

Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Rapport december 2014

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

Artikelnummer 2014-12-4

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2014

Förord

Regeringen gav i maj 2014 Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utvecklingsarbetet och uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. För akutsjukvården innebär uppdraget årliga mätningar samt att analysera och förklara orsaker och konsekvenser av skillnader i tillgängligheten.

Denna rapport baseras i första hand på en enkät till landstingen som avser verksamheten vid akutmottagningarna under första halvåret 2014. Jämförelser görs också med de tidigare mätningarna från 2010–2013.

Den expertgrupp som bistått Socialstyrelsen under det tidigare arbetet har fortsatt sitt arbete att tillsammans med oss utveckla de indikatorer som är relevanta för uppföljning av den öppna akutsjukvården.

Rapporten har utarbetats av utredaren Mats Granberg. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Kort om akutsjukvård	9
Uppföljningsmodell och metod	10
Nationellt uppföljningssystem.....	11
Metod	11
Resultat	13
Väntetider första halvåret 2014	13
Verksamhet första halvåret 2014.....	26
Slutsatser och diskussion	29
Referenser	37
Bilaga 1. Väntetider per akutmottagning	39
Bilaga 2. Besöksvolym 2013 och 2014	41

Sammanfattning

Fortfarande långa väntetider på akuten

Socialstyrelsen har genomfört årliga mätningar av väntetiderna vid landets akutmottagningar sedan år 2010. Denna rapport baseras på uppgifter från första halvåret 2014 för 70 sjukhusbundna akutmottagningar. De väntetidsmått som används är *Total vistelsetid* på akutmottagningen, det vill säga från ”dörr till dörr” och *Tid till läkarbedömning*. Alla väntetidsmått i rapporten är medianvärden.

Total vistelsetid på akutmottagning

Den genomsnittliga totala vistelsetiden för samtliga akutmottagningar första halvåret 2014 var 2 timmar och 50 minuter. Detta är en något längre tid än vid motsvarande mätning 2013. Sedan den första mätningen 2010 har vistelsetiden ökat med 28 minuter.

Mellan 2013 och 2014 ökade vistelsetiden på drygt hälften, 29 av akutmottagningarna, och minskade på 24 akutmottagningar av dem som rapporterat in tider för bägge åren.

Tid till läkarbedömning

Väntetiden till en första läkarbedömning under första halvåret 2014 var 57 minuter och därmed på samma nivå som år 2013.

Från mätningen 2010 till i år 2014 har denna väntetid förlängts med 7 minuter. Ökning och minskning av väntetiden till läkare per mottagning mellan 2013 och 2014 uppvisar en liknande bild som för vistelsetiden, 28 stycken redovisar en längre väntetid och 21 akutmottagningar en kortare.

Patientgruppen 80 år och äldre

Patientgruppen 80 år och äldre har, precis som vid tidigare mätningar, en längre total vistelsetid i jämförelse med totalantalet patienter. Denna patientgrupps vistelsetid är i genomsnitt 35 minuter längre. Vistelsetiden har dessutom ökat med 6 minuter mellan 2013 och 2014.

Medianväntetiden till läkarbedömning är marginellt längre för patientgruppen 80 år och äldre jämfört med den förra mätningen. Detta medför att det inte längre är någon skillnad mellan samtliga patienter och gruppen 80 år och äldre.

Patientgruppen 80 år och äldre har i denna mätning samma väntetid till läkarbedömning men en längre total vistelsetid på akutmottagningen i jämförelse med samtliga patienter.

Stora skillnader i väntetider över landet

Den största skillnaden i total medianvistelsetid mellan två akutmottagningar uppgår till 2 timmar och 29 minuter. Den akutmottagning som redovisar kortast total vistelsetiden är akutmottagningen i Sundsvall/Härnösand med 1 timme och 45 minuter. Akutmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala uppvisar den längsta totala vistelsetiden med 4 timmar och 14 minuter.

Vistelse tiden för genomsnittspatienten i Uppsala är nästan 2,5 gånger så lång som för motsvarande patient i Sundsvall/Härnösand.

Skillnaden i väntan på läkarbedömning är 1 timme och 30 minuter mellan Kalix som har den kortaste och Södersjukhusets akutmottagning som har den längsta väntetiden. På Södersjukhusets akutmottagning får genomsnittspatienten vänta på läkarbedömning nästan fem gånger så lång tid som i Kalix, Piteå och på CapioS:t Görans akutmottagning.

Antal besök ökar

Antalet besök på landets akutmottagningar uppgick under första halvåret 2014 till 1,22 miljoner och har därmed ökat med 1,3 procent i jämförelse med samma period 2013.

Utifrån dessa uppgifter uppskattas det totala antalet besök för helår 2014 till 2,45 miljoner.

Kvalitetsindikatorer

De två kvalitetsindikatorerna som kommer att ingå i den månadsvisa uppföljningen från och med 2015, *återkommer inom 72 timmar* och *avvikit efter läkarbedömning*, har begärts in för 2014. Syftet har varit att få en utgångspunkt för kommande uppföljning.

Flertalet landsting har dock haft betydande svårigheter att leverera data i överensstämmelse med de fastlagda definitionerna vilket medför att uppgifterna från denna mätning inte kan utgöra startpunkt för kommande mätningar.

Bakgrund

Kort om akutsjukvård

Akutsjukvården utgör en central och omfattande del av sjukvården. Begreppet ”akutsjukvård” omfattar all vård som är föranledd av medicinskt akuta tillstånd. Detta inkluderar vård och behandling inom såväl akut öppenvård som akut slutenvård. Socialstyrelsens definition av akutvård lyder [1]:

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.

Akuta öppenvårdsbesök definieras i Socialstyrelsens termbank [2] som ”öppenvårdsbesök där patients tillstånd kräver omedelbar bedömning”.

Det inryms en stor variation i hur allvarliga patienternas tillstånd är vid dessa ”akuta öppenvårdsbesök” vilket också återspeglas i det numera stora spektrumet av enheter som tar hand om patienterna. Det finns en stor variation mellan landstingen/regionerna¹ hur man organiserat den akuta vården.

Problemen med väntetider som finns inom svensk hälso- och sjukvård och som ibland beskrivs som den svenska sjukvårdens akilleshäls finns också inom akutsjukvården och då främst inom den del som utgörs av de traditionella sjukhusbundna akutmottagningarna. Problematiken består inte bara av problem med väntetider utan även av en ökande efterfrågan vilket i sin tur kan påverka kvaliteten i omhändertagandet, patientsäkerheten och patienternas nöjdhet och uppfattning om vården.

Uppdrag

Socialstyrelsen fick i maj 2014 ett uppdrag att fortsätta utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Uppdraget är ett samlat uppdrag kring mätningar, analyser och systemutveckling och det hålls samman av principen om att följa patientens väg genom vården. Som en del av detta uppdrag, ska Socialstyrelsen årligen mäta väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar.

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

Uppföljningsmodell och metod

Mätpunkter och tidsindikatorer

Socialstyrelsens mätpunkter utgör basen för den nationella väntetidsuppföljningen och är tidpunkterna för:

- ankomst till akutmottagning,
- första läkarbedömning, och
- när patienten lämnar akutmottagningen.

I denna modell ingår två väntetidsindikatorer som kan följas med hjälp av ovanstående mätpunkter. Dessa tidsindikatorer är:

- total vistelsetid (TVT), och
- tid till läkarbedömning (TTL).

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



Kvalitetsindikatorer

I de tidigare regeringsuppdragen ingick att komplettera tidsindikatorerna med kvalitetsindikatorer med inriktning på exempelvis patientsäkerhet och patientupplevelse. Kvalitetsindikatorerna är:

- andel patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende och återkommit inom 72 timmar,
- andel patienter som avviker efter läkarbedömning,
- andel patienter som uppger sig ha fått information om väntetider vid sitt besök på akutmottagningen,
- andel patienter som uppger att kvaliteten varit god på akutmottagningen, och
- andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig.

De definitioner, mätpunkter och indikatorer som mätningarna bygger på har tagits fram med stöd av en expertgrupp bestående av personer med erfarenhet av akutverksamhet [3].

En mer utförlig beskrivning av ovanstående uppföljningsmodell, mätpunkter och indikatorer återfinns i föregående rapport [3].

Nationellt uppföljningssystem

Det system som Socialstyrelsen arbetat fram för att följa upp väntetider och kvalitet i akutsjukvården baseras på månadsvis inrapportering av uppgifter till det nationella patientregistret (PAR).

Rapporteringen är obligatorisk från och med 2015. Under 2014 har myndigheten initierat ett implementerings- och kvalitetssäkringsarbete med frivillig inrapportering där framför allt Västra Götalandsregionen testat att rapportera månadsvis till patientregistret. Ytterligare fyra landsting har efter sommaren 2014 påbörjat testrapportering.

Varje månads inrapportering kommer att omfatta de tre månaderna som föregår rapporteringsmånaden. Socialstyrelsen har bedömt att detta är tillräckligt för att alla uppgifter om vårdkontakten ska vara registrerade i landstingens patientadministrativa system.

Socialstyrelsen har publicerat en rapport [4], i vilken olika målgruppers behov av och önskemål om statistikinhåll redovisas.

Vid myndigheten pågår även ett projekt som ska utarbeta och utveckla former för hur Socialstyrelsens statistik ska produceras, publiceras och presenteras [5].

Slutsatserna i rapporten och resultatet av publiceringsprojektet kommer att styra innehållet i och formen för publiceringen av den specialiserade vårdens akutuppgifter. Med ett väl strukturerat innehåll och en genomtänkt form för publicering skapas förutsättningar för både lokala och nationella uppföljningar.

Metod

Underlaget till denna rapport har liksom vid tidigare mätningar inhämtats genom en enkät till landstingen. Enkäten för 2014 är den femte i ordningen sedan det första regeringsuppdraget 2010. Tidigare enkäter [6, 7, 8, 3] har förutom volymer och väntetider även behandlat organisation, bemanning och arbetsformer. Årets enkät är koncentrerad till volymer och väntetider samt har ett tillägg med två frågor för kvalitetsindikatorerna; ”Åter in inom 72 timmar” och ”Avvikit utan behandling”.

Därutöver har en fråga tillkommit som efterfrågar vistelsetiden för de patienter som skrivs in i slutenvård. Frågan gäller både för det totala antalet patienter och för gruppen 80 år och äldre/80+². Avsikten är att samla in underlag för att bedöma hur vårdplatssituationen på sjukhuset påverkar den totala vistelsetiden för de akutbesök som resulterar i en inskrivning i slutenvården.

I denna rapport redovisas inte bara uppgifter som gäller första halvåret 2014, även jämförelser med tidigare mätningar görs.

Avgränsningar

Mätningarna av väntetider inom akutsjukvården har sedan 2010 varit avgränsade till att gälla verksamheten vid de sjukhusbundna akutmottagningarna.

