vilket påverkar jämförbarheten mottagningarna emellan.

Av totalt 66 svarande akutmottagningar har 49 lämnat uppgifter om genomsnittlig vistelsetid (figur 8). Medianen bland dessa kliniker var 2 timmar och 53 minuter. Kortast genomsnittlig vistelsetid var 2 timmar och 16 minuter och den längsta var 4 timmar och 36 minuter.

Figur 8: Genomsnittlig vistelsetid vid akutmottagning första halvåret 2010 (n=49)



Källa: Socialstyrelsen, 2011.

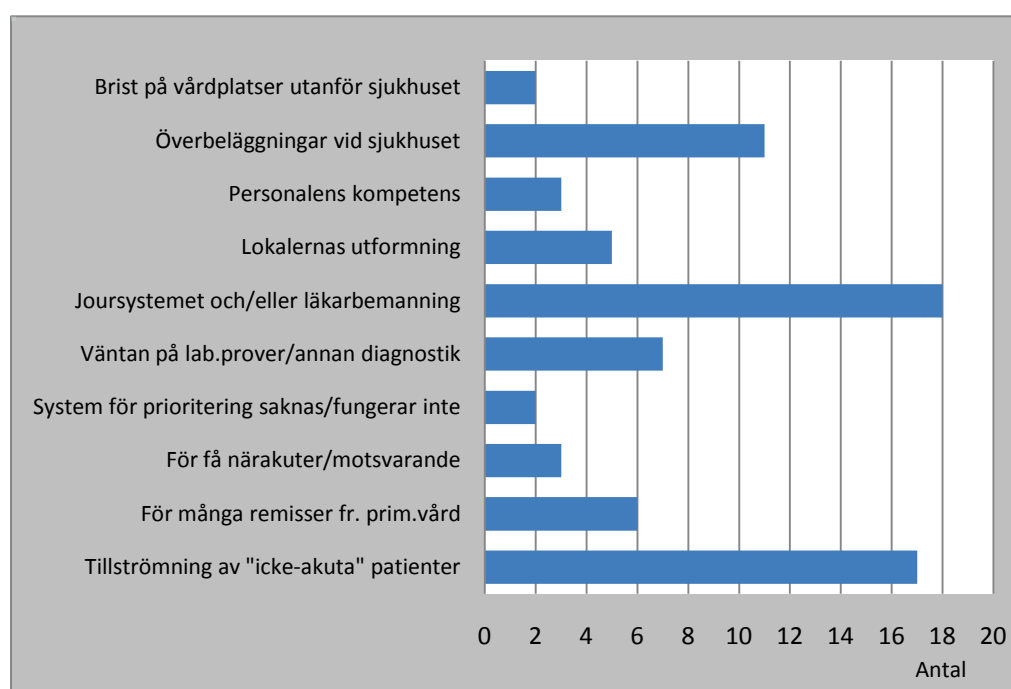
Uppgifter från kvalitetsregistret SVAR som omfattar sex akutmottagningar visar att den genomsnittliga vistelsetiden varierade mellan 2 timmar och 45 minuter till 4 timmar och 15 minuter. Vid den mottagning som hade längst genomsnittlig vistelsetid hade var fjärde patient vistats mer än 7 timmar vid akutmottagningen. Uppgifter från SVAR visar vidare att den genomsnittliga vistelsetiden var stabil över de studerade månaderna, men varierade över olika tider på dygnet. Kortast var den från midnatt fram till klockan 04.00 och som längst runt klockan 16.00 på eftermiddagen. Uppgifterna tyder också på att ålder har betydelse för den genomsnittliga vistelsetiden, ju högre ålder desto längre vistelse vid akutmottagningen.

Flertalet mottagningar, 52 stycken, har lämnat uppgifter om andel patienter med maximalt fyra timmars total vistelsetid vid akutmottagningen. Andelen varierar dock avsevärt mellan mottagningarna, från 56 procent till 94 procent.

Orsaker till väntetider

Eftersom akutmottagningarna påverkas av såväl in- och utflöde av patienter som av interna processer inom sjukhuset, utgör väntetider vid akutmottagningar ett komplext fenomen som får konsekvenser för flera områden inom hela hälso- och sjukvårdssystemet. För att korta väntetiderna angavs samverkan mellan akutmottagning, primärvård och kommunal vård och omsorg som en viktig åtgärd. Även systemet med jourläkare och läkarbemannning ser många landsting som viktiga faktorer när det gäller att åtgärda väntetiderna vid akutmottagningarna. Vidare angavs problem med tillströmning av "icke-akuta" patienter till akutmottagningen som en viktig orsak till långa väntetider. Problem med överbeläggningar inom sjukhuset angavs också vara en anledning till långa väntetider (figur 9).

Figur 9: Landstingens syn på vilka de främsta skälen är till långa väntetider vid akutmottagningarna. Flera svarsalternativ var möjliga att ange (n=21)



Källa: Socialstyrelsen, 2010.

Förutsättningar att mäta väntetider inom akutsjukvården

Detta kapitel ger en beskrivning av det arbete som pågår i landstingen kring att följa patienters väntetider vid akutmottagningarna. I Socialstyrelsens delrapport *Förutsättningar att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar* från december 2010 [8] framkom att väntetider vid akutmottagningar följs av samtliga landsting. Sex av landstingen uppgav dock att väntetider inte mäts vid samtliga mottagningar (tabell 1).

I delrapporten konstaterades också att det saknades kunskap om hur mätningarna går till, vilka termer och begrepp de bygger på, hur de är organiserade, vem som ansvarar för dem och till vad de används. För att få bättre klarhet i dessa frågor skickades en enkät ut till samtliga landsting under januari-februari 2011. Detta kapitel baseras i huvudsak på resultaten från denna enkät och på resultat från den tidigare enkäten som skickades ut i december 2010. Samtliga 21 landsting eller regioner har lämnat svar på båda dessa enkäter. Enkätfrågorna framgår av bilaga 4.

Vilka väntetider mäts?

I enkäten som skickades ut till landstingen under januari 2011 definierades fyra väntetider som är viktiga för patientens vård och som därför är aktuella att följa upp;

- tid från ankomst till triage eller prioritering
- tid från ankomst till läkarbedömning
- tid från triage eller prioritering till läkarbedömning och
- tid från ankomst till utskrivning.

Akutmottagningarna ombads att ange vilka av dessa tider som för närvarande mäts vid mottagningen.

Tid från ankomst till triage eller prioritering

Som beskrivits i avsnittet om akutmottagningarnas verksamhet, tillämpar så gott som samtliga akutmottagningar någon form av triagesystem för att sortera patienter efter symtomens allvarlighetsgrad. Resterande akutmottagningar använder någon annan form av sorteringsystem. Tiden från det att patienten kommer till akutmottagningen till dess att triage sker är viktig eftersom denna tid kan vara kritisk för patienter med mycket allvarliga tillstånd. I enkätsvaren anger drygt hälften av akutmottagningarna att mätningar av denna väntetid görs.

Tid från ankomst till läkarbedömning

En väntetid som är kritisk ur ett patientsäkerhetsperspektiv, är tiden från ankomst fram till att en läkare bedömer patientens vårdbehov, eftersom tiden innan läkarundersökningen kan utgöra en medicinsk risk då patientens tillstånd snabbt kan försämrats. Flera sjukdomstillstånd kräver också en snabb behandlingsinsats i ett tidigt skede för att inte bli förvärrade. Studier från England [12] har visat att en lång väntan från ankomst till kontakt med läkare ökar patienters oro och inverkar negativt på upplevelsen av vistelsen vid akutmottagningen.

Av akutmottagningarna mäter fyra av fem tiden från ankomst till läkarbedömning. I elva landsting mäts denna tid vid samtliga akutmottagningar.

Tid från triage eller prioritering till läkarbedömning

För att säkerställa att tiden mellan den initiala triageringen eller prioriteringen görs till dess att patienten får träffa en läkare inte blir för lång mäter drygt 40 procent av akutmottagningarna även denna väntetid.

Tid från ankomst till utskrivning

Tiden från ankomst till utskrivning, dvs. total vistelsetid vid akutmottagningen visar att nästan samtliga mottagningar (95 procent) mäter denna tid.

Svaren visar att tiderna för vad som följs upp varierar vid de olika akutmottagningarna i landet. De största mottagningarna, med över 200 000 besökare årligen, är också de som i störst omfattning genomför mätningar av samtliga fyra mätpunkter. De minsta mottagningarna, med färre än 50 000 besökare årligen, är de som i lägst utsträckning genomför mätningar av samtliga fyra mätpunkter. Den vanligaste mätningen vid de mindre akutmottagningarna är tid från ankomst till utskrivning. Tid från ankomst till läkarbedömning mäts också i viss utsträckning vid de mindre akutmottagningarna.