² I rapporten används omväxlande ”80 år och äldre” och ”80+” för denna patientgrupp.

Anledningen är de problem med hög belastning och långa väntetider som uppmärksammats och som framförallt finns på de traditionellt organiserade akutmottagningarna vid sjukhusen.

Med denna avgränsning fanns det 70 sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige våren 2014. I föregående rapport [3] finns definition av och uppgifter om samtliga sjukhusbundna akutmottagningar.

Med stöd av de uppgifter som från och med 2015 ska ingå i PAR kommer uppföljningen av svensk akutsjukvård att kunna utvidgas till att omfatta all akut specialiserad öppenvård oavsett var den bedrivs. Detta behandlas vidare i avsnittet Slutsatser och diskussion.

Svarsfrekvens

Enkät svar har inkommit från 68 av landets 70 akutmottagningar. Akutmottagningarna i Hässleholm och Trelleborg har inte svarat på enkäten.

De flesta landsting har under senare år kompletterat sina patientadministrativa system med en akutmodul eller akutliggare vilket är en förutsättning för att fullständigt kunna besvara de två tidsindikatorerna *Total vistelsetid (TVT)* och *Tid till läkarbedömning (TTL)*. Saknas akutmodul saknas också möjligheten att registrera mätpunkterna *Första läkarbedömning* och *Avslut av besök på akutmottagning*.

Antal inkomna svar per enkätfråga:

- TVT 59
- TVT 80+ 58
- TVT inskrivna 57
- TTL 55
- TTL 80+ 54
- Antal avvikit 42
- Antal åter inom 72h 33

De frågor med störst bortfall är *Antal patienter som avvikit* där 42 akutmottagningar lämnat svar och *Antal patienter som återkommit inom 72 timmar* där svar endast inkommit från 33 akutmottagningar.

Orsaker till att man inte lämnat svar är att dessa mått i vissa landsting inte regelmässigt mäts, att det därför inte finns registreringsmöjligheter i de patientadministrativa systemen. I andra fall har man uppgivit att det varit svårigheter få ut uppgifterna från de vårdadministrativa systemen.

Resultat

Väntetider första halvåret 2014

Tidsindikatorerna *Total vistelsetid* (TVT) och *Tid till läkarbedömning* (TTL) är de väntetider som ingår i de nationella uppföljningarna av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Jämförelsemåttet är ett medianvärde, dels per akutmottagning, dels med ett genomsnittligt medianvärde för samtliga akutmottagningar.

Eftersom detta senare mått inte tar hänsyn till variationen i antal besök per akutmottagning anser Socialstyrelsen inte att det är ett helt korrekt medianvärde för alla akutbesök på landets akutmottagningar.

Myndigheten har även efterfrågat andelen besök med en total vistelsetid under 4 timmar samt andelen patienter som fått vänta på läkarbedömning mindre än 1 timme. I årets rapport följer vi dock, till skillnad från tidigare rapporter, inte upp resultatet mot de mål som landstingen själva har beslutat.

Total vistelsetid

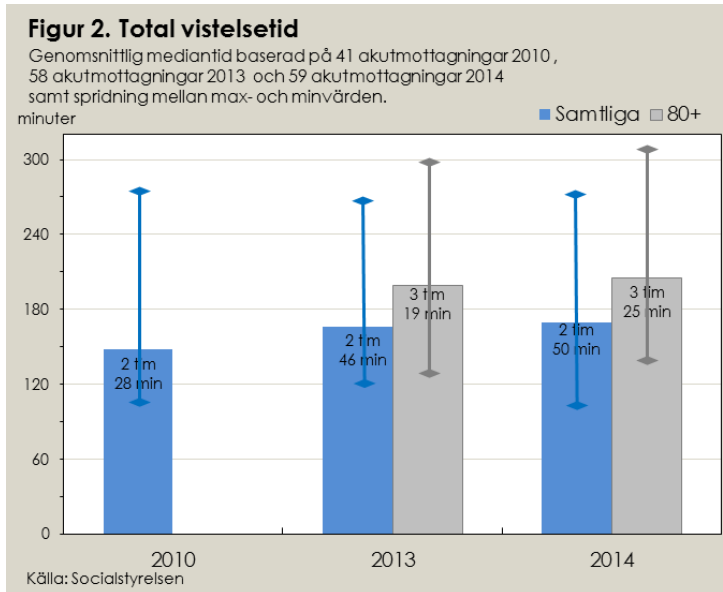
Medianvistelsetiden vid landets akutmottagningar var 2 timmar och 50 minuter under första halvåret 2014. Det är en försämring jämfört med 2 timmar och 28 minuter år 2010 (figur 2). Försämringen i TVT för det senaste året var marginell.

För 2010 lämnade 41 akutmottagningar uppgift om TVT, 2013 var antalet 58 stycken och för 2014 har 59 akutmottagningar lämnat uppgift om TVT.

En analys av svaren från årets mätning och de tidigare enkäterna, visar att väntetiderna har blivit längre och att det inte är den ökande svarsfrekvensen som förklarar de längre väntetiderna.

Liksom för åren 2012 och 2013 särredovisas patientgruppen 80 år och äldre i årets mätning. För 2012 finns dock dessa uppgifter endast på landstingsnivå och lämpar sig därför inte för direkta jämförelser med situationen 2013 och 2014.

En jämförelse mellan 2013 och 2014 visar att väntetiden för de äldre också försämrats något.



Medianväntetiden varierar kraftigt mellan landets akutmottagningar (figur 3). Skillnaden mellan den kortaste och längsta medianvistelsetiden var 2 timmar och 29 minuter, vilket är i stort sett samma skillnad som 2013.

Den kortaste vistelsetiden har akutmottagningen i Sundsvall/Härnösand med 1 timme och 45 minuter, medan akutmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala har landets längsta medianvistelsetid med 4 timmar och 14 minuter.

I föregående rapport [3] gjordes en statistisk analys för att undersöka ett eventuellt samband mellan antal besök och den totala vistelsetiden. Analysen visade att akutmottagningar med ett stort antal besök ofta har en längre total vistelsetid. En motsvarande analys med årets material konfirmerar den tidigare analysen³.

Vistelsetiden för åldersgruppen 80+ är genomgående längre än för samtliga patienter. De som är 80+ väntar i genomsnitt 3 timmar och 25 minuter, vilket är 35 minuter längre än för samtliga. I realiteten är skillnaden ändå större eftersom gruppen 80+ även ingår i beräkningen av medianväntetiden för samtliga patienter. Denna skillnad konstaterades även i de tidigare undersökningarna och differensen har ökat med 6 minuter från förra mätningen.

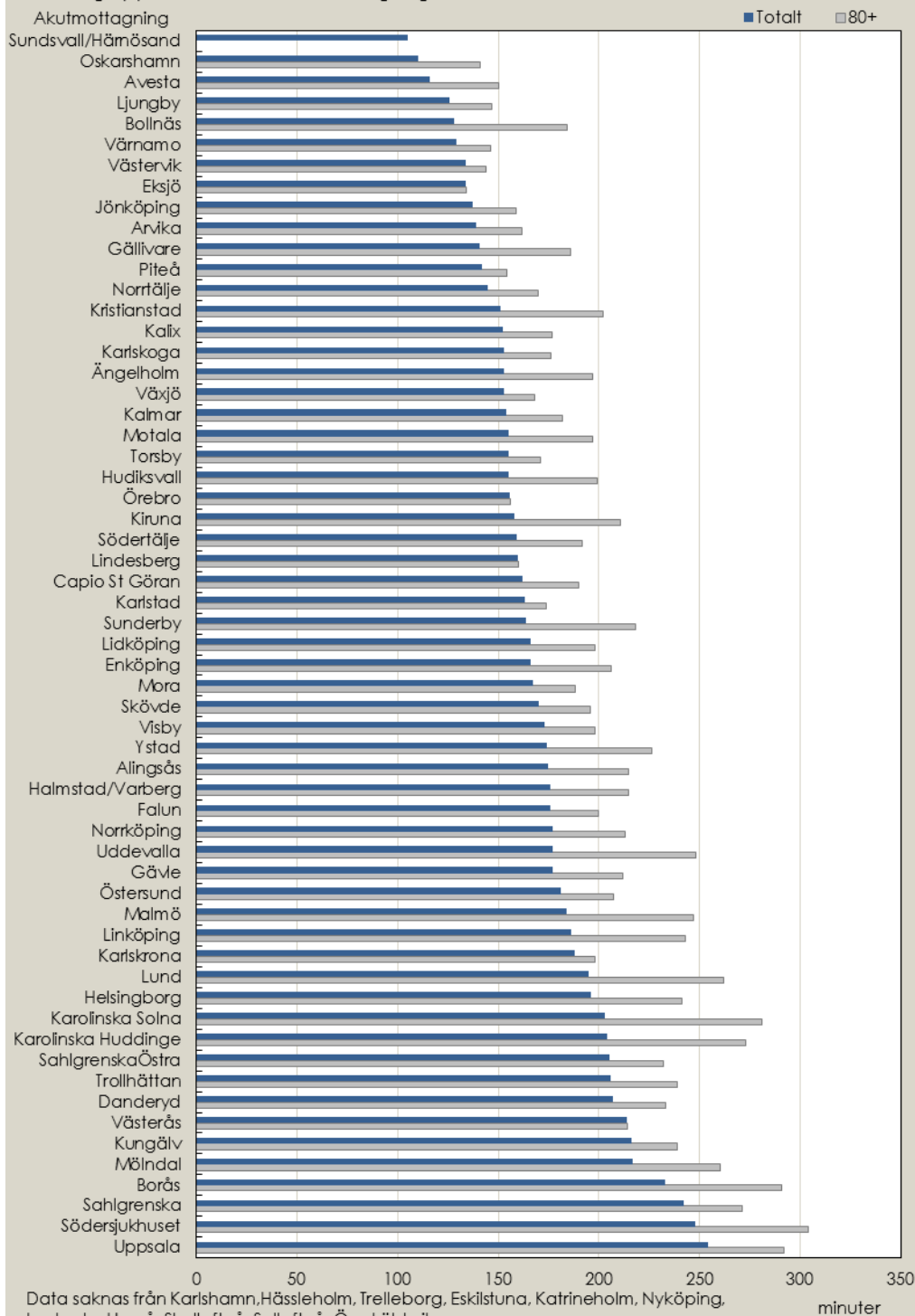
Figur 3 nedan visar att 54 av de 58 akutmottagningar som rapporterat in TVT för 80+ har en längre total vistelsetid för de äldre. Fyra akutmottagningar, Eksjö, Västerås, Örebro och Lindsberg redovisar exakt samma vistelsetid för samtliga patienter som för gruppen 80+.