Drygt 45 procent av akutmottagningarna uppger också att de i dag har möjlighet att mäta väntetider uppdelat på olika prioriteringsgrupper enligt det triagesystem, eller annat sorteringsystem, som tillämpas. Flera akutmottagningar uppger dock att även om it-systemet gör det möjligt att få en sådan särredovisning, är det inget som kontinuerligt efterfrågas eller följs av verksamheterna. En akutmottagning uppger att väntetider för patienter 80 år och äldre redovisas särskilt.

Definitioner av mätpunkter

Väntetidsmätningarna vid akutmottagningar har utvecklats av de enskilda landstingen, som också har tagit fram egna riktlinjer för definitioner av mätpunkter. Akutmottagningarna ombads därför att ange vilka definitioner de tillämpar för ankomst respektive utskrivning från akutmottagning.

Svaren visar att drygt hälften av akutmottagningarna registrerar tiden för ankomst vid anmälan i receptionen eller "luckan". Var fjärde mottagning registrerar ankomsttiden när patienten tar en nummerlapp, vilket sker före registrering i receptionen. Vid tio akutmottagningar registreras inte besöket förrän den första medicinska bedömningen görs. För några av dessa mottag-

ningar gäller dock att den första medicinska bedömningen görs av en sjuksköterska i receptionen. Variationerna i registrering av patientens ankomst till akutmottagningen beror bland annat på vilka tekniska möjligheter till registrering som finns och på hur arbetet vid mottagningen är organiserat.

Även definitionen av utskrivning skiljer sig åt mellan mottagningarna. Majoriteten uppger att patienten registreras som utskriven från akutmottagningen då patienten är medicinskt färdigutredd eller färdigbehandlad och fysiskt lämnar mottagningen. Tio akutmottagningar registrerar dock utskrivning då patienten är medicinskt färdigutredd eller färdigbehandlad men fortfarande är kvar på mottagningen och väntar på vidare transport från mottagningen. Någon mottagning uppger att olika tidpunkter för registrering av utskrivning tillämpas, beroende på om patienten skrivs in på vårdavdelning vid sjukhuset för vidare vård eller om patienten lämnar sjukhuset efter besöket på akutmottagningen.

I kommentarer framkommer att olika definitioner kring registrering av utskrivning av patienten har en stor inverkan på den totala vistelsetidens längd. Vid akutmottagningar som registrerar utskrivning då patienten fysiskt lämnar mottagningen kan den totala vistelsetiden bli mycket lång i de fall patienten behöver fortsatt vård vid sjukhuset men det är svårt att finna en vårdplats på grund av överbeläggning. De olika reglerna för registrering av ankomst och utskrivning försvårar därmed jämförelser av väntetider. Inför ett eventuellt införande av nationella väntetidsmätningar är det viktigt att skapa gemensamma definitioner för att säkerställa jämförbarhet av inrapporterad data.

Sammanställning av väntetidsuppgifter

Akutmottagningarna har också tillfrågats om det görs regelbundna sammanställningar av väntetidsuppgifter. Fyra av fem mottagningar uppger att sådana sammanställningar görs.

Mottagningarna sammanställer väntetidsinformation i syfte att följa upp akutvårdens verksamhet eller som underlag vid planering av verksamheten. Vid drygt hälften av dessa mottagningar används uppgifterna också för fördelning av resurser.

Skälen till att väntetidsuppgifter inte följs varierar. Flera av dem som inte sammanställer väntetidsuppgifter anger problem med it-system som en viktig orsak. Även om de flesta akutmottagningar anger att de har tillgång till elektroniska system för registrering av patienter, uppger flera att väntetidsmätningarna görs manuellt. En akutmottagning har givit följande beskrivning av hur mätningarna går till: *"Vi använder pappersläggare i dagsläget och måste räkna manuellt vilket är mycket tidskrävande"*.

Avsaknad av automatiserad registrering är också en förklaring till varför inte samtliga akutmottagningar mäter alla de fyra väntetider som anges ovan. Några akutmottagningar uppger att även om de olika mätningarna registreras, medför den manuella hanteringen av uppgifterna att statistik inte tas ut kontinuerligt.

Kvalitetssäkring av väntetidsuppgifter

Flera landsting anser att kvalitetssäkringen av väntetidsuppgifterna i många fall är bristfällig. Till exempel uppger flera akutmottagningar att kvalitetssäkring av väntetidsuppgifter måste göras manuellt, av en särskilt utsedd sjuksköterska eller av administrativ personal. Följande uttrycktes i ett enkät-svar: *”Manuell justering av uppenbara felaktigheter krävs eftersom det i nuvarande version av Akutliggaren saknas logiska kontroller”*.

Utöver problem med kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter uppger flera mottagningar att det finns relativt omfattande bortfall i väntetidssammanställningarna, eftersom registrering av olika mätpunkter inte är, eller har varit, obligatoriskt.

För att komma till rätta med brister i kvalitetssäkringen pågår arbete vid flera mottagningar. Exempelvis har flera landsting utarbetat riktlinjer eller anvisningar om hur registrering av uppgifter ska ske. I några få landsting görs också regelbundna stickprov av väntetidsuppgifterna.

Ankomstsätt

Ett sätt att gradera allvarlighetsgraden i patienternas sjukdomstillstånd vid akutmottagningarna, kan vara att utgå från hur patienten anländer till mottagningen. I den enkät som skickades ut under januari 2011 ombads därför akutmottagningarna att uppge hur patienter anländer till akutmottagningarna. Enkätsvaren visar att de vanligaste sätten att anlända är gående eller med ambulans. I genomsnitt anländer 65 procent av besökarna gående medan 26 procent anländer med ambulans. För båda ankomstsätten finns dock en stor spridning mellan olika akutmottagningar. Vad gäller andelen patienter som ankommer med ambulans, kan detta i viss utsträckning relateras till mottagningens storlek och verksamhet, och därigenom kapacitet. Större akutmottagningar har ofta en högre andel ankommande med ambulans.

Möjlighet att rapportera till en nationell databas

Drygt två tredjedelar av akutmottagningarna bedömer att det är möjligt att rapportera väntetider till en nationell databas. Av dem som idag gör sammanställningar av väntetidsstatistik uppger nio av tio att de skulle kunna rapportera till en nationell databas, dock med reservation för att samtliga mätpunkter inte är möjliga att rapportera och att kvaliteten på de inrapporterade uppgifterna i många fall är bristfällig.

Pågående förbättringsarbete

Väntetiderna vid akutmottagningar påverkas av såväl in- som utflöde av patienter. Dessa är i sin tur beroende av interna processer inom sjukhuset eller i organisationen av vård och omsorg utanför sjukhuset. Samverkan mellan akutmottagningar, primärvård och kommunal vård och omsorg är viktig i arbetet med att korta väntetider vid akutmottagningarna. Inom sjukhuset är det framför allt svårigheter att få tillgång till vårdplatser och överbeläggningar som medverkar till långa vistelsetider på akutmottagningarna. Vad gäller det interna flödet och processerna uppgav flera mottagningar att

läkarkompetens med senior ledningsläkare, eller akutläkare, på akutmottagningen har stor betydelse för att korta väntetiderna.

Väntetiderna påverkas således av många faktorer, varav flera ligger utanför akutvårdens verksamhet och är svåra att påverka. Trots det pågår en hel del förbättringsarbete på akutmottagningarna med syfte att lösa problematiska väntetidssituationer som uppstår i vardagen. Så har till exempel närmare hälften av akutmottagningarna upprättat skriftliga instruktioner om hur långa väntetider som uppstår under dagen, ska hanteras. Ytterligare några akutmottagningar uppger att sådana instruktioner håller på att utarbetas. Instruktionerna kan till exempel ange när bakjour ska kontaktas, när läkarbemanningen ska ökas eller när annan omfördelning av personal ska ske.

Var tredje mottagning har också inrättat observationsplatser avsedda för patienter vid akutmottagningarna som behöver övervakas under en längre tid. Syftet med sådana platser är att kunna följa ett symtom eller sjukdomsförlopp under en kortare tid, utan att behöva skriva in patienten vid sjukhuset eller att skicka hem patienten för tidigt. En annan aspekt som framhållits är att observationsplatser gör att patienterna slipper ”ligga i korridoren”.

Information till patienter

Många studier visar att patienters upplevelser av vistelsen vid akutmottagningar påverkas av bemötande från personal och av tillgång till information om väntetider, om sjukdomstillstånd och om behandling [13,14]. I enkäten som skickades ut under januari 2011 tillfrågades därför akutmottagningarna också om hur patienter informeras om det aktuella väntetidsläget. Resultaten visar att information om väntetider ges av flera personalkategorier i olika situationer, men att det ofta saknas en uttalad ansvarsfördelning för vem som ska ge denna information. Information om väntetider kan ges vid patientens ankomst av sjuksköterska i receptionen eller vid det första mötet med läkare. Flera akutmottagningar menar att patienter får fortlöpande information om väntetider av personal vid behov.

Omkring en femtedel av akutmottagningarna har möjlighet att ge information om väntetider via monitor i väntrummet. Vid några mottagningar ges detaljerad information om aktuellt väntetidsläge för olika specialiteter. Vid andra mottagningar ges en mer övergripande information i de fall väntetiderna är långa. Flera mottagningar uppger att de under 2011 kommer att installera monitorer i väntrummen i syfte att informera om det aktuella väntetidsläget.

Ett fåtal akutmottagningar uppger att information om aktuellt väntetidsläge också ges via information på sjukhusets hemsida. Vid en genomgång av hemsidorna för dessa akutmottagningar hittades dock lättillgänglig information om aktuellt väntetidsläge endast på hemsidan för Södersjukhuset i Stockholm. En akutmottagning uppger att primärvården har tillgång till mottagningens väntetidsläge, detta för att kunna förmedla denna information vid eventuell remittering av patienter.

Registrering av andra kvalitetsindikatorer än väntetider

Patienters upplevelse av ett akutvårdsbesök påverkas även av andra faktorer än väntetider vilka kan vara värdefulla att följa upp. Registrering av andra kvalitetsuppgifter är också viktigt från ett patientsäkerhetsperspektiv. På en direkt fråga i enkäten uppgav tre fjärdedelar av mottagningarna att de registrerar andra kvalitetsuppgifter vid sidan av väntetider. Av några kommentarer framkommer dock att en större andel än så registrerar andra typer av kvalitetsuppgifter. Vilka uppgifter som registreras och analyseras varierar mellan mottagningarna. Som exempel på två sådana indikatorer kan nämnas avvikelserapportering och hantering och följsamhet av hygienanvisningar. Flera mottagningar deltar också i olika kvalitetsregister, såsom registret för hjärtintensivvård eller strokesjukvård.

Flera akutmottagningar har tagit fram kvalitetsmått för omvårdnad vid mottagningen eller använder sig av resultat från patientenkäter vid planering och utveckling av verksamheten.

Några mottagningar följer även upp andra väntetider än de som redovisats ovan. Det kan t.ex. gälla svarstider från röntgen eller laboratoriet eller tiden från det att patienterna är färdigbehandlade vid akutmottagningen tills dess de skrivs in vid någon av sjukhusets vårdavdelningar.

Några akutmottagningar har tagit fram uppgifter för flera kvalitetsmått som tillsammans ger ett underlag för att bedöma vårdens kvalitet vid mottagningen. Ett exempel är akutkliniken vid S:t Görans sjukhus i Stockholm som arbetar med en uppsättning kvalitetsmått indelade i tre delområden; ”säker vård”, ”patientfokuserad vård” och ”vård i rimlig tid”. Inom området säker vård ingår t.ex. läkemedelsavvikelser, MRSA-infektioner, följsamhet till hygienrutiner och lex Maria-anmälningar. Inom området patientfokuserad vård ingår mått på nutrition, resultaten från patientenkäter och ärenden till patientnämnden. Det mått som används inom området vård i rimlig tid är total vistelsetid vid mottagningen.

Engelska erfarenheter av att mäta väntetider vid akutmottagningar

Forskning visar att ett snabbt omhändertagande av patienter med akuta tillstånd har en positiv inverkan på både det medicinska resultatet och på patienters upplevelser av vården [15,16]. Flera studier som har utrett patienters upplevelser av vårdens kvalitet vid akutmottagningar visar också att patienterna uppfattar god kvalitet i akutsjukvården i termer av god tillgänglighet och korta väntetider, men också som möjlighet till smärtlindring, tillgång till mat och dryck, ett gott bemötande från sjukvårdspersonal och tillgång till information om vårdprocessen [13,14].

Ur kvalitetssynpunkt och ur ett generellt patientperspektiv är det således viktigt att kunna erbjuda rimliga väntetider vid akutmottagningarna. Som ett sätt att säkerställa rimliga väntetider har flera länder under senare år börjat mäta och följa upp väntetider vid akutmottagningar. Till exempel genomför England, USA och Australien väntetidsmätningar. Även om en strävan efter korta väntetider sannolikt främjar processtänkande och logistik är det viktigt att kontrollera att förändringar som genomförs för att korta väntetiderna inte äventyrar patientsäkerheten. Patientsäkerhet och effektivitet måste anses vara av större vikt än frågan om att vissa patienter får vänta länge. Eftersom akutmottagningens verksamhet i hög grad påverkar och påverkas av annan verksamhet vid och utanför sjukhuset, är det också viktigt att insatser för att korta väntetiderna inte skapar problem inom andra verksamheter.

England har sedan början av 2000-talet genomfört väntetidsmätningar vid akutmottagningar. Dessa mätningar har också varit kopplade till ett ersättningsystem. I detta avsnitt sammanfattas de engelska erfarenheterna.

Den engelska akutsjukvårdens organisation

Hälso- och sjukvårdssystemet i England leds av Department of Health genom det offentligt finansierade National Health Service (NHS). NHS är uppdelat i primärvård och specialistvård, vilka i sin tur styrs av Primary care trusts och Acute care trusts. Akutmottagningarna i England är indelade efter tre nivåer. Den första nivån är sjukhusbundna akutmottagningar som har kapacitet och resurser att omhänderta traumapatienter för flera olika specialiteter såsom medicin, kirurgi och ortopedi, medan den andra nivån utgörs av sjukhusbundna mottagningar som specialiserat sig inom ett område. Den tredje nivån utgörs av närakuter som kan vara lokaliserade vid vårdcentraler eller i anslutning till en sjukhusbunden akutmottagning. Akutmottagningar på nivå tre har kapacitet och resurser att omhänderta patienter med mindre allvarliga åkommor och sjukdomar. Akutmottagningar i England tar emot patienter utan krav på remiss från primärvård eller annan specialistvård.

År 2001 publicerade Department of Health en 10-årsplan för förbättringsarbeten inom akutvården, som bland annat berörde frågan om bemanning

[17]. Akutmottagningarna fick i uppdrag att se över personalens kompetens och att omorganisera verksamheten i multidisciplinära och multiprofessionella team. Erfarna specialist- eller akutmottagningsspecialister ska leda teamen och vara behandlingsansvariga i enskilda patientfall. Enligt en studie från 2010 finns 852 akutmottagningsspecialister i England (emergency medicine consultants) vid akutmottagningar av typ ett och två, vilket motsvarar i genomsnitt 4 heltidsarbetande akutmottagningsspecialister per akutmottagning. I studien argumenterar man för ett behov av rekrytering av fler akutmottagningsspecialister i syfte att öka kompetensen vid akutmottagningarna [18].

År 2010 tog akutmottagningarna i England emot strax över 20 miljoner besök och majoriteten av akutmottagningar på nivå ett tog emot över 60 000 besök årligen.

Krav om maximalt fyra timmars vistelsetid vid akutmottagningen

Precis som i många andra länder med offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystem har England haft problem med långa väntetider inom sjukvården i allmänhet men också vid akutmottagningar [12].

Väntetider vid akutmottagningar har följts upp sedan början av 2000-talet och 2004 kompletterades mätningarna med ett krav på maximalt fyra timmars total vistelsetid för 95 procent av samtliga patienter. Sedan beslutet togs 2004, har de totala vistelsetiderna kortats väsentligt. Vid införandet 2004 hade cirka 80 procent av patienterna en total vistelsetid under fyra timmar. 2010 klarade mottagningarna fyratimmarskravet för strax över 97 procent av patienterna [19].

Krav på fyra timmars vistelsetid avskaffades 2010

På inrådan av den medicinska professionen vid flera akademiska institutioner beslutade Department of Health i juni 2010 att avskaffa fyratimmarskravet [12]. Fortfarande ska dock akutmottagningarna mäta och följa upp patienters totala vistelsetid vid akutmottagningen (se avsnittet *Införande av åtta medicinska indikatorer* nedan). Beslutet att avskaffa kravet om maximalt fyra timmars vistelse vid akutmottagningar ingår som en del i en större översyn av hur National Health Service styrs med hjälp av processinriktade resultatindikatorer [20].

Beslutet fattades med hänvisning till att en målnivå för väntetid i sig inte tar hänsyn till vare sig vårdkvalitet, resultatet av vården, patientens upplevelse eller bidrar till att utveckla verksamheterna. Till exempel har kritik framförts om att en ensidig fokusering på mätning av maximal vistelsetid vid akutmottagningen inte gör någon skillnad mellan väntetid och övrig tid, såsom tid för undersökning och behandling. Tack vare den medicinska och teknologiska utvecklingen har flertalet akutmottagningar i dag möjlighet att göra grundliga utredningar och starta behandlingar för patienter, vilket i vissa fall medför en längre vistelsetid vid akutmottagningen än fyra timmar [12,21]. Akutmottagningarnas ökade möjligheter till medicinsk bedömning och behandling innebär också att fler patienter kan vårdas i hemmet i stället för att skrivas in vid sjukhusens vårdavdelningar. Det har också hävdats att kravet om fyra timmars total vistelsetid skapat ett incitament vid akutmot-

tagningarna att låta patienter passera mottagningen så fort som möjligt, för att istället skriva in dem för slutenvård vid sjukhusen för fortsatt utredning och vård. Det har dock inte varit möjligt att från tillgänglig statistik bedöma om ökade inskrivningar vid sjukhusen är en konsekvens av fyratimmarskravet. En studie av en akutmottagning med cirka 100 000 besökare årligen visar att under perioden 2000 till 2006 varierade andelen inskrivningar från akutmottagningen till vårdavdelningar vid sjukhuset. Andelen inskrivningar varierade under hela undersökningsperioden och kunde därmed inte relateras till införandet av fyratimmarskravet 2004 [22].