De stora variationerna i vistelsetid mellan akutmottagningarna gäller även för åldersgruppen 80+. Skillnaden är hela 2 timmar och 43 minuter. Den snabbaste handläggningen av den äldre patientgruppen har akutmottagningen i Oskarshamn med 2 timmar och 21 minuter medan akutmottagningen på Södersjukhuset har en genomsnittlig vistelsetid på 5 timmar och 4 minuter.

³ Spearman rankkorrelation = 0.66, P-värde < 0,001

Figur 3. Total vistelse tid första halvåret 2014

Vistelse tid i minuter (medianvärde). Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80+ vid 59 akutmottagningar



Utveckling 2013–2014

Av tabell 1 framgår den förändring av TVT som har skett på respektive akutmottagning dels för totalantalet patienter och dels för gruppen 80+ mellan åren 2013 och 2014. Tabellen omfattar de akutmottagningar som rapporterat in data för både 2013 och 2014.

Tabell 1. Jämförelse av vistelsetid per akutmottagning mellan 1:a halvåret 2013 och 1:a halvåret 2014. Medianvärde i minuter.

Total vistelsetid. Förändring av medianvistelsetid mellan 2013 och 2014.							
Landsting	Akutmottagning	Samtliga			80+		
		2013	2014	Förändring i procent	2013	2014	Förändring i procent
Blekinge	Karlskrona	188	188		192	198	3%
Dalarna	Avesta	108	116	7%	146	150	3%
	Falun	179	176	-2%	188	200	6%
	Mora	174	167	-4%	189	188	-1%
Gotland	Visby	145	173	19%	169	198	17%
Gävleborg	Bollnäs	20	33	65%	34	25	-26%
	Gävle	45	49	9%	55	45	-18%
	Hudiksvall	48	33	-31%	50	48	-4%
Halland	Halmstad/Varberg	196	176	-10%			
Jämtland	Östersund	192	181	-6%	219	207	-5%
Jönköping	Eksjö	128	134	5%	141	134	-5%
	Jönköping	137	137	0%	168	159	-5%
	Värnamo	132	129	-2%	143	146	2%
Kalmar	Kalmar	158	154	-3%	165	182	10%
	Oskarshamn	122	110	-10%	161	141	-12%
	Västervik	121	134	11%	126	144	14%
Kronoberg	Ljungby	129	126	-2%	142	147	4%
	Växjö	160	153	-4%	180	168	-7%
Norrbotten	Gällivare	116	141	22%	143	186	30%
	Kalix	127	152	20%	140	177	26%
	Kiruna	129	158	22%	174	211	21%
	Piteå	128	142	11%	131	154	18%
	Sunderby	137	164	20%	166	218	31%
Skåne	Helsingborg	159	196	23%	236	241	2%
	Kristianstad	152	151	-1%	197	202	3%
	Lund	209	195	-7%	262	262	
	Malmö	169	184	9%	236	247	5%
	Ystad	164	174	6%	205	226	10%
Stockholm	Ängelholm	140	153	9%	179	197	10%
	Capio St Göran	201	162	-19%	232	190	-18%
	Danderyd	199	207	4%	225	233	4%
	Karolinska Huddinge	189	204	8%	251	273	9%
	Karolinska Solna	178	203	14%	241	281	17%
	Norrtälje	148	145	-2%	177	170	-4%
	Södersjukhuset	228	248	9%	282	304	8%
Södertälje	171	159	-7%	194	192	-1%	
Uppsala	Enköping	170	166	-2%	206	206	
	Uppsala	221	254	15%	258	292	13%
Värmland	Arvika	150	139	-7%	175	162	-7%
	Karlstad	174	163	-6%	195	174	-11%
	Torsby	144	155	8%	159	171	8%
Västernorrland	Sundsvall/Härnösand	128	105	-18%			
Västmanland	Västerås	187	214	14%	218	214	-2%
Västra Götaland	Alingsås	168	175	4%	207	215	4%
	Borås	233	233	0%	295	291	-1%
	Kungälv	199	216	9%	224	239	7%
	Lidköping	155	166	7%	173	198	14%
	Mölndal	209	217	4%	248	260	5%
	Sahlgrenska	260	242	-7%	288	271	-6%
	Sahlgrenska Östra	216	205	-5%	238	232	-3%
	Skövde	158	170	8%	184	196	7%
	Trollhättan	196	206	5%	224	239	7%
Uddevalla	158	177	12%	223	248	11%	
Örebro	Karlskoga	158	153	-3%	193	176	-9%
	Lindesberg	194	160	-18%	206	160	-22%
	Örebro	162	156	-4%	187	156	-17%

Jämförelsen visar att vistelsetiden ökat vid 29 mottagningar. Tre mottagningar har samma tid medan resterande 24 akutmottagningar redovisar kortare vistelsetid.

För den äldsta åldersgruppen 80+ har vistelsetiden förlängts vid 33 akutmottagningar, medan fyra har oförändrad tid och 19 mottagningar har uppmätt en kortare vistelsetid.

Som framgår av tabell 1 finns mycket stora variationer mellan de olika akutmottagningarna, från en förbättring på 46 minuter till en försämring med 37 minuter för totalen och för 80+ gruppen från 59 minuters förbättring till 52 minuters försämring. Förändringen uttrycks med procenttal i tabellen och med en grön markering för en kortare vistelsetid och en röd för en längre.

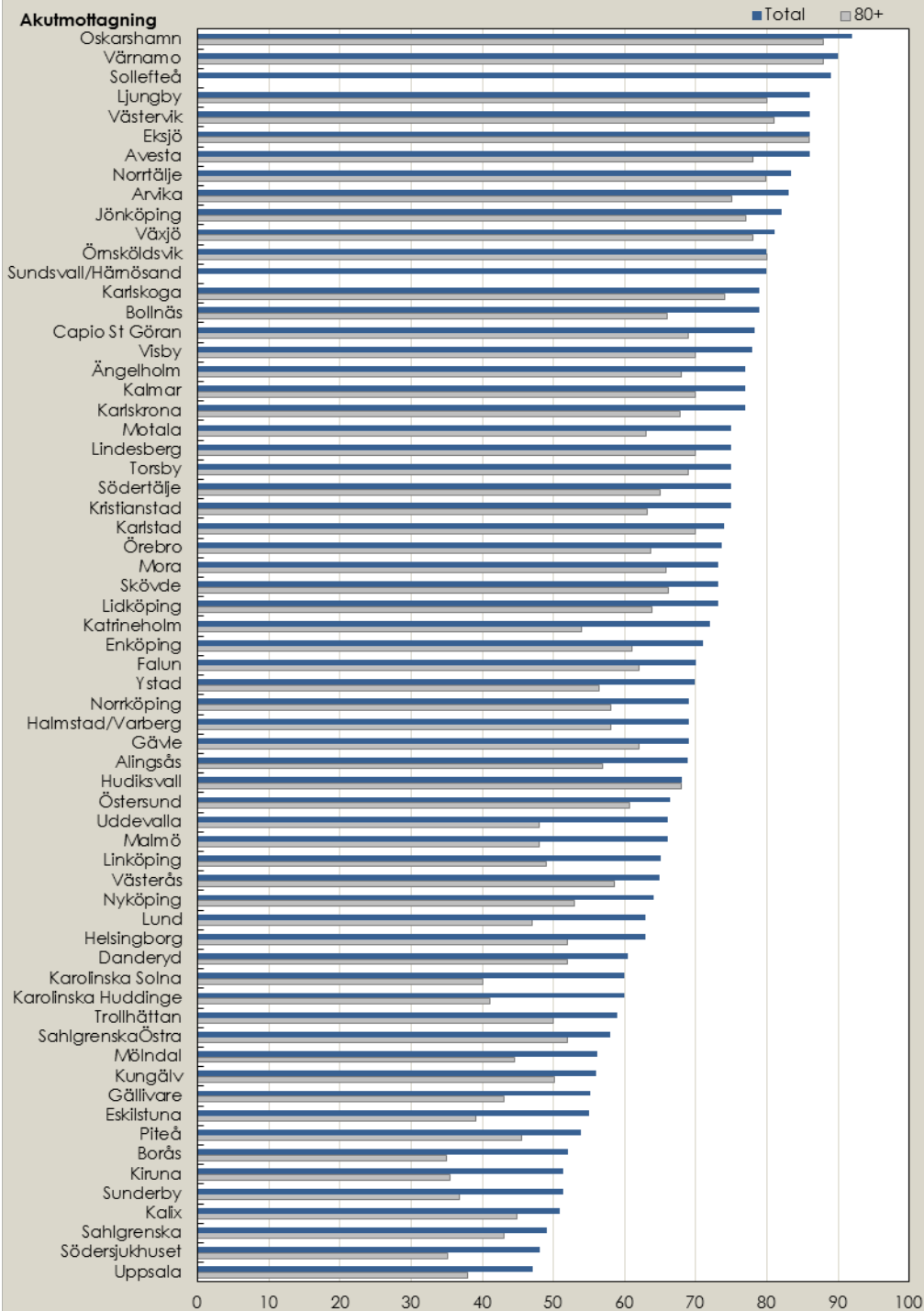
Total vistelsetid under 4 timmar

En väntetid under 4 timmar är det mål som många landsting satt upp och som kommit att dominera debatten om väntetider inom akutsjukvården.

I figur 4 nedan redovisas hur stor andel av patienterna som togs emot under det första halvåret 2014 med en total vistelsetid på under 4 timmar.

Figur 4. Total vistelsetid inom 4 timmar första halvåret 2014

Andel besök med en total vistelsetid ≤ 4 timmar. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80+ vid 64 akutmottagningar.



Data saknas från Karlshamn, Hässleholm, Trelleborg, Lycksele, Umeå, Skellefteå

Data för 80+ saknas för Sollefteå, Sundsvall/Härnösand

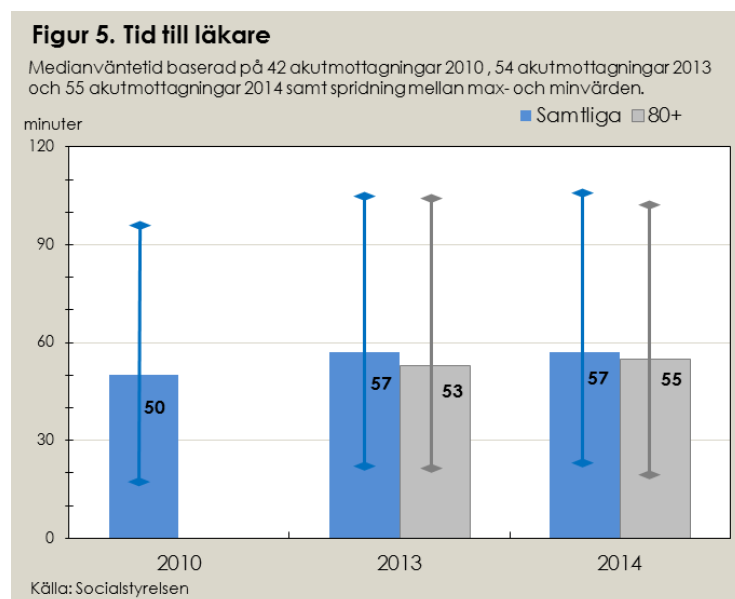
Källa: Socialstyrelsen

Vid akutmottagningarna i Oskarshamn och Värnamo hade över 90 procent av patienterna en vistelsetid som var kortare än fyra timmar. Motsvarande andel var knappt 50 procent vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. För gruppen 80+ som generellt har längre vistelsetider var andelen inom fyra timmar följaktligen mindre än vad som gällde för samtliga patienter.