Införande av kvalitetsindikatorer för akutvård

För att ersätta målnivån om fyra timmars maximal vistelsetid vid akutmottagningar har Department of Health och representanter för den medicinska professionen gemensamt arbetat fram åtta nya indikatorer vilka tillsammans syftar till att ge en vidare och mer sammanhängande bild av akutmottagningars arbete och resultat [12]. Indikatorerna fokuserar på vårdens kvalitet och patienters upplevelser av vård vid akutmottagningen. De riktlinjer som publicerats i anslutning till indikatorerna poängterar att isolerade statistiska uppgifter inte räcker för att bedöma vårdens kvalitet och patienters upplevelser av vården vid akutmottagningen. De enskilda indikatorerna utgör därför inte mål i sig, utan mottagningarna ska göra en samlad analys och tolkning av samtliga indikatorer utifrån de specifika omständigheter som gäller för den individuella akutmottagningen. För utveckling av verksamheten uppmuntras akutmottagningarna att jämföra sig med andra mottagningar med till exempel liknande organisationsstruktur, verksamhet och geografiskt läge. Det betonas också att det är viktigt att involvera såväl beslutsfattare som personal och patienter i analysen och tolkningen av indikatorerna.

Insamling och uppföljning av uppgifter

Uppgifter för de åtta indikatorerna kommer att samlas in från och med april 2011. Indikatorerna kommer att ses över årligen för att kontinuerligt uppmäna till en diskussion om utvecklingen av akutmottagningars verksamhet och resultat. Förutom samtliga sjukhusbundna akutmottagningar, berörs även andra akutmottagningar som tar hand om patienter med mindre allvarliga tillstånd utan krav på inbokat besök.

Uppgifter för indikatorerna ska samlas in kontinuerligt och publiceras antingen månadsvis, kvartalsvis eller i ett fall halvårsvis beroende på vilken indikator det gäller.

Varje enskild akutmottagning ansvarar för att publicera uppgifter för indikatorerna enligt ett särskilt schema. I samband med publicering av uppgifterna får akutmottagningarna möjlighet att också publicera en analys och tolkning av uppgifterna. Uppgifterna ska finnas tillgängliga för allmänheten på respektive mottagnings eller sjukhus webbsida för att möjliggöra jämförelser. Uppgifter för respektive akutmottagning kommer sedan att samlas ihop av NHS Information Centre som gör nationella sammanställningar av data. I de fall indikatorerna innehåller rekommendationer om vad som bör betraktas som lägst acceptabel nivå eller längst accepterad väntetid för indikatorn, kommer NHS att bedöma akutmottagningen efter dessa mått [23].

Åtta medicinska kvalitetsindikatorerna

Nedan ges en kort presentation av de engelska kvalitetsindikatorerna [12]. För en närmare beskrivning av indikatorerna, se bilaga 5. Fyra av indikatorerna relaterar till patienternas väntetider. De fyra indikatorerna är:

- total vistelsetid vid akutmottagning
- procent av patienter som lämnar akutmottagningen utan att ha träffat läkare
- tid från ankomst till första bedömning (för patienter som anländer med ambulans)
- tid från ankomst till tid till läkare som startar behandling.

Indikatorerna om vistelsetid och väntetid har valts eftersom forskning visar att långa väntetider på behandling för akuta tillstånd utgör en potentiell medicinsk risk. Riktlinjer om hur långa väntetiderna bör vara i majoriteten av fall är kopplade till samtliga fyra indikatorer.

Ytterligare tre indikatorer är direkt kopplade till patientsäkerhet:

- undvikbar slutenvård för akut tillstånd vid två diagnoser (hudinfektion och djup ventrombos)
- oplanerade återbesök vid akutmottagningen inom sju dagar
- patienter inom vissa riskgrupper som får en medicinsk bedömning av akutmottagningens läkare före utskrivning från akutmottagningen

Den sista indikatorn ställer krav på akutmottagningen att göra en kvalitativ beskrivning av hur arbetet går till för att förbättra patienternas upplevelser av besök vid akutmottagningen. Indikatorn har inkluderats för att ytterligare fokusera på patientperspektivet.

Diskussion och slutsatser

Akutsjukvården är en omfattande verksamhet inom hälso- och sjukvården som många medborgare någon gång i livet kommer att besöka. De som söker akutsjukvård har alla en önskan om att få ett snabbt omhändertagande och att då få vänta kan upplevas som mycket frustrerande. Patientsäkerheten kräver dock att man har ett välfungerande system för att prioritera mellan olika patienter så att de som är i behov av snabba vårdinsatser tas omhand först. Ett effektivt resursutnyttjande ställer i sin tur krav på att verksamheten bedrivs med en god logistik och väl anpassade resurser. Ur kvalitetssynpunkt och ur ett generellt patientperspektiv är det också viktigt att kunna erbjuda rimliga väntetider vid akutmottagningarna. Patientsäkerheten och effektiviteten måste dock anses vara av större vikt än frågan om att vissa patienter får vänta länge. Eftersom akutmottagningens verksamhet i hög grad påverkar annan verksamhet vid och utanför sjukhuset är det också viktigt att insatser för att korta väntetiderna inte skapar problem inom andra verksamheter.

Förutsättningarna för att följa väntetider vid akutmottagningar är goda

En första slutsats från detta arbete är att kunskapen är mycket begränsad vad gäller omfattningen av och innehållet i den verksamhet som akutmottagningarna bedriver. Det saknas exempelvis en samlad kunskap om hur många patienter som tas omhand, vad de söker för, liksom om vilka sambanden är mellan akutsjukvård och övrig verksamhet.

Detta betyder inte att landstingen och mottagningarna själva inte följer upp verksamheten. Tvärtom visar de enkäter som myndigheten genomfört att det finns goda förutsättningar för att nationellt sammanställa uppgifter om väntetider inom akutvården. En förutsättning för en sådan uppföljning är dock att det utarbetas gemensamma definitioner av termer och begrepp.

De uppgifter som myndigheten har tagit del av visar att väntetider, med några få undantag, sammanställs regelbundet av akutmottagningarna för att användas i styrning och planering av verksamheten. I de flesta landsting finns också målnivåer när det gäller maximal väntetid och fastställda krav på hur stor andel av patienterna som ska få vård inom denna tid. Ett antal landsting fördelar också resurser med dessa mätningar som underlag.

Total vistelsetid och tid till läkare föreslås bli nationella mått

I uppdraget har ingått att föreslå en modell för nationella mätningar av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. I den modell som Socialstyrelsen föreslår ingår utöver den totala vistelsetiden från dörr till dörr, tiden mellan ankomst och den första läkarbedömningen. Den senare tiden är central ur flera aspekter. För det första är den viktig ur ett riskperspektiv, ju tidigare läkarbedömningen kan göras desto mindre blir de medicinska riskerna för att patientens hälsotillstånd ska förvärras av väntetiden. Den andra

aspekten är att läkarbedömningen styr vårdprocessen och en tidig läkarbedömning innebär därmed också att väntetiden blir kortare i de flesta fall. Den tredje aspekten är att det är viktigt för patienten att snabbt få träffa en läkare då detta har betydelse för den oro som patienten känner, vilket i sig kan påverka det tillstånd patienten söker för negativt.

Systemet för att följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar på nationell nivå föreslås bli en del av patientregistret. Det betyder att uppgifterna ska rapporteras löpande enligt samma rutiner som övriga uppgifter inrapporteras till registret. En sådan utveckling av registret kräver dock särskilda insatser och måste ses i ljuset av andra förändringar som sker i registret. För att snabbt komma i gång med en nationell uppföljning föreslår Socialstyrelsen att ett första rapporteringstillfälle sker under 2012.

Utvecklingsarbete behövs för att ta fram kompletterande kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i akutsjukvården handlar också om andra aspekter än väntetider som t.ex. att minimera medicinska risker och felsteg. Ett alltför ensidigt fokuserande på att korta väntetiderna kan innebära att patientsäkerhetsarbetet kommer i andra hand och att riskerna för felbedömningar ökar.

I rapporten refereras erfarenheter från den engelska sjukvården där man 2004 införde krav på mätningar av väntetider som visade i vilken mån mottagningarna levde upp till målet om maximalt fyra timmars vistelsetid vid akutbesök. Uppföljningar av detta system ledde dock till att man numera har övergett denna målsättning och i stället infört åtta olika kvalitetsindikatorer, som ska avspegla tillgänglighet och väntetider, medicinsk säkerhet samt patienternas upplevelse av vården.

Mot bakgrund av detta föreslår Socialstyrelsen att myndigheten i samråd med landstingen och SKL tar fram förslag på vilka indikatorer utöver de föreslagna väntetidsmåten som är viktiga för att följa upp verksamheten vid sjukhusens akutmottagningar.

Nationell samverkan kring utveckling av akutsjukvården

Inom ramen för arbetet med uppdraget har landstingen tillfrågats om vad de anser vara de främsta orsakerna bakom långa väntetider vid akutmottagningarna. Av svaren framgår att nästan samtliga landsting anser att läkarbemanningen och joursystemet utgör ett problem. Även en alltför stor tillströmning av icke-akuta patienter ansågs av majoriteten av landstingen utgöra en orsak. Drygt hälften av landstingen uppgav också att brist på vårdplatser gjorde att väntetiderna blir långa.

Av de enkäter som har ingått i utredningen framgår också att i de flesta landsting pågår förbättringsarbeten för att komma till rätta med olika problem. Då vissa av problemen är gemensamma ser Socialstyrelsen det som önskvärt att ett samarbete mellan landstingen kommer till stånd för att sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas samtidigt som vårdens samlade kvalitet och resultat förbättras.

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Landsting, Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting; 2009.
2. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU-rapport 197; 2010.
3. Socialstyrelsen. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagningen? En nationell verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
4. Socialstyrelsen. Patientsäkerhet vid akutmottagningar. Rapport från verksamhetstillsyn vid sex akutmottagningar i Södra sjukvårdsregionen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
5. Öhrlings PricewaterhouseCoopers. Revisionsrapport Akutsjukvården inom landstinget – en förstudie. Komrev; 2002.
6. Backman A-S. Emergency care seeking behavior in relation to patients' and providers' perceptions and attitudes. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
7. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
8. Socialstyrelsen. Förutsättningar att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
9. Socialstyrelsen. Tema: Akut omhändertagande. Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. MARS-rapport Nr 6. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
10. Kommunförbundet, Landstingsförbundet. Utvecklingen i Svensk Hälso- och sjukvård. Stockholm: Kommunförbundet, Landstingsförbundet; 2004.
11. Ekelund U.A. A national Swedish Emergency Register (ANSWER), oral presentation Scandinavian EM, EUSEM: Stockholm; 2010.
12. Department of Health. A & E Clinical Quality Indicators, Implementation guide. London; Department of Health; 2010. Hämtad 2011-01-17 från <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Urgentandemergencycare/index.htm>.
13. Muntlin Å. Identifying and improving quality of care. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala Universitet; 2009.
14. Nyström M, Dahlberg K, Carlsson, G. Non-caring encounters at an emergency care unit –a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. IJNS 2003;40:761-9.
15. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department crowding. Ann Emerg Med 2008;52:126-36.
16. Downing A, Wilson R.C, Cooke M.W. Which patients spend more than 4 hours in the Accident and Emergency department? J Pub Health 2004; 26(2):172-6.

17. Department of Health. Reforming emergency care: first steps to a new approach. London: Department of Health; 2001. Hämtad 2011-01-17 från <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Urgentandemergencycare/index.htm>.
18. The College of Emergency Medicine. Emergency medicine consultants; workforce recommendations. London; 2010.
19. Department of health. Hospital Activity Statistics. London; Department of Health; 2010. Hämtad 2011-01-17 från <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/HospitalEpisodeStatistics/index.htm>.
20. Department of Health. Inriktningen för översynen är att ersätta processinriktade resultatindikatorer som saknar kliniskt stöd med indikatorer som fokuserar på medicinska resultat. Se vidare i White paper Equity and Excellence: liberating the NHS, Department of health, 2010. Hämtad 2011-01-17 från http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_118602.
21. Department of Health. A & E Clinical Quality Indicators: Data definitions. London; Department of Health; 2010. Hämtad 2011-01-17 från <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Urgentandemergencycare/index.htm>.
22. Freeman J, Croft S, Cross S, Yap C, Mason S. The impact of the 4 h target on patient care and outcomes in the Emergency Department: an analysis of hospital incidence data 2011;27:921-7.
23. Department of Health. The operating framework for the NHS in England 2011/12. London; Department of health; 2010. Hämtad 2011-01-17 från http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122738.
24. Sprivulis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelenik GA. The Association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. MJA 2006;184(5):208-12.



REGERINGEN

Regeringsbeslut

I:4

2010-09-09

S2010/6418/HS
(delvis)

Socialdepartementet

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

SOCIALSTYRELSEN	
Ink	2010 -09- 10
Doss.	5.2
Dnr	27977/2010
Handl.	

Uppdrag att utreda förutsättningarna att följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar

Regeringens beslut

Regeringen beslutar att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna att på nationell nivå mäta och sammanställa information om väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar. I uppdraget ingår dels att beskriva vilken väntetidsinformation som redan samlas in av landstingen, dels att utifrån denna information ge en bild över hur långa väntetiderna är vid de sjukhus eller mottagningar som mäter detta i dag. Socialstyrelsen ska vidare lämna ett förslag till hur ett system för uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar kan byggas upp på nationell nivå.

Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Om så anses befogat ska den forskning som genomförs vid landstingens FoU-verksamheter inom akutsjukvården beaktas.

En delrapport ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 17 december 2010. Delrapporten ska innehålla en redovisning av den väntetidsinformation som i dag finns tillgänglig hos huvudmännen och som myndigheten sammanställt inom ramen för uppdraget vid denna tidpunkt. Vidare ska delrapporten innehålla en beskrivning av inriktningen på det fortsatta arbetet med ett system för att följa väntetiderna på nationell nivå.

En slutrapport ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2011. Slutrapporten ska, förutom en sammanlagd redovisning av väntetidsinformationen som samlats in, innehålla myndighetens förslag till hur ett system för uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar kan byggas upp på nationell nivå.

Bakgrund

Akutmottagningen vid ett sjukhus är i hög utsträckning dess knutpunkt. Med sin nyckelposition i hela sjukhusorganisationen ger en akutmottagning återverkningar på sjukhusets samlade verksamhet.

Trots akutmottagningarnas centrala position i vården saknas det ett system för att på nationell nivå samla in information om dessa verksamheter. Svensk Förening för Akutsjukvård arbetar dock för att skapa ett nationellt kvalitetsregister för akutsjukvården – Svenska Akutvårdsregistret (SVAR). De särskilda undersökningar som genomförts på området pekar på att drygt 1,8 miljoner besök görs årligen vid landets sjukhusbundna akutmottagningar och att detta antal har ökat kontinuerligt.

Väntetiderna och den allmänna situationen på akutmottagningar har i förekommande fall varit problematisk på några håll i landet. En hög belastning vid akutmottagningar ökar risken för försämrat omhändertagande och långa väntetider vilket i sin tur kan påverka både patientsäkerheten och patienternas tillfredsställelse med vården.

Befintlig forskning visar dock att det finns metoder som kan ge väl fungerande akutmottagningar. Statens beredning för medicinsk utvärdering publicerade våren 2010 en systematisk översikt av det vetenskapliga underlaget för sortering av patienter på akutmottagning utifrån riskbedömning, s.k. triage. I översikten framkom bl.a. att när arbetet organiseras i olika flödesprocesser (exempelvis en särskild process för patienter som med stor sannolikhet behöver tas in på sjukhuset) minskar dels patienternas väntetid för att träffa läkare, dels den sammanlagda tid som de vistas på akutmottagningen.

En god tillgänglighet till hälso- och sjukvården är avgörande både för vårdens kvalitet och för patienternas tillfredsställelse. Ett viktigt steg som gjorts i Sverige för att förbättra tillgängligheten är den nationella vårdgarantin som slöts mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting 2005. För att stimulera landstingen att arbeta med uppfyllandet av vårdgarantin kom regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting i början av 2009 överens om en långsiktig resultatbaserad överenskommelse som omfattar en miljard kronor per år under perioden 2010–2012, den s.k. kömiljarden. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven om uppfyllande av vårdgarantin får ta del av medlen. Från och med den 1 juli 2010 är även en särskild vårdgarantiparagraf införd i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som motsvarar den tidigare vårdgarantiöverenskommelsen från 2005.

Skälen för regeringens beslut


De satsningar som gjorts under senare år i form av t.ex. kömiljarden och en lagstadgad vårdgaranti, har stärkt patientens ställning och förbättrat

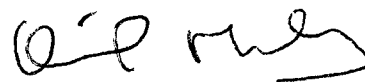
tillgängligheten. Regeringens ambition är att ytterligare skapa möjligheter för förbättrad tillgänglighet.