Tid till första läkarbedömning

Tid till första läkarbedömning (TTL) är det andra tillgänglighetsmättet som följs upp på nationell nivå. Väntetiden till läkarbedömning är inte bara relevant ur ett patientperspektiv, utan den är också viktig ur andra kvalitetsaspekter såsom säkerhet och resultat. Antalet landsting och akutmottagningar som använder detta mått i sin verksamhetsuppföljning har stadigt ökat. Antalet akutmottagningar som rapporterade in TTL ökade mellan åren 2010 och 2013, från 42 till 54 akutmottagningar.

Medianväntetiden till läkarbedömning är den samma åren 2013 och 2014, nämligen 57 minuter. Jämfört med mätningen år 2010 har tiden till läkarbedömning ökat (figur 5).

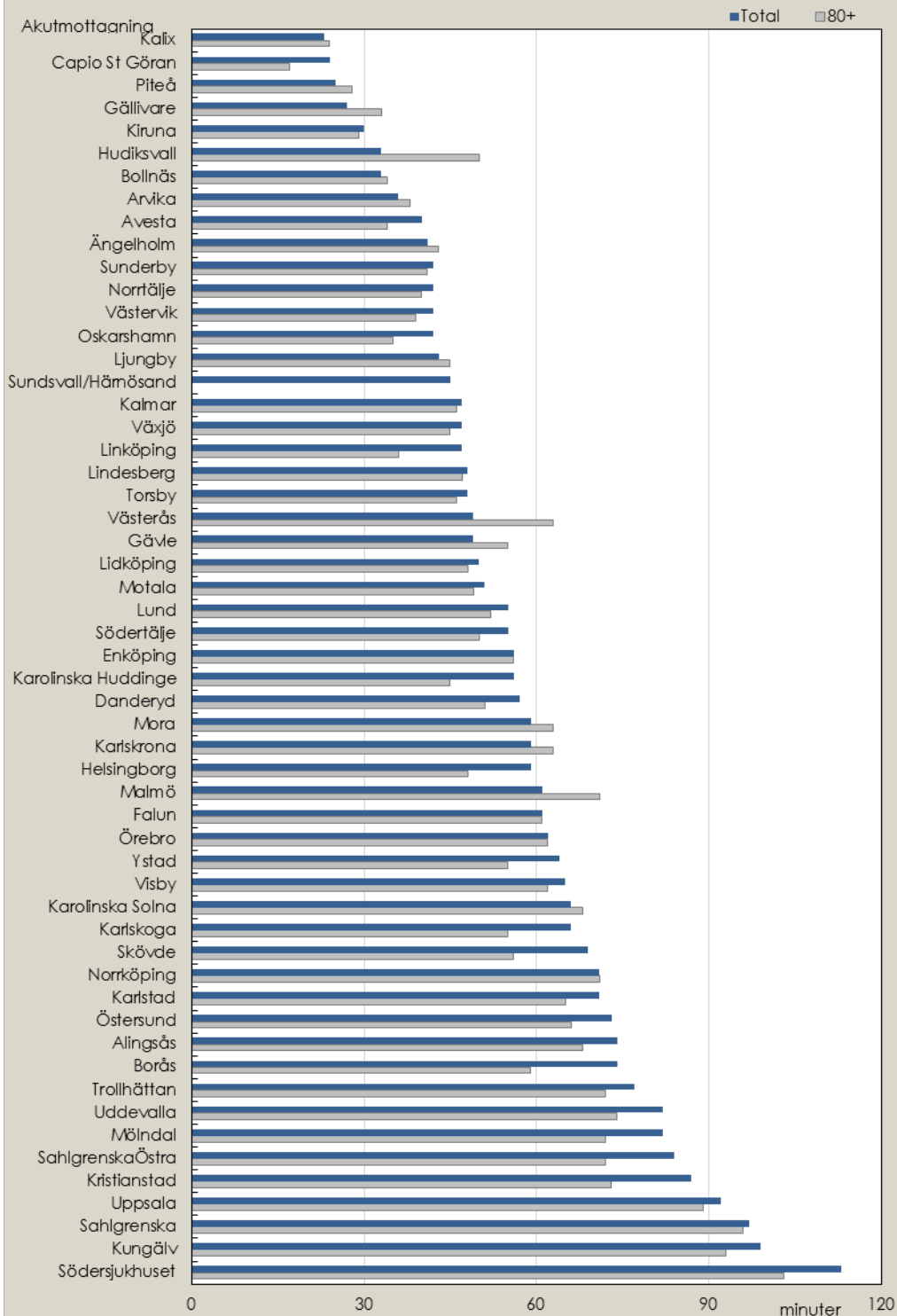


En jämförelse där enbart de mottagningar som lämnat uppgift för såväl 2010 som 2013 visar att det inte är de tillkommande enheterna som orsakat den längre väntetiden.

Även den genomsnittliga tiden för läkarbedömning varierar kraftigt mellan de olika akutmottagningarna. Den kortaste medianväntetiden för en patient att bli undersökt och bedömd av läkare var på akutmottagningen i Kalix med 23 minuter medan akutmottagningen på Södersjukhuset hade den längsta tiden med 1 timme och 53 minuter. Patienterna på Södersjukhuset väntar således i genomsnitt närmare fem gånger så lång tid som patienterna vid Kalix, Piteå och Capio S:t Görans sjukhus.

Figur 6. Tid till läkare första halvåret 2014

Medianväntetid till första läkarbedömning i minuter. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80+ vid 55 akutmottagningar



Data saknas från Karlshamn, Halmstad/Varberg, Eksjö, Jönköping, Värnamo, Eskilstuna, Katrineholm, Nyköping, Lycksele, Skellefteå, Umeå, Sollefteå, Örnsköldsvik, Hässleholm, Trelleborg
 Data för 80+ saknas från Sundsvall/Hämösand
 Källa: Socialstyrelsen

Vad som också både figur 5 och 6 visar är att åldersgruppen 80+ har en kortare väntetid till läkarbedömning jämfört med samtliga patienter. Totalt sett är skillnaden inte stor, men på lokal nivå kan det på sina håll vara betydande skillnader. För några mottagningar gäller dock att de äldre väntar längre än genomsnittet för samtliga patienter. Det är viktigt att påpeka att skillnaderna mellan 80+ och övriga i realiteten är större eftersom de äldre ingår i beräkningen av den sammanlagda medianväntetiden.

Utveckling 2013–2014

Tabell 2 nedan visar den förändring av TTL som har skett på respektive akutmottagning dels för totalantalet patienter och dels för gruppen 80+.

Tabellen omfattar de akutmottagningar som rapporterat in data för både 2013 och 2014.

Tabell 2. Tid till första läkarbedömning. Förändring mellan 2013 och 2014

Tid till läkare. Förändring av medianväntetid till första läkarbedömning.							
Landsting	Akutmottagning	Samtliga			80+		
		2013	2014	Förändring i procent	2013	2014	Förändring i procent
Blekinge	Karlskrona	63	59	● -6%	63	63	
Dalarna	Avesta	36	40	● 11%	32	34	● 6%
	Falun	62	61	● -2%	57	61	● 7%
	Mora	67	59	● -12%	73	63	● -14%
Gotland	Visby	41	65	● 59%	36	62	● 72%
Gävleborg	Bollnäs	20	33	● 65%	25	34	● 36%
	Gävle	45	49	● 9%	45	55	● 22%
	Hudiksvall	48	33	● -31%	48	50	● 4%
Jämtland	Östersund	74	73	● -1%	61	66	● 8%
Kalmar	Kalmar	54	47	● -13%	51	46	● -10%
	Oskarshamn	49	42	● -14%	51	35	● -31%
	Västervik	42	42		40	39	● -3%
Kronoberg	Ljungby	43	43		45	45	
	Växjö	56	47	● -16%	56	45	● -20%
Norrbotten	Gällivare	22	27	● 23%	28	33	● 18%
	Kalix	22	23	● 5%	19	24	● 26%
	Kiruna	27	30	● 11%	30	29	● -3%
	Piteå	20	25	● 25%	19	28	● 47%
	Sunderby	37	42	● 14%	38	41	● 8%
Skåne	Helsingborg	58	59	● 2%	48	48	
	Kristianstad	89	87	● -2%	76	73	● -4%
	Lund	84	55	● -35%	74	52	● -30%
	Malmö	77	61	● -21%	77	71	● -8%
	Ystad	53	64	● 21%	43	55	● 28%
Stockholm	Ängelholm	41	41		43	43	● 0%
	Capio St Görän	42	24	● -43%	31	17	● -45%
	Danderyd	61	57	● -7%	55	51	● -7%
	Karolinska Huddinge	54	56	● 4%	40	45	● 13%
	Karolinska Solna	52	66	● 27%	53	68	● 28%
	Norrtälje	43	42	● -2%	43	40	● -7%
Södersjukhuset	Södersjukhuset	104	113	● 9%	93	103	● 11%
	Södertälje	51	55	● 8%	44	50	● 14%
	Uppsala	71	56	● -21%	76	56	● -26%
Uppsala	Uppsala	65	92	● 42%	68	89	● 31%
	Arvika	43	36	● -16%	42	38	● -10%
Värmland	Karlstad	74	71	● -4%	69	65	● -6%
	Torsby	46	48	● 4%	50	46	● -8%
Västernorrland	Sundsvall/Härnösand	70	45	● -36%			
Västmanland	Västerås	47	49	● 4%	42	63	● 50%
	Alingsås	65	74	● 14%	57	68	● 19%
	Borås	68	74	● 9%	51	59	● 16%
	Kungälv	88	99	● 13%	89	93	● 4%
	Lidköping	44	50	● 14%	43	48	● 12%
Västra Götaland	Mölnadal	74	82	● 11%	63	72	● 14%
	Sahlgrenska	113	97	● -14%	106	96	● -9%
Örebro	Sahlgrenska Östra	90	84	● -7%	79	72	● -9%
	Skövde	59	69	● 17%	51	56	● 10%
	Trollhättan	70	77	● 10%	66	72	● 9%
	Uddevalla	64	82	● 28%	60	74	● 23%
	Karlskoga	64	66	● 3%	58	55	● -5%
Örebro	Lindesberg	70	48	● -31%	78	47	● -40%
	Örebro	60	62	● 3%	55	62	● 13%

Medianväntetiden till läkarbedömning för samtliga patienter var oförändrad mellan 2013 och 2014. Uppgifter om väntetiden till läkarbedömning för 2013 och 2014 har lämnats för 51 mottagningar. Sett till varje enskild akutmottagning har det skett förändringar som i vissa fall varit betydande. Vid 28 mottagningar har tiden förlängts medan tre mottagningar har oförändrad tid. Responderande 21 akutmottagningar har en kortare väntetid 2014 än 2013.