För att kunna utveckla tillgängligheten till landets sjukhusbundna akutmottagningar bedömer regeringen att det är angeläget att påbörja arbetet med att utreda förutsättningarna att samla in uppgifter om väntetider vid dessa verksamheter. Då ett antal landsting redan mäter väntetider vid akutmottagningarna är det viktigt att ta tillvara de erfarenheter som finns. I uppdraget ingår därför att kartlägga vilka landsting som mäter väntetider i dag samt beskriva hur datainsamlingen går till. Det kan t.ex. gälla frågor om hur akutpatienternas väntetider registreras, med vilken periodicitet dessa redovisas samt om särredovisning av olika patientgrupper kan anses nödvändig utifrån hur akuta vårdbehoven bedöms vara. I denna del är det särskilt viktigt att beakta kunskapen hos de FoU-verksamheter som finns inom akutsjukvården vid flertalet sjukhus runt om i Sverige samt det arbete som genomförts vid uppbyggnaden av det svenska akutvårdsregistret. För att få en bild över hur långa väntetiderna är i dag ska Socialstyrelsen även redovisa den information som finns i landstingen beträffande både väntetidernas faktiska längd samt de målnivåer som satts upp för de sjukhusbundna akutmottagningarna.

I uppdraget ingår vidare att föreslå vilken information som kan anses nödvändig att samla in på nationell nivå för att man ska få en bild av situationen när det gäller väntetider inom den sjukhusbundna akutsjukvården. För att underlätta inrapportering för huvudmännen bör en analys göras över vilka avgränsningar som kan anses nödvändiga när det gäller statistiken som samlas in. För att undvika dubbelregistreringar bör vidare utgångspunkten i ett förslag vara att statistiken i så hög utsträckning som möjligt ska bygga på vad kliniker och sjukhus redan samlar in via t.ex. sina patientadministrativa system. Erfarenheter från arbetet med det nationella kvalitetsregistret för akutsjukvården bör beaktas i denna del.

På regeringens vägnar


Cristina Husmark Pehrsson



Henrik Moberg

Likalydande till

Sveriges Kommuner och Landsting

Kopia till

Statsrådsberedningen/SAM

Justitiedepartementet/L6

Finansdepartementet/BA

Finansdepartementet/KE

Karolinska institutet/Institutionen för klinisk forskning och utbildning

Bilaga 2

Bilaga 2: Medverkande vid workshop den 10 januari 2011

Kent Björk, Norrbottens läns landsting
Malin Bruce, Socialstyrelsen
Ulf Ekelund, Svenska Akutvårdsregistret (SVAR)
Anna Ekvall, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor
Nasim Farrokhnia, Akademiska sjukhuset, Uppsala läns landsting
Mats Granberg, Örebro läns landsting
Harald Grönqvist, SKL
Marianne Hanning, Socialstyrelsen
Ann Holmberg, Socialstyrelsen
Björn Hansson, Östergötlands läns landsting
Marlene Kerber, Örebro läns landsting
Sven Oredsson, Region Skåne
Lojsan Sundström, Norrbottens läns landsting
Jarl Torgerson, Västra Götalandsregionen

Bilaga 3: Tabellmall beträffande väntetidsstatistik från akutmottagningar

Inrapportering av väntetidsdata för perioden 1 januari-30 juni 2010 av landsting/region:

	Sjukhusbundna akutmottagningar			
	Mottagning	Mottagning	Mottagning	Mottagning
Antal besök				
Antal överförda till slutenvård vid sjukhuset				
Tid till läkare medelvärde (m) i minuter				
Tid till läkare medianvärde (md) i minuter				
Andel (%) patienter med en maxtid på 1 timme till läkare				
Den totala vistelsetiden medelvärde (m) i minuter				
Den totala vistelsetiden medianvärde (md) i minuter				
Andel (%) patienter med en maxtid på 4 timmar för den totala vistelsetiden				

Kommentar till väntetidsdata:

Instruktion för ifyllande:

- Innan du börjar fylla i tabellen, spara ner den i din egen dator. Namnge tabellen enligt följande: Sammanställning väntetid akutmottagning + landstingets/regionens namn
- Fyll i tabellen i de gråmarkerade fälten (klicka dig fram med musen eller tabtangenten).
- Spara den ifyllda tabellen och skicka den med e-post till akutvard1@socialstyrelsen.se senast den **14 februari 2011**.

Har du frågor är du välkommen att höra av dig till:

Louise Yngve, louise.yngve@socialstyrelsen.se, 075-247 38 79

Malin Bruce, malin.bruce@socialstyrelsen.se, 075-247 38 77

Med vänliga hälsningar

Marianne Hanning

Projektledare, 075-247 36 35

Bilaga 4

Bilaga 4: Enkät beträffande väntetidsmätningar till landstingens sjukhusbundna akutmottagningar

Enkät om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Enkäten innehåller 18 frågor med bundna svarsalternativ. Det finns också utrymme för kommentarer. Uppgifter önskas per sjukhus och vi har utgått ifrån de uppgifter, som vi fick i samband med enkäten i november 2010. Om någon sjukhusbunden akutmottagning saknas i enkäten, kontakta oss. Enkäten besvaras elektroniskt, se nedan.

Landsting/region:
Namn:
Befattning:
Telefon:
E-post:

Enkäten besvaras på följande vis:

- Öppna de bifogade filerna. Får du en fråga om makron svarar du ”Ja” eller ”Aktivera”.
- Spara enkäten i din dator. Namnge enkäten med landstingets/regionens namn enligt följande:
Enkät väntetid akutvård + landstingets/regionens namn
- Fyll i enkäten i de gråmarkerade fälten (klicka dig fram med musen eller tabtangenten). **Undvik semikolon** när du skriver in text.

Skicka enkäten senast den **14 februari 2011** till
akutvard1@socialstyrelsen.se

Har du frågor är du välkommen att höra av dig till:
Louise Yngve, louise.yngve@socialstyrelsen.se, 075-247 38 79
Malin Bruce, malin.bruce@socialstyrelsen.se, 075-247 38 77

Med vänliga hälsningar

Marianne Hanning
Projektledare
075-247 36 35

Fråga 1. Hur stort är det primära upptagningsområdet för akutmottagningen?

Ange befolkningsunderlag i tusental

Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning

Fråga 2. Vilka verksamheter finns vid akutmottagningen?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 2:

Fråga 3. Håller akutmottagningen öppet 24 timmar om dygnet, samtliga veckodagar?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 3:

Fråga 4. Uppskatta hur stor andel (%) av besökarna vid akutmottagningen som anländer:

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Gående			
Med ambulans el. helikopter			
Med taxi, färd- tjänst, sjuktransport, polistransport			
Från annan klinik vid sjukhuset (inneliggande på sjukhuset)			

Kommentar till fråga 4:

Fråga 5. Finns läkare specialiserade inom akutmedicin vid mottagningen?

Ange i kommentarrutan om det finns ST i akutmedicin vid mottagningen.

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 5:

Fråga 6. Vilka tider mäts på akutmottagningen?

Flera svarsalternativ är möjliga.

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Tid från ankomst till triage/prioritering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid från ankomst till läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid från triage/prioritering till läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid från ankomst till utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 6:

Fråga 7. När registreras patientens ankomst till akutmottagningen?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Då patienten tar nummerlapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid anmälan i luckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid första med. bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 7:

Fråga 8. När registreras patienten som utskriven från akutmottagningen?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Då patienten är medicinskt färdigutredd/färdigbehandlad, men väntar på transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Då patienten är medicinskt färdigutredd/färdigbehandlad och fysiskt lämnar mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 8:

Fråga 9. Vilken metod används för att prioritera patienterna?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Metts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adapt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 9:

Fråga 10. Redovisas väntetiderna uppdelat på olika prioriteringsgrupper?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 10:

Fråga 11. Har akutmottagningen tillgång till observationsplatser för patienter?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 11:

Fråga 12. Finns skriftliga instruktioner för åtgärder vid långa väntetider som uppstår under dagen?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 12:

Fråga 13. Vilket IT-system/journalsystem används vid akutmottagningen för att följa väntetider?

Akutmottagning
Akutmottagning
Akutmottagning
Akutmottagning

Kommentar till fråga 13:

Fråga 14. Hur kvalitetssäkras väntetidsuppgifterna?

Akutmottagning
Akutmottagning
Akutmottagning
Akutmottagning

Fråga 15a. Sammanställs de registrerade väntetidsuppgifterna vid akutmottagningen idag?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fråga 15b. Om ja på fråga 15a, i vilket syfte sammanställs väntetidsuppgifterna?

Flera svarsalternativ är möjliga.

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Underlag för planering av verksamheten vid kliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppföljning av akutvårdens verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fördelning av resurser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 15:

Fråga 16. Skulle akutmottagningen i dagsläget kunna rapportera in väntetidsuppgifter till en nationell databas?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 16:

Fråga 17. Hur informeras patienter vid akutmottagningen om det aktuella väntetidsläget?

Flera svarsalternativ är möjliga.

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Muntligt, vid det första mötet med läkaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Publikt i väntrummet, via t.ex. monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via information på hemsidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar till fråga 17:

Fråga 18a. Registreras några andra kvalitetsuppgifter vid sidan av väntetider vad gäller verksamheten?

Svarsalternativ	Akutmottagning	Akutmottagning	Akutmottagning
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fråga 18b. Om ja på fråga 18a, beskriv vilka

Akutmottagning
Akutmottagning
Akutmottagning
Akutmottagning

Kommentar till fråga 18:

Eventuellt ytterligare kommentar angående förutsättningar för att mäta väntetider vid akutmottagningarna:

Stort tack för din medverkan!

Bilaga 5: Beskrivning av engelska kvalitetsindikatorer

För varje indikator har Department of Health formulerat ett mål, en motivering, en beskrivning av indikatorn ur ett patientperspektiv och en beskrivning av vad som kan indikera bra respektive mindre bra vård för indikatorn. Till sist presenteras också ett diskussionsunderlag över hur akutmottagningarna kan analysera och förstå olika resultat för indikatorn. Utöver detta finns för varje indikator en teknisk beskrivning hur mätningarna ska genomföras. Detta ingår dock inte i beskrivningen här.

Indikator 1	Undvikbar slutenvård för akuta tillstånd: procent av besök på akutmottagning för hudinfektion och djup ventrombos som resulterar i inskrivning vid sjukhus
Mål	Färre inskrivningar av patienter med hudinfektion och djup ventrombos.
Motivering	Indikatorn har valts eftersom diagnoserna är vanliga och det finns stora variationer mellan akutmottagningar vad gäller om diagnoserna leder till inskrivning vid sjukhus. Indikatorn har valts eftersom målet att nå färre inskrivningar vid sjukhusen för dessa diagnoser kräver ett verksamhetsperspektiv vid förändringsarbete.
Patientperspektiv	Jag som patient vill få bästa möjliga vård och om möjligt undvika inskrivning vid sjukhus. Om mitt tillstånd är mindre allvarligt är det bekvämare för mig att få behandling nära hemmet eller vid mitt besök på akutmottagningen. Jag vill få den vård jag behöver för att mitt tillstånd inte ska bli sämre och jag behöver bli inskriven vid sjukhus.
Vad indikerar bra vård?	Patienten bör få behandling i hemmet eller vid akutbesöket utan att behöva bli inskriven vid sjukhuset, när detta är säkert och effektivt.
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	Onödiga inskrivningar vid sjukhusen. Det är av största vikt att riktlinjer följs för att säkerställa att öppenvård endast ges i fall då det är medicinskt säkert.
Diskussion	Graden av överföring från akutmottagning till inskrivning vid sjukhus påverkas inte endast av diagnos utan även av patientens totala hälsostatus och sjukhusets organisation.

Indikator 2	Oplanerade återbesök vid akutmottagningen inom sju dagar efter första besök.
Mål	Att minska oplanerade återbesök vid akutmottagningen genom bättre vårdkvalitet och bättre kommunikation under det första besöket.
Motivering	<p>Patienter återkommer till akutmottagningen inom sju dagar för samma sökorsak på grund av fel initial diagnostisering, fel behandling eller oklar information om behandling från sjukvårdspersonal.</p> <p>Andra orsaker till återbesök inom sju dagar är psykisk ohälsa eller missbruk.</p> <p>Effektiv och bra vård vid första besöket påverkar vårdens resultat och patientens upplevelser av akutmottagningen positivt.</p> <p>Akutmottagningarna ska inte sträva efter noll återbesök eftersom vissa patienter ska återkomma om t ex. tillståndet förvärras.</p> <p>Akutmottagningen ska dock sträva efter att minska antalet återbesök och analysera variationer i återbesök över tid. Då variationerna är stora ska akutmottagningens åtgärder för att minska antalet återbesök analyseras för att säkerställa god vård.</p>
Patientperspektiv	Om oförutsedda saker händer efter mitt första besök vid akutmottagningen kommer jag att söka vård igen. Orsaken till detta kan vara att medicinska misstag begicks vid mitt första besök eller att jag inte förstod den information som sjukvårdspersonalen gav mig.
Vad indikerar bra vård?	<p>Patienter ska få rätt diagnos, behandling och information vid sitt första besök vid akutmottagningen.</p> <p>Tillstånd kan dock förvärras även efter behandling och komplikationer kan uppstå. Patienter som återkommer till akutmottagningen inom sju dagar för samma sökorsak bör därför få träffa en erfaren specialistläkare.</p> <p>Internationella studier och medicinsk expertis visar att graden av återbesök bör ligga under 5 procent. Samtidigt kan färre än 1 procent återbesök vara en reflektion av dålig vård.</p>
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	<p>Ett stort antal patienter återkommer till akutmottagningen med samma sökorsak.</p> <p>Minska antalet återbesök genom att hänvisa till primärvård eller genom inskrivning vid sjukhus.</p>
Diskussion	<p>Vid analys av återbesöksstatistik kan det vara bra att titta separat på dem som har ett respektive flera återbesök vid akutmottagningen.</p> <p>En hög andel återbesök är inte endast en återspeglning av vården vid akutmottagningen, utan kan också bero på dålig tillgänglighet i primärvården. Analysen av återbesökspatienter bör därför ha ett organisationsperspektiv.</p>

Indikator 3	Total vistelsetid vid akutmottagningen. Median, 95:e percentil och enskilt längsta vistelsetiden ska mätas.
Mål	Att korta väntetiderna för patienterna vid akutmottagningen och bättre följa patienten under besöket, för att säkerställa att patienter inte väntar orimligt länge på vård vid mottagningen.
Motivering	<p>Långa vistelsetider vid akutmottagningen kan kopplas till sämre resultat av vården och sämre patientupplevelser.</p> <p>Långa vistelsetider kan också kopplas till lång väntan på transport, väntan på behandling och att patienter lämnar mottagningen före kontakt med läkare.</p> <p>Att mäta total vistelsetid möjliggör för akutmottagningen att följa och förstå variationen i vistelsetid för olika patienter. Denna kunskap bidrar till ett omhändertagande av patienter med olika symtom efter olika prioritering.</p>
Patientperspektiv	Att låta mig vänta länge på en säng på sjukhuset, eller på att bli utskriven från akutmottagningen gör mig orolig. Väntan kan också innebära en medicinsk risk. Genom att snabbt se till att jag får rätt vård på rätt vårdnivå minimeras min oro och ökar mina chanser att bli bättre.
Vad indikerar bra vård?	<p>Väntetider vid akutmottagningen bör minimeras, men vården ska inte skyndas på. Den medicinska och tekniska utvecklingen gör att fler utredningar och behandlingar kan genomföras vid akutmottagningen. Detta kan bidra till en längre total vistelsetid men är positivt för patienten.</p> <p>Vid analysen av uppgifter för patienters totala vistelsetid är det viktigt att ta hänsyn till organisationsstruktur och arbetssätt vid akutmottagningen.</p> <p>Internationell litteratur visar att mer än fyra-sex timmars vistelsetid vid akutmottagningen kan leda till sämre vårdresultat [24].</p>
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	<p>Ett stort antal patienter med en lång vistelsetid vid akutmottagningen.</p> <p>Kompromissa med vårdens kvalitet för att korta patienternas totala vistelsetid vid akutmottagningen.</p> <p>Långa väntetider på utredning eller behandling under vistelsen vid akutmottagningen eller lång väntetid på transport till annan avdelning vid sjukhuset vid inskrivning.</p> <p>Under perioden då akutmottagningarna följdes upp efter hur väl de uppfyllde fyratimmerskravet, observerade flera mottagningar ett ökat antal inskrivningar av patienter som närmade sig fyratimmersgränsen. Att ta bort fyratimmerskravet men fortfarande mäta total vistelsetid vid akutmottagningen ger sjukvårdspersonal medicinsk frihet att omhänderta patienter baserat på medicinsk prioritet. Detta kan bidra till att undvika korta inskrivningar vid sjukhusen.</p>
Diskussion	<p>Total vistelsetid innefattar både vårdtid och väntetid. Den här indikatorn syftar till att minska väntetiderna utan att kompromisser sker med vårdtiden.</p> <p>Uppgifter om total vistelsetid presenteras i två grupper, beroende på om besöket resulterade i en inskrivning vid</p>

sjukhuset eller om patienten kunde lämna mottagningen för hemmet eller t ex. kommunalt boende.

Indikatorn om total vistelsetid borde aldrig analyseras utan hänsyn till de andra indikatorerna.