Även för gruppen 80+ har utvecklingen av TTL varit negativ vid 27 mottagningar, medan den varit oförändrad vid fyra mottagningar. Tjugo mottagningar har rapporterat in kortare tid till läkarbedömning.

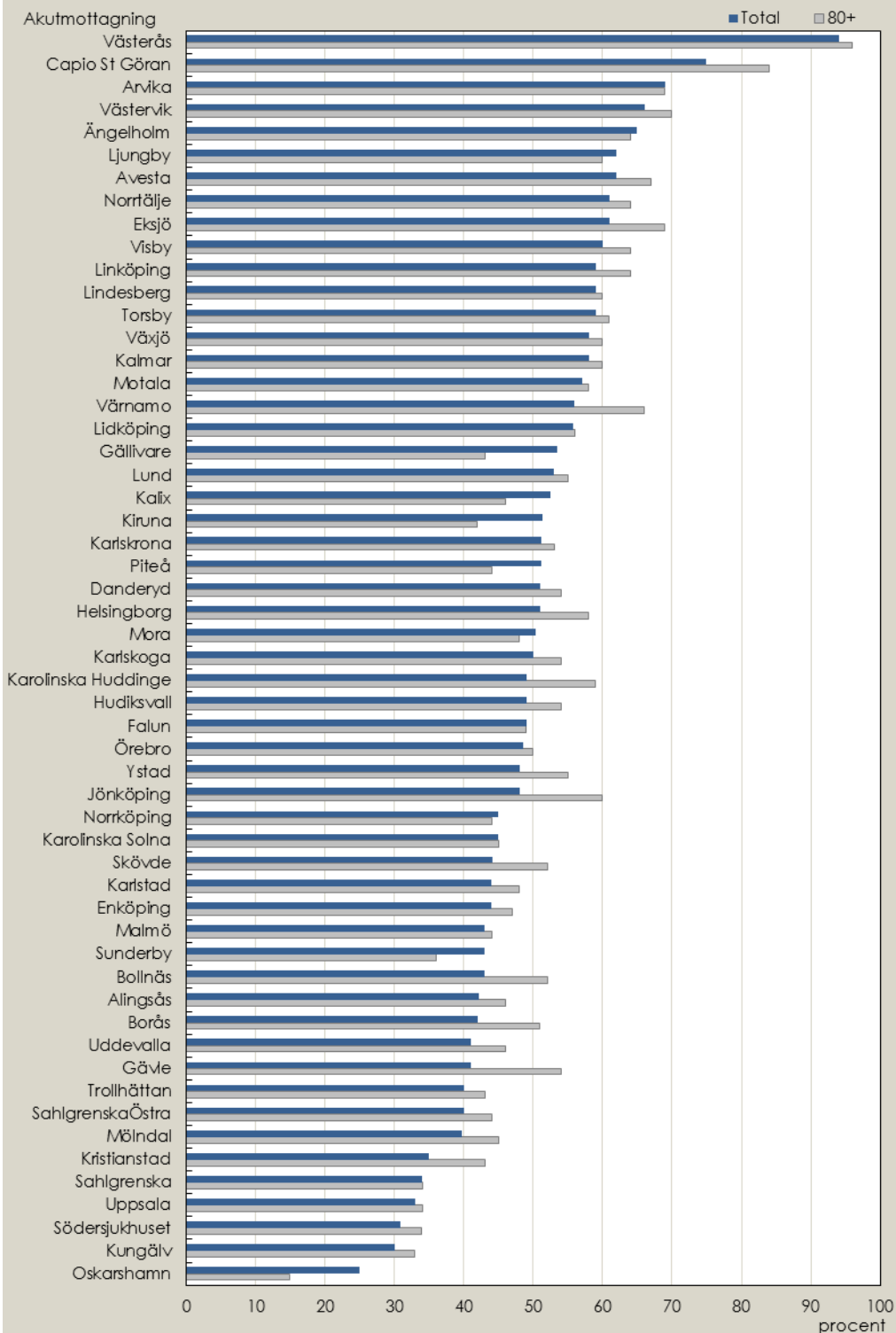
Första läkarbedömning inom 1 timme

Uppföljning av "TTL inom en timme" har under senare år utvecklats till en praxis. I 2012 års enkät uppgav cirka hälften av landstingen att de beslutat om en maxgräns på 1 timme för TTL och även lagt fast en målnivå i procent.

I årets enkät har 55 akutmottagningar rapporterat in denna uppgift. Att det fortfarande saknas från 15 enheter är till största delen beroende på att man där saknar akutmodul.

Figur 7. Tid till läkare inom 1 timme första halvåret 2014

Andel besök med en väntetid till första bedömning av läkare ≤ 1 timme. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80+ vid 55 akutmottagningar



Data saknas från Karlshamn, Halmstad/Varberg, Östersund, Södertälje, Eskilstuna, Katrineholm, Nyköping, Lycksele, Skelefteå, Umeå, Sollefteå, Sundsvall/Hämösand, Örnsköldsvik, Hässleholm, Trelleborg

Källa: Socialstyrelsen

Även för detta mått finns det en viss skillnad mellan samtliga patienter och gruppen 80+ där en större del av akutmottagningarna klarar den informella gränsen på en timme för patientgruppen 80+ i jämförelse med samtliga patienter.

Verksamhet första halvåret 2014

Antal besök

Antal besök har efterfrågats i alla enkäter till landstingen mellan 2010 och 2014. Kvaliteten på de inrapporterade uppgifterna har dock varit så skiftande att endast uppgifterna för 2013 och 2014 bedöms som så tillförlitliga att de kan ligga till grund för beräkning av det totala antalet besök vid landets akutmottagningar. För år 2013 beräknades det totala antalet besök vid de sjukhusbundna akutmottagningarna vara drygt 2,4 miljoner. För 2014 beräknas antalet besök till 2,45 miljoner besök, vilket motsvarar en ökning med 1,3 procent.

Under åren 2010 och framåt har landstingen uppgivit att ökningstakten legat mellan 2 och 4 procent årligen.

Visserligen visar siffrorna från första halvåret att det skett en ökning av antal besök men endast med 1,3 procent vilket kan tolkas som att det fortfarande finns en osäkerhet i det inrapporterade underlaget. Sett till varje akutmottagnings inrapporterade siffror finns stora variationer, både ökning och minskningar i besöksantalen mellan 2013 och 2014. I bilaga 2 redovisas uppgifter om antal besök per mottagning.

Antal besök per 1000 invånare

Akutverksamheten för barn skiljer sig organisatoriskt eftersom vissa sjukhus har speciella barnakutmottagningar. För att kunna belysa hur antalet besök per 1000 invånare varierar mellan landstingen omfattar därför tabell 3 nedan endast åldrarna 20 år och äldre.

Tabellen visar att antalet besök varierar kraftigt, från Västmanland med 185 besök till Gotland med 283 besök per 1000 innevånare.

Tabell 3. Antal besök per landsting 2014

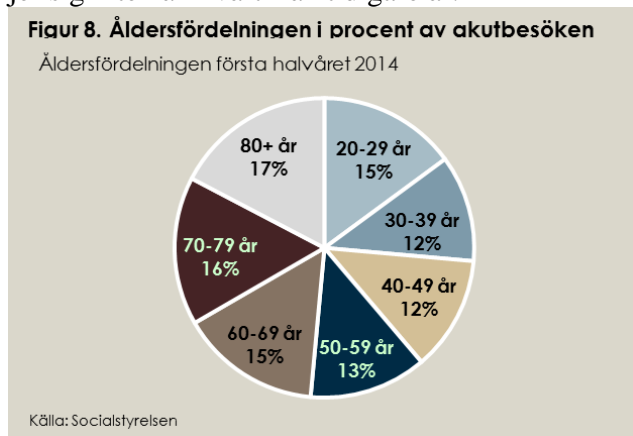
Landsting/Region	Samtliga patienter Antal besök 2014	Patienter 20 år och äldre	
		Antal besök 2014	Antal besök/1000 invånare
Västmanland	56 948	47 870	185
Halland	76 142	58 058	189
Uppsala	70 392	65 290	189
Kronoberg	41 802	36 734	196
Jönköping	89 466	69 626	204
Västra Götaland	384 360	334 294	207
Stockholm	487 160	458 320	212
Västerbotten	70 590	55 988	214

Landsting/Region	Samtliga patienter Antal besök 2014	Patienter 20 år och äldre	
		Antal besök 2014	Antal besök/1000 invånare
Jämtland	34 348	27 578	218
Östergötland	112 876	95 304	218
Skåne	330 048 ⁴	278 408 ⁵	219
Gävleborg	80 622	63 874	230
Västernorrland	70 102	58 706	242
Blekinge	41 722	37 428	245
Dalarna	87 676	70 110	253
Värmland	85 286	69 168	253
Örebro	91 966	73 344	257
Kalmar	71 420	60 264	258
Sörmland	84 836	72 210	260
Norrbottn	65 608	67 688	271
Gotland	20 032	16 154	283
Riket	2 453 402	2 088 924	

Uppgifter saknas för Trelleborg och Hässleholm

Åldersfördelning

Akutbesöken är jämnt fördelade på alla åldersgrupper och fördelningen skiljer sig inte nämnvärt från tidigare år.



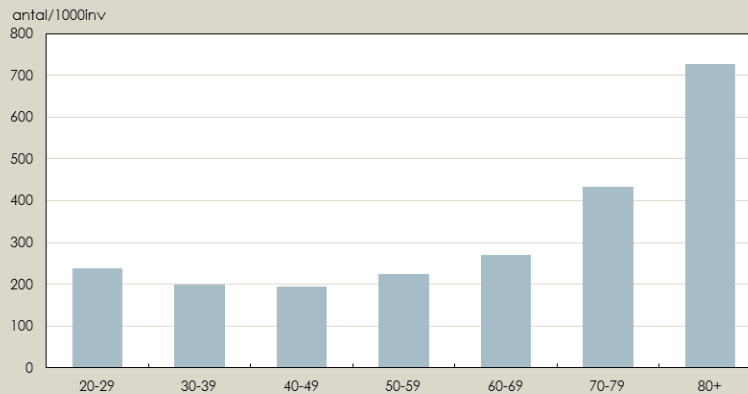
Om antalet akutbesök relateras till befolkningen i de olika åldersgrupperna blir bilden en helt annan. Figur 9 visar att antalet besök per 1 000 invånare i respektive åldersgrupp ökar påtagligt för de äldre grupperna.

⁴ Totalsumman för Skåne 2014 beräknad med Hässleholms och Trelleborgs besöksantal från 2013

⁵ Totalsumman för Skåne 2014 beräknad med Hässleholms och Trelleborgs besöksantal från 2013

Figur 9. Antal besök per 1000 invånare

Antal besök vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare



Källa: Socialstyrelsen

Inskrivning i slutenvård

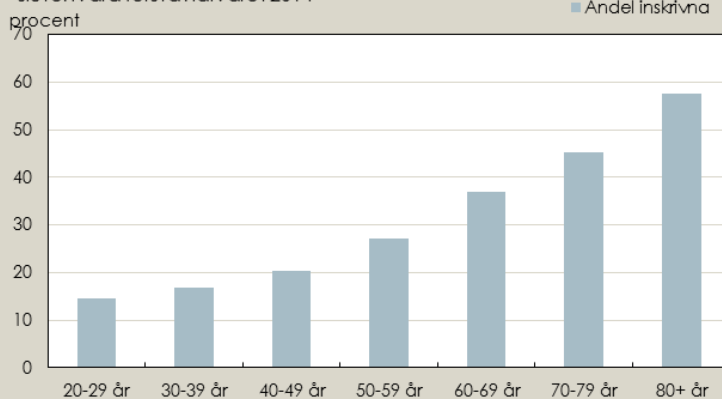
Sett till alla patienter över 20 år leder cirka en tredjedel av besöken på en akutmottagning till inskrivning i slutenvård. För första halvåret 2014 var andelen inskrivna 33 procent för patienter över 20 år.

Andelen som överförs till en slutenvårdsavdelning varierar från 15 procent i åldersgruppen 20–29 år till 58 procent i den äldsta åldersgruppen 80+. Skillnaden i andelar inskrivna per åldersgrupp 2014 mot tidigare år är marginell. Om vi utökar den äldre gruppen till att omfatta patienter från 70 år och äldre är ändå andelen inskrivna så hög som 52 procent. Värt att notera i detta sammanhang är att denna grupp svarar för 33 procent av alla akutbesök för patienter över 20 år.

Figur 10 nedan visar ökningen av andelen inskrivningar i takt med stigande ålder.

Figur 10. Andel inskrivna i slutenvård

Andel besök i olika åldersgrupper som resulterar i en inskrivning i slutenvård första halvåret 2014



Uppgifter saknas från Karlshamn, Hässleholm, Trelleborg, Örnsköldsvik, Sundsvall/Hämösand, Sollefteå

Källa: Socialstyrelsen

Den andel av besöken som resulterar i en inskrivning varierar mellan akutmottagningarna, allt från 13 till 51 procent.

Slutsatser och diskussion

Små förändringar i den samlade bilden

Jämfört med tidigare års kartläggningar är förändringarna små:

- Den totala vistelsetiden (median) för samtliga akutmottagningar är något längre än vid motsvarande mätning 2013. Sedan den första mätningen 2010 har vistelsetiden ökat med 28 minuter.
- Mellan 2013 och 2014 ökade vistelsetiden på drygt hälften, 29 av akutmottagningarna, och minskade på 24 akutmottagningar av de som rapporterat in tider för bägge åren.
- Väntetiden till en första läkarbedömning är på samma nivå som 2013 (57 minuter).
- Jämfört med 2013 redovisar 28 stycken en längre väntetid till första läkarbedömning och 21 akutmottagningar en kortare.
- Patientgruppen 80 år och äldre har även i år en längre total vistelsetid i jämförelse med totalantalet patienter och medianväntetiden har ökat något.
- Det råder fortsatt stora skillnader i medianvistelsetid mellan olika akutmottagningar.
- Det totala antalet besök på landets akutmottagningar har ökat med 1,3 procent till 1,22 miljoner. För helåret 2014 beräknas antalet besök uppgå till 2,45 miljoner.

Komplexa samband analyseras vidare

Socialstyrelsen har i enlighet med uppdraget påbörjat en fördjupad analys av orsaker till akutsjukvårdens varierande tillgänglighet. De bestämningsfaktorer som finns för akutmottagningarnas måluppfyllelse kan i och för sig identifieras övergripande på nationell nivå. Dock är de inbördes orsakssambanden och påverkan på akutmottagningarnas arbete och resultat olika mellan akutmottagningar. Akutmottagningar har olika förutsättningar vad gäller organisation och vårdutbud inom det sjukhus de tillhör, men också av akutmottagningens lokaler, organisation och bemanning. Inom ramen för sina specifika förutsättningar utvecklar respektive akutmottagning individuella lösningar för arbetet med att omhänderta akuta patienter.

För att bättre förstå svårigheter med att minska väntetider behövs bl.a. mer kunskap om vilka faktorer som påverkar inflödet av patienter för respektive akutmottagning. En studie om Stockholms akutsjukvård visar t.ex. stora skillnader i mottagningarnas patientunderlag vad gäller demografi, socioekonomi och vårdtyngd. Det ökade inflödet till Stockholms akutmottagningar kan härledas till tre huvudsakliga faktorer; demografiska förändringar i patientunderlaget, förändrat upptagningsmönster och förändrat besöksbeteende i patientunderlaget [9]. Förmågan att hantera flödesprocesser, triage samt be-

maning och kompetens är några samvarierande systemfaktorer som andra studier pekar på som relevanta för att förklara skillnader i väntetider.

Flödesprocesser

Långa väntetider i sjukvården, dess orsaker, effekter och lösningar, är en uppmärksammat fråga i många länder [10]. Det finns ett omfattande antal studier som specifikt belyser akutsjukvården, frågor om inflödet till, processerna i samt utflödet från akutmottagningar. Av en systematisk litteraturöversikt framgår att vanligt förekommande faktorer som studeras för att förklara långa väntetider är bl.a. ”fel” typer av grupper i form av icke akut sjuka samt återbesökande, brist på personal och brist på sjukhusplatser. Vanligt förekommande förslag till förändringar för att korta väntetider handlar om personalförstärkning, observationsenheter, tillgång till sjukhusbäddar, kompetensutveckling och styrning och ledning av flödesprocesser [11].

En studie av tre akutmottagningar i Sverige visar att väntetiderna utsätter personalen för stora påfrestningar och att brister i systemen tvingar fram olika beteenden för att hantera icke acceptabla väntetider [12].

Av en kunskapsöversikt från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) framgår att när arbetet på akutmottagningen organiseras i olika flödesprocesser minskar dels patienternas väntetid för att träffa läkare, dels den sammanlagda tid som de vistas på akutmottagningen. Så kallat snabbspår, dvs. att patienter med enklare åkommor tas omhand i en särskild process, är den flödesprocess som har bäst vetenskapligt underlag. Denna flödesprocess ger kortare tid till första läkarkontakt och kortare vistelse på akutmottagningen [13].

Det finns i en brittisk kunskapsöversikt⁶ evidens för att kortare väntetider och sjukhusvistelser kan nås med olika metoder för att förbättra patientflöden [14]. Rekommenderade metoder för att förbättra patientflöden är bl.a. att reducera variationen genom arbete baserat på data i realtid samt system för att ”dra” patienter genom systemet snarare än att förlita sig på att patienten successivt ”knuffas” framåt. Ett exempel på det förstnämnda är akutsjukhusen i den kanadensiska staden Calgary där man på webben kan se beräknad väntetid för respektive akutmottagning i realtid [15]. Ett exempel på det sistnämnda är införandet av ”resturangpuckar” vid Norrtälje sjukhus – när en patient lämnas över till röntgen får vårdavdelningen med sig en numrerad puck tillbaka och så snart undersökningen är klar knappar röntgenpersonalen in numret och aktiverar pucken på vårdavdelningen varpå patienten är redo att hämtas [16].

Det finns ett behov av att i ökad utsträckning studera akutsjukvården som en del i ett större system eftersom det finns evidens för att minskade väntetider i akuten kan uppnås med förändringar i andra delar av systemet [17]. En rekommendation från ovan nämnda brittiska kunskapsöversikt är att arbete med patientflöden också behöver ses i en helhet, t.ex. genom att utforska processer över ett helt sjukhus eller ett större system bestående av primärvård, ambulans, sjukhus, vård och socialtjänst, snarare än i specifika avdel-

⁶ I vilken 280 engelskspråkiga forskningsartiklar med empiriskt material (oavsett land) om patientflöden har analyserats.

ningar. Slutligen konstateras att det tar tid för nya processer och system att sätta sig och visa resultat.

Triage

Det finns också belägg för att s.k. teamtriage, dvs. när den medicinska angelägenhetsgraden bedöms av ett vårdteam där olika personalkategorier ingår kan ge kortare tid till första läkarkontakt och kortare vistelse på akutmottagningen. Teamtriage leder också till att färre patienter spontant lämnar akutmottagningen innan de blivit medicinskt bedömda.

Betydelsen av hur arbetet med triaget ser ut är sannolikt en av flera intressanta systemfaktorer för att förstå skillnader i väntetider mellan akutmottagningar. En nyligen publicerad studie från Australien visar att akutmottagningarnas arbete med hur man kategoriserar vid triage, mottagningens geografiska läge samt typ av patientgrupper har stor påverkan på väntetiderna. Studiens slutsats är att om man rensar för dessa faktorer går det inte att fastställa några statistiskt signifikanta regionala skillnaderna i uppmätta väntetider [18].

Bemanning och kompetens

Ett område som planeras ingå i analysarbetet är bemanning och kompetens. Socialstyrelsen har tillsammans med expertgruppen ingående diskuterat möjligheterna att följa upp bemanning och kompetens på akutmottagningarna. För att lyckas med detta krävs klara och entydiga definitioner av kompetens, formell såväl som reell, som är applicerbar på alla personalkategorier, såväl för läkare som för sjuksköterskor.

För analysen på den lokala nivån krävs uppgifter såsom antal anställda, arbetad tid i relation till antal besök allt fördelat på de olika kompetenserna.

Socialstyrelsen kommer att följa och analysera väntetider och kvalitet i förhållande till rekryteringen av akutläkare. Detta mot bakgrund av att den nya grundspecialiteten träder i kraft från 2015. I samma syfte ämnar myndigheten även att följa den pågående utvecklingen av specialistsjuksköterskeutbildningen inom akutsjukvård tillsammans med Riksföreningen för Akutsjuksköterskor (SENA).