Indikator 4	Procent av patienter som lämnar akutmottagningen utan att ha träffat läkare
Mål	Att förbättra patienternas upplevelse av akutmottagningen och minska den medicinska risken för patienter med allvarliga sjukdomstillstånd.
Motivering	<p>Patienter som lämnar akutmottagningen efter att deras besök har registrerats men före de träffar en läkare, kan vara akut sjuka och bli sämre utan akutvård.</p> <p>Hög andel patienter som lämnar akutmottagningen utan att ha träffat en läkare är kopplat till långa väntetider och sämre patientupplevelser vid mottagningen.</p> <p>För att undvika att patienter lämnar akutmottagningen utan att ha träffat en läkare, bör samtliga mottagningar informera patienter om varför väntetiden är lång och hur lång den förväntas bli.</p>
Patientperspektiv	Jag lämnar akutmottagningen eftersom något har gjort mig missnöjd och eftersom jag inte har fått den vård jag anser mig behöva ännu.
Vad indikerar bra vård?	Patienter som lämnar akutmottagningen utan att ha träffat en läkare ska endast göra detta efter att ha fått information om sitt tillstånd. Medicinsk expertis visar att ungefär 5 procent av samtliga besökare vid akutmottagningar kan förväntas lämna utan att ha träffat en läkare.
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	Hög andel patienter som lämnar akutmottagningen utan att ha träffat en läkare är ett tecken på dålig organisering eller kvalitet på vården.
Diskussion	<p>Denna indikator bör analyseras med hänsyn till andra indikatorer, såsom indikator två (oplanerade återbesök).</p> <p>En vanlig orsak till att patienter lämnar akutmottagningen utan att ha träffat en läkare är långa väntetider. Den medicinska risken för patienter som lämnar mottagningen utan att ha träffat en läkare kan avgöras genom att titta på patienternas diagnos, symtom och prioritering.</p>

Indikator 5	Kvalitativ beskrivning av vad akutmottagningen har gjort för att bedöma patientupplevelser och hur mottagningen arbetar för att förbättra patienternas upplevelser.
Mål	Att förbättra patienternas upplevelser och erfarenheter av akutmottagningar
Motivering	<p>Patienters upplevelser är en kvalitetsindikator för akutmottagningen som kan influeras av förväntningar, bemötande och information från sjukvårdspersonal, väntetider och den medicinska vården.</p> <p>Indikatorn bör ta hänsyn till kvalitativa uppgifter och inte enbart förlita sig på kvantitativt material, såsom patientenkäter.</p>
Patientperspektiv	Jag vill ha en sjukvård som tar hand om mina medicinska behov men som också bemöter mina emotionella behov. Det betyder att få vård i rimlig tid i en säker, bekväm och omhändertagande miljö och att bli bemött med respekt, ärlighet och värdighet.
Vad indikerar bra vård?	En akutmottagning bör lyssna på den individuella patientens upplevelser av besöket och uppmuntra till feedback. Akutmottagningen bör använda information från patienterna för att förbättra verksamheten.
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	Att inte ta hänsyn till eller uppmuntra feedback från patienter.
Diskussion	Indikatorn ska fungera som ett stöd i diskussioner mellan personal i hur verksamheten kan förbättras.

Indikator 6	Tid från ankomst till tid för första bedömning för alla patienter som anländer med ambulans (Första bedömning innebär en undersökning av patientens vitalparametrar, smärtnivå och risknivå).
Mål	Att minska den medicinska risken kopplad till väntetid på första bedömning för patienter som anländer med ambulans.
Motivering	<p>Många akuta tillstånd kräver ett snabbt omhändertagande. Perioden från ankomst till första bedömning utgör en potentiell medicinsk risk.</p> <p>Den första medicinska bedömningen bör innehålla undersökning av vitala parametrar. Information bör om möjligt också ges till patienten tillsammans med eventuell smärtlindring. Den första medicinska bedömningen syftar till att avgöra prioriteringsnivå för behandling.</p> <p>Att korta tiden mellan ankomst och tid till första bedömning kan förbättra det medicinska resultatet och patientens upplevelse av vården.</p> <p>Indikatorn kommer att gälla patienter som anländer med ambulans, men samma princip gäller även för patienter som anländer gående och uppvisar allvarliga akuta symtom.</p>
Patientperspektiv	Att inte veta om jag är allvarligt sjuk gör mig orolig och antagligen har jag ont. Att inte veta om sjukvårdspersonalen är medvetna om mitt tillstånd gör mig än mer orolig. Möjlighet till bedömning och smärtlindring när jag behöver det, gör mig mindre orolig och mer avslappnad.
Vad indikerar bra vård?	Tid från ankomst till första bedömning bör vara så kort som möjligt. Medicinsk expertis visar att tid till första bedömning

	<p>inte bör överstiga 20 minuter.</p> <p><i>Ankomst för patienter som anländer med ambulans</i> = när ambulanspersonal överlämnar patienten till sjukvårdspersonal vid akutmottagningen eller 15 minuter efter att ambulansen har anlänt till akutmottagningen, beroende vilket som är först.</p> <p><i>Ankomst för patienter som anländer gående</i> = tid för ankomst bör registreras av den sjukvårdspersonal som registrerar patientens besök vid receptionen. Om en medicinsk bedömning görs vid detta tillfälle stoppas klockan.</p>
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	Patienter med allvarliga akuta tillstånd som får vänta mer än 20 minuter från ankomst till första bedömning.
Diskussion	Första medicinska bedömning innebär en undersökning av patientens vitalparametrar, smärtnivå och risknivå

Indikator 7	Tid från ankomst till tid till läkare som startar behandling
Mål	Att minska den medicinska risken och patienters oro kopplad till tid från ankomst till behandling.
Motivering	Tiden som patienten väntar på diagnostisering och behandling är en medicinsk risk och skapar oro hos patienten.
Patientperspektiv	Att inte veta om jag är allvarligt sjuk eller vilka undersökningar och tester jag behöver gör mig orolig. Att snabbt få en diagnos och behandling minskar min oro.
Vad indikerar bra vård?	<p>Behandling i ett tidigt skede har en positiv inverkan på många tillstånd och sjukdomar.</p> <p>Medicinsk expertis visar att behandling bör starta 60 minuter efter ankomst, men allvarliga tillstånd kan behöva ett än snabbare omhändertagande.</p>
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	<p>Stort antal patienter som får vänta mer än 60 minuter på behandling.</p> <p>En snabb bedömning av en läkare, som inte resulterar i start av behandling, för att uppnå en kort tid till behandling är inte acceptabelt. Att bli undersökt av en läkare som sedan behöver konsultera en mer senior läkare för beslut om behandling är inte "best practice".</p>
Diskussion	<p>Fokuseringen på tid till behandling (eller tid till första bedömning) får inte ske på bekostnad av sämre vårdkvalitet. För att undvika detta bör samtliga indikatorer analyseras tillsammans.</p> <p>Patienter som uppvisar allvarliga sjukdomssymtom ska få det snabbaste omhändertagandet. Indikatorerna tillsammans möjliggör för sjukvårdspersonalen att fokusera på patienternas medicinska prioritet snarare än på indikatorn som ett resultatmått.</p>

Indikator 8	Procent av patienter inom specifika riskgrupper som får en medicinsk bedömning av en akutläkare före utskrivning från akutmottagningen.
Mål	Att förbättra den medicinska processen och resultatet för vuxna med icke-traumatisk bröstsmärta och för patienter som återkommer till mottagningen för samma sökorsak inom 72 timmar.
Motivering	Forskning visar att akutläkare och erfarna specialistläkare har en bättre förmåga att identifiera potentiellt livshotande tillstånd hos patienter, som mer oerfarna AT-läkare kan missa. Patienter ur de valda två riskgrupperna kan ha ett potentiellt livshotande tillstånd och bör därför undersökas av akutläkare eller erfarna specialistläkare.
Patientperspektiv	Om jag är allvarligt sjuk och får lämna akutmottagningen utan att ha träffat en akutläkare eller erfaren specialist, finns en större risk att jag har fått fel diagnos eller fler behandling.
Vad indikerar bra vård?	Medicinsk expertis visar att alla patienter med allvarliga risksymtom borde bli medicinskt bedömda av en akutläkare. I praktiken kan detta bli svårt att genomföra vid vissa akutmottagningar, på grund av brist på anställda akutläkare. I dessa fall bör annan erfaren specialist eller ST-läkare inom akutmedicin genomföra den medicinska bedömningen.
Vad indikerar mindre bra vård eller vård som inte är säker?	Att oerfarna läkare eller läkare under utbildning skriver ut patienter utan att mer erfarna läkare har gjort en bedömning.
Diskussion	Om akutmottagningen inte har tillgång till tillräckligt många akutläkare eller erfarna specialistläkare, kan följande åtgärder bli nödvändiga: <ul style="list-style-type: none"> • Ökat antal akutläkare • Översyn av akutläkares och andra specialistläkares tjänstgöringsscheman • Översyn av akutläkares och andra specialistläkares arbetsbörda