För att utveckla grunderna för lokal benchmarking mellan akutmottagningarna och de grundförutsättningar de har att arbeta under föreslår Socialstyrelsen ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM) och Riksföreningen för Akutsjuksköterskor (SENA).

Fördjupade analyser under 2015

Eftersom förutsättningarna skiftar och den kontext som akutsjukvården bedrivs inom är olika över landet, är det således inte möjligt att endast angripa problemen på en nationell nivå. Myndigheten planerar därför att tillsammans med ett antal landsting och akutmottagningar göra mer fördjupade studier och analyser på lokal nivå.

De långa väntetiderna och den ifrågasatta kvaliteten och patientsäkerheten på akutmottagningarna utgör inte ett isolerat problem där man kan söka lösningen endast inom akutmottagningens ram. I en fördjupad analys bör därför

även mer övergripande bestämningsfaktorer för systemanalysen ingå såsom alternativ till akutmottagningen, täckningsgrad i primärvården och stöd i omsorgen.

Sjukhusbundna akutmottagningar eller alla akutbesök?

Denna rapport är, i enlighet med regeringsuppdraget, avgränsad till sjukhusbunden akutmottagning.

Socialstyrelsen har dock ingående diskuterat frågan om att utvidga begreppet *sjukhusbunden akutmottagning* till det bredare begreppet *akutbesök*, i vilket alla besök som föranletts av ett medicinskt akut behov ingår. Myndighetens perspektiv är en framtida, mer utvecklad uppföljning av hälso- och sjukvården och i detta fall av den akuta vården.

Begreppet *akutbesök* omfattar då alla akuta besök oavsett var de handläggs (exempelvis traditionell akutmottagning, vårdcentral, jourcentral, lättakut, närakut, cityakut, utlokaliserad och separat specialistakutmottagning samt ordinarie specialistmottagning).

Inklusionskriteriet vid uppföljning av *akutbesök* blir då endast att besöket är föranlett av ett konstaterat akut medicinskt behov.

Det finns stora fördelar med att kunna urskilja all medicinskt akut öppenvård eftersom detta ger en total bild av akutsjukvården i Sverige. Ett allomfattande begrepp ger också möjlighet att följa omfattning och förändringar över tid i förhållandet mellan akut och icke akut öppenvård. På ett mer övergripande plan ger det även möjlighet att se förändringar över tid i förhållandet mellan primärvård och specialiserad vård.

Inkludera den prehospitla vården

Inkluderingen av variabler för akutsjukvården i patientregistret (PAR) har aktualiserat frågan om att den del av akutvårdskedjan som kallas prehospitla vård bör kunna följas upp i framtiden.

Som en följd av den tekniska utvecklingen under senare år har allt mer vård och behandling kommit att bedrivas utanför de traditionella sjukvårdsinrättningarna. Hit hör den prehospitla vården i form av ambulanssjukvården. Vårdande, diagnosticerande och behandlande uppgifter har successivt förts över från vårdinrättningar, såsom akutmottagningar, till att utföras vid skadeplatsen, i hemmet och i ambulansen. Det rör sig dels om inledande behandlingar inför transport till sjukhus, dels om slutbehandling av patienter där transport till sjukvårdsinrättning på detta sätt kan undvikas.

Utvecklingen har även bidragit till en förändrad syn på flödet av vissa patientgrupper och tillkomsten av snabbspår och en integrering av diagnostik och behandling från skadeplats till behandling.

Eftersom den prehospitla vården är en naturlig del av vårdkedjan och patientens väg genom vården kan myndigheten förutspå att det sannolikt kommer att ställas krav på data för uppföljning.

Inom ramen för den del av regeringsuppdraget som behandlar tillgängligheten inom akutvården kommer Socialstyrelsen att starta ett delarbete för att kartlägga förutsättningarna för att integrera den prehospitla vården i arbetet

med patientens väg genom vården. Arbetet omfattar såväl en genomgång av termer och begrepp som mer informationstekniska frågor om kodstrukturer och teknisk plattform.

Fortsatt utveckling av datahanteringen

Förändringar i patientregistret

Det nationella patientregistret har tidigare främst utgjort ett viktigt underlag för epidemiologisk forskning. Detta syfte avspeglas också i registrets uppbyggnad och innehåll. Under senare år har dock registret alltmer börjat användas för att följa upp hälso- och sjukvårdens insatser. Denna insikt var en bidragande orsak till att behovet av att förändra och modernisera registret uppmärksammades.

Den förändring av patientregistret som träder i kraft 2015 svarar mot vissa av de utvecklingsbehov som finns, såsom en förbättrad aktualitet och en större möjlighet att följa hälso- och sjukvårdens tillgänglighet [19].

De nya variabler som avser akutsjukvården beskrivs i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister [20]. Dessa är identifikation av typen av akutmottagning, tidpunkter för ankomst, läkarbedömning, avslut av besök samt avvikning efter bedömning.

Som ett stöd vid uttaget av dessa akutvariabler ur landstingens patientadministrativa system finns Förtydligande av föreskrifter till patientregistret [21].

Undantagsbestämmelsen *avgränsning av läkarbesök i patientregistret* [22] upphör att gälla 2014. Den föreskriver att för patienter som skrivs in i slutenvård i anslutning till ett öppenvårdsbesök ska besöken inte rapporteras som självständiga besök. Detta innebär att alla läkarbesök, akuta såväl som icke akuta, ska rapporteras till patientregistret oavsett om de resulterar i en inskrivning i slutenvård eller i hemgång. Fullständiga uppgifter om antal besök på akutmottagningarna kommer därmed att kunna utläsas ur patientregistret.

I och med att alla besök ska rapporteras aktualiseras vikten av diagnosättning, vilket beskrivs i ett förtydligande dokument för inrapportering [21]. Kvalitetsbristerna vad gäller kodning har hittills gjort det omöjligt att publicera öppenvårdsdata.

Variabeln *akutverksamhet* är dessutom specificerad så att det är möjligt att fånga grupperna akuta och icke akuta besök. Alla akuta besök inom den specialiserade vården kan dessutom grupperas på var de lokalmässigt handlagts.

Ytterligare förändringsbehov av patientregistret

Det finns sedan länge ett uttalat behov av en utvidgning av patientregistret. Här kan främst nämnas en inkludering av primärvården [23] samt att besök ska rapporteras för fler personalkategorier än läkare [23]. I remissvaren inför den kommande förändringen 2015, var det fem landsting som framförde att det är önskvärt att denna komplettering görs.

En utökning av patientregistret enligt ovan förutsätter emellertid att den förordningen som finns för registret ändras. När det gäller akutsjukvården skulle utökningen ha stor betydelse för möjligheten att kunna följa upp och

utvärdera all öppen akutsjukvård i fråga om volymer och förändringar, oavsett personalkategori och organisation. Den verksamhetsutveckling och de förändringar som sker för att effektivisera sjukvården involverar i mycket stor utsträckning förskjutningar av uppgifter mellan personalkategorier och organisatoriska enheter.

Den övergripande principen för Socialstyrelsens uppföljning av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården är patientens väg genom vården. Innebörden i detta synsätt är att vården ska kunna studeras och följas upp på såväl individnivå som för olika befolkningsgrupper vad avser till exempel socioekonomiska förhållanden. I rapporten ”Patientens väg genom vården, system för uppföljning av väntetider i vården” [24] beskrivs de åtgärder som krävs för att uppnå detta. Den mest grundläggande förändringen som måste till för att kunna följa en individs vårdprocess, är ett införande av begreppet hälsoärende i hälso- och sjukvården och därmed även i PAR.

Dessutom behövs ett nationellt, komplett vårdgivarregister. Genom det skulle man dels få kunskap om alla de vårdgivare som är rapporteringsskyldiga till patientregistret, dels kunna gruppera data för organisatoriska enheter. En komplettering av registret med hälsoärende och vårdgivare kräver inte någon ändring av registrets förordning. Däremot krävs ett mer långsiktigt arbete tillsammans med landstingen för att lösa problemen med att fånga och rapportera in de uppgifter som behövs. Detta arbete kompliceras av att det i landet finns många olika patientadministrativa system.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att om patientregistret innehöll mer heltäckande uppgifter skulle registrets betydelse för uppföljning och styrning av hälso- och sjukvården öka betydligt.

Kvalitetssäkring av akutvariabler

Socialstyrelsen har intensifierat informationen och dialogen med landstingens och de privata vårdgivarnas representanter för att de nya variablerna ska hålla hög kvalitet redan vid starten av den månadsvisa inrapporteringen 2015. Myndigheten har genomfört detta genom att regelbundet göra utskick av nyhets- och informationsbrev, publicera instruktioner och förtydligandedokument samt genom att informera och föra en dialog vid de på-plats-besök i landstingen som patientregistrets representanter genomfört.

För att ytterligare kvalitetssäkra inrapporterad data kommer det påbörjade samarbetet att fortsätta även under 2015. Samarbetet med landstingen under 2014 om registrering, uttag och inrapportering utvidgas successivt allt eftersom fler vårdgivare startat sin inrapportering. Samarbetet handlar om

- registreringen av nya variabler i de patientadministrativa systemen
- följsamhet till definitioner och riktlinjer
- bortfallskontroll
- kontroll och monitorering av felregistreringar.

Socialstyrelsen erbjuder dessutom vårdgivarna att lokalt få tillgång till de så kallade script för acceptansk kontroll som vi tagit fram.

Lokala registreringsproblem

De landsting som fortfarande saknar möjlighet till registrering av tidsindikatorernas mätpunkter uppgav i tidigare enkäter att utveckling, upphandling eller införande av akutmodul pågick. De aktuella landstingen beräknade att akutmodulen skulle vara införd till starten av den månadsvisa, individbaserade filöverföringen 2015.

Förseningar tycks dock föreligga i några av dessa landsting vilket kan komma att påverka möjligheten till fullständig inrapportering 2015.

Uppföljning och analys av individbaserad data

Från 2015 kommer patientregistret (PAR) att innehålla variabler som gör det möjligt att göra en mer utvecklad uppföljning av akutsjukvården.

Socialstyrelsen har hittills fått använda enkäter för att samla in data. Det har då varit i form av aggregerade data med statistiska mått, såsom median- och medelvärden. Endast aggregerad data utgör en begränsning av möjligheterna till mer djupgående analyser och beräkningar.

Med den individbaserade inrapporteringen efterfrågas endast mätpunkterna. Detta gör att uttaget, inrapporteringen och uppföljningen blir helt oberoende av vilka statistiska mått och metoder man väljer att använda för att följa upp, analysera och jämföra data.

I myndighetens planerade årliga uppföljningar och analyser av tillgängligheten inom akutsjukvården kommer den individbaserade inrapporteringen att erbjuda större möjligheter att följa upp och göra analyser med val av statistisk metod. I dessa rapporter kommer Socialstyrelsen även att analysera resultatet från den nationella patientenkäten i förhållande till PAR-data.

I delrapporten i april 2013, slutrapporten i december 2013 samt i årets rapport har myndigheten särredovisat patientgruppen 80 år och äldre. Resultatet har väckt ytterligare frågor och en önskan om fördjupade uppföljningar och analyser.

Detta exempel på särredovisning visar på de framtida möjligheterna att gruppera patientmaterialet beroende på vad som ska studeras, exempelvis ålder eller kön.

I avvaktan på de möjligheter som det individbaserade dataunderlaget ger har myndigheten i årets enkät efterfrågat vistelsetiden för de som skrivs in i slutenvård uppdelat på totalen och patientgruppen 80+. Syftet var att undersöka ett eventuellt samband mellan inskrivning i slutenvård och lång TVT.

Bakgrunden är den uppfattningen som delas av många verksamhetsföreträdare att många av de patienter vars besök resulterar i en inskrivning i slutenvård blir kvar lång tid på akutmottagningen i väntan på en vårdplats. Materialet ger ett visst stöd för detta antagande då det visar att medianväntetiden är 10 minuter längre för dem som läggs in jämfört med samtliga patienter. För gruppen 80+ är förhållandet dock det motsatta. De äldre som skrivs in i slutenvård har 13 minuter kortare vistelsetid än samtliga patienter. Detta senare förhållande kan troligen till viss del förklaras med att man har lättare att redan i ett tidigt skede kunna konstatera att det finns behov av slutenvård för denna grupp.

För att till fullo kunna analysera tidsspannet mellan mätpunkterna *färdigbehandlad* och *avslut på akutmottagningskontakten* krävs registreringsmöjlighet av bägge dessa mätpunkter samt även vad patienten väntar på, exempelvis transport till avdelning eller hem. Detta tillsammans med data över disponibla vårdplatser tillsammans med beläggningsuppgifter ned på specialistnivå ger stora möjligheter att analysera sjukhusgemensamma flöden. Socialstyrelsen vill också understryka att denna faktor, väntan på transport, bara är en av många faktorer som påverkar TVT.

Möjligheterna till denna registrering skiljer sig åt över landet och tolkningarna av "färdigbehandlad" likaså. Det gör att denna typ av uppföljning och analys lämpar sig för lokal nivå och inte för nationella jämförelser.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Tema: Akut omhändertagande. Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. MARS-rapport Nr 6. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
2. Socialstyrelsen. Termbank: <http://socialstyrelsen.iterm.se/>
3. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
4. Socialstyrelsen. Kartläggning av information utifrån patientregistret. Rapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
5. Socialstyrelsen. Utveckling av publiceringsformer avseende officiell och annan statistik. Projekt. Dnr: 5.2.5-42694/2013.
6. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Plan för utveckling av system för uppföljning. Delrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012
8. Socialstyrelsen. Uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Delrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
9. Stockholms Läns Landsting. Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar. Slutrapport 2013. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen; 2013
10. OECD 2013, Waiting Time Policies in the Health Sector. What-Works?
11. Hoot, N. R. & Aronsky, D., "Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions", *Annals of Emergency Medicine* Volume 52, 2/2008,
12. Burström et al. *BMC Health Services Research* 2013, 13:95
13. SBU. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1
14. The Health Foundation 2013, Improving patient flow across organisations and pathways, Evidence scan No 19.
15. www.albertahealthservices.ca/4770.asp
16. <http://www.tiohundra.se/1/Globala/nyheter/Aktuellt-arkiv/Arkiv/Vardbolaget-arkiv/Puck-kortar-vantetiden-pa-sjukhuset/>.
17. Hoot 2008.
18. J. Green et al., Emergency department waiting times: do the raw data tell the whole story?, *Australian Health Review*, 2014, 38, 65–69.

19. Socialstyrelsen. Utvecklingsplan för patientregistret. Rapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
20. Socialstyrelsen. Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-23>
21. Socialstyrelsen. Förtydligande av föreskrifter till patientregistret.
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/foruppgiftslamnarepatientregistret>
22. Socialstyrelsen. Undantagsbestämmelse. Avgränsning av läkarbesök i patientregistret.
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/>
23. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Rapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012
24. Socialstyrelsen. Patientens väg genom vården. System för uppföljning av väntetider i vården. Rapport 2013. Socialstyrelsen; 2013

Bilaga 1. Väntetider per akutmottagning

Tabell 4. Total vistelsetid och Tid till läkare första halvåret 2014.
Medianvistelsetid i minuter

Landsting/Region	Akutmottagning	Total vistelsetid		Tid till läkare	
		Samtliga patienter	80 år och äldre	Samtliga patienter	80 år och äldre
Blekinge	Karlshamn	188	198	59	63
	Karlskrona				
Dalarna	Avesta	116	150	40	34
	Falun	176	200	61	61
	Mora	167	188	59	63
Gotland	Visby	173	198	65	62
Gävleborg	Bollnäs	128	184	33	34
	Gävle	177	212	49	55
	Hudiksvall	155	199	33	50
Halland	Halmstad/Varberg	176	215		
Jämtland	Östersund	181	207	73	66
Jönköping	Eksjö	134	134		
	Jönköping	137	159		
	Värnamo	129	146		
Kalmar	Kalmar	154	182	47	46
	Oskarshamn	110	141	42	35
	Västervik	134	144	42	39
Kronoberg	Ljungby	126	147	43	45
	Växjö	153	168	47	45
Norrbotten	Gällivare	141	186	27	33
	Kalix	152	177	23	24
	Kiruna	158	211	30	29
	Piteå	142	154	25	28
	Sunderby	164	218	42	41
Skåne	Helsingborg	196	241	59	48
	Hässleholm				
	Kristianstad	151	202	87	73
	Lund	195	262	55	52
	Malmö	184	247	61	71
	Trelleborg	174	226	64	55
	Ystad				
Ängelholm	153	197	41	43	
Stockholm	Capio St Göran	162	190	24	17
	Danderyd	207	233	57	51
	Karolinska Huddinge	204	273	56	45
	Karolinska Solna	203	281	66	68

Landsting/Region	Akutmottagning	Total vistelsetid		Tid till läkare	
		Samtliga patienter	80 år och äldre	Samtliga patienter	80 år och äldre
	Norrtälje	145	170	42	40
	Södersjukhuset	248	304	113	103
	Södertälje	159	192	55	50
Sörmland	Eskilstuna				
	Katrineholm				
	Nyköping				
Uppsala	Enköping	166	206	56	56
	Uppsala	254	292	92	89
Värmland	Arvika	139	162	36	38
	Karlstad	163	174	71	65
	Torsby	155	171	48	46
Västerbotten	Lycksele				
	Skellefteå				
	Umeå				
Västernorrland	Sollefteå				
	Sundsvall/Härnösand	105		45	
	Örnsköldsvik				
Västmanland	Västerås	214	214	49	63
	Alingsås	175	215	74	68
	Borås	233	291	74	59
	Kungälv	216	239	99	93
	Lidköping	166	198	50	48
Västra Götaland	Möndal	217	260	82	72
	Sahlgrenska	242	271	97	96
	Sahlgrenska/Östra	201	226	84	71
	Skövde	170	196	69	56
	Trollhättan	206	239	77	72
	Uddevalla	177	248	82	74
Örebro	Karlskoga	153	176	66	55
	Lindesberg	160	160	48	47
	Örebro	156	156	62	62
Östergötland	Linköping	186	243	47	36
	Motala	155	197	51	49
	Norrköping	177	213	71	71

Bilaga 2. Besöksvolym 2013 och 2014

Tabell 5. Antal besök 2013 och 2014

Landsting/Region	Akutmottagning	Antal besök helår	
		2013	2014
Blekinge	Karlshamn	10 846	10 986
	Karlskrona	29 528	30 736
Dalarna	Avesta	19 112	17 830
	Falun	45 884	47 864
	Mora	20 996	21 982
Gotland	Visby	19 980	20 032
Gävleborg	Bollnäs	5 624	14 440
	Gävle	42 740	43 760
	Hudiksvall	24 386	22 422
Halland	Halmstad/Varberg	76 086	76 142
Jämtland	Östersund	32 562	34 348
Jönköping	Eksjö	22 084	20 608
	Ryhov	40 064	51 246
	Värnamo	18 036	17 612
Kalmar	Kalmar	35 800	36 380
	Oskarshamn	12 244	16 154
	Västervik	20 786	18 886
Kronoberg	Ljungby	11 764	11 226
	Växjö	30 484	30 576
Norrbotten	Gällivare	9 318	9 568
	Kalix	6 666	6 584
	Kiruna	7 338	7 234
	Piteå	10 468	11 058
	Sunderby	31 996	31 164
Skåne	Helsingborg	71 194	63 260
	Hässleholm	12 674	
	Kristianstad	46 636	48 244
	Lund	63 940	66 406
	Malmö	85 168	78 348
	Trelleborg	19 048	
	Ystad	27 492	27 636
	Ängelholm	15 930	14 432
Stockholm	Capio St Görans	77 690	76 904
	Danderyd	81 750	77 978
	Karolinska Huddinge	80 002	82 484
	Karolinska Solna	80 350	81 780
	Norrtälje	24 754	24 546

⁷ Totalsumman för Skåne 2014 beräknad med Hässleholms och Trelleborgs besöksantal från 2013

Landsting/Region	Akutmottagning	Antal besök helår	
		2013	2014
	Södersjukhuset	111 834	108 522
	Södertälje	33 476	34 946
Sörmland	Eskilstuna	40 286	44 012
	Katrineholm	16 686	17 034
	Nyköping	24 388	23 790
Uppsala	Enköping	18 560	18 066
	Uppsala	50 206	52 326
Värmland	Arvika	14 662	14 536
	Karlstad	54 682	56 422
	Torsby	14 568	14 328
Västerbotten	Lycksele	10 016	10 232
	Skellefteå	27 114	26 140
	Umeå	33 250	34 218
Västernorrland	Sollefteå	12 996	13 242
	Sundsvall/Härnösand	39 204	40 528
	Örnsköldsvik	15 182	16 332
Västmanland	Västerås	56 426	56 948
Västra Götaland	Alingsås	24 914	25 968
	Borås	50 214	51 080
	Kungälv	28 838	28 738
	Lidköping	19 276	25 038
	Mölnadal	41 206	37 868
	Sahlgrenska	52 524	47 646
	Skövde	50 316	51 160
	SU/Östra	45 662	44 562
	Trollhättan/NÄL	54 994	54 016
	Uddevalla	15 488	18 284
Örebro	Karlskoga	19 374	19 290
	Lindesberg	17 984	17 940
	Örebro	47 224	54 736
Östergötland	Linköping	42 702	45 072
	Motala	21 506	22 350
	Norrköping	45 184	45 454
RIKET		2 422 362	2 453 402