

Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Rapport december 2013

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

Artikelnummer 2013-12-2
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Förord

Socialstyrelsen har alltsedan 2010 haft regeringens uppdrag att utreda och föreslå ett system för att mäta väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. År 2011 utökades uppdraget till att även omfatta förslag på kvalitetsindikatorer.

Regeringen ville ge Socialstyrelsen möjlighet att forma en sammanhållen organisation för arbetet med vårdens tillgänglighet och väntetider, och därför fick myndigheten i mars 2012 ett nytt, samlat uppdrag. Förutom väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar inkluderar det även patientens väg genom vården samt uppföljning av vårdgaranti, kömiljard och undanträngning.

Denna rapport "Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar" grundar sig på de tidigare rapporterna från 2010, 2011, 2012 och april 2013.

Som ytterligare underlag till denna slutrapport skickade Socialstyrelsen ut en ny enkät med frågor runt verksamheten och väntetiderna under det första halvåret 2013. Tillsammans med tidigare enkätunderlag speglar undersökningen utvecklingen 2010–2013 samt ger en utgångspunkt för den statistik som från och med 2015 kommer att rapporteras in till det nationella patientregistret (PAR).

En expertgrupp har bistått Socialstyrelsen under hela detta arbete och den har varit mycket värdefull för att definiera termer och begrepp, ta fram kvalitetsindikatorerna samt säkerställa förankringen ut mot verksamheten. Projektet "Akut förbättring" som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting har också varit ett forum för information, diskussion och förankring.

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

Lars-Erik Holm
generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund och problembild	9
Uppdraget	10
Genomförande och metod	12
Avgränsningar	12
Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar första halvåret 2013	13
Enkät, innehåll och svarsfrekvens	13
Väntetider	14
Väntetider första halvåret 2013	14
Verksamhet, volymer, arbetssätt och bemanning	23
Modell för uppföljning	30
Mätpunkter och tidsindikatorer	30
Kvalitetsindikatorer	31
Nationellt uppföljningssystem	31
Innehåll, publicering och presentation	31
Väntetids- och kvalitetsindikatorer	32
Definitioner, termer och begrepp	34
Sjukhusbunden akutmottagning	34
Mätpunkter	35
Kvalitetsindikatorer	36
Diskussion och slutsatser	39
Uppföljning av sjukhusbundna akutmottagningar eller uppföljning av alla akutbesök?	39
Utveckling av patientregistret	39
Kvalitetssäkring av akutvariabler	40
Ytterligare förändringsbehov av patientregistret	40
Framtiden, möjligheter	41
Fördjupningsstudier och analys	41
Underlag till lokalt förbättrings- och utvecklingsarbete	41
Referenser	43
Bilaga 1. Regeringsuppdraget	45
Bilaga 2. Projektorganisation	51
Bilaga 3. Enkät	52
Bilaga 4. Besöksvolym	55

Bilaga 5. Sjukhusbundna akutmottagningar.....	57
Bilaga 6. Verksamhet dygnetrunt, dagtid och jourtid vid sjukhusbundna mottagningar 2012.....	59
Bilaga 7. Definitioner	61
Bilaga 8. Beskrivning av indikatorer.....	63
Bilaga 9. Akutvariabler i patientregistret.....	67
Bilaga 10. Vägledningsdokument för inrapportering	68

Sammanfattning

Stora skillnader i väntetider på akuten!

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen vid tre tillfällen mellan åren 2010 och 2013 redovisat väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar.

Denna rapport omfattar huvudsakligen väntetider för första halvåret 2013 men jämförelser görs även med tidigare mätningar. Mätningarna bygger på enkäter till landets 70 sjukhusbundna akutmottagningar. De väntetidsmått som använts är total vistelsetid på akutmottagning och tid till läkarbedömning.

Mätningen visar att den genomsnittliga vistelsetiden på landets akutmottagningar har ökat med 18 minuter från 2 timmar och 28 minuter 2010 till 2 timmar och 46 minuter 2013.

Av resultaten framgår också att dessa väntetider varierade kraftigt över landet. Den totala vistelsetiden varierade från 1 timme och 48 minuter på Avestas akutmottagning till 4 timmar och 20 minuter på Sahlgrenskas akutmottagning vilket innebär att medelpatienten har en vistelsetid som är 2 timmar och 32 minuter längre på Sahlgrenskas akutmottagning.

Tiden till läkarbedömning uppvisade också en mycket stor spridning mellan akutmottagningarna. Den kortaste tiden hade akutmottagningarna i Piteå och Bollnäs där medelpatienten fick vänta i 20 minuter på att bli bedömd och undersökt av läkare. Den akutmottagning som hade den längsta tiden var Sahlgrenska där väntetiden för att bli bedömd var 1 timme och 53 minuter. Detta gör en skillnad på 1 timme och 33 minuter för medelpatienten.

Mätningarna har även visat att den totala vistelsetiden är längre för patienter som är 80 år och äldre. Äldre patienter hade dock genomgående en kortare väntetid för att bli undersökta av läkare. En av flera tänkbara orsaker till den längre vistelsetiden bland äldre patienter är att för över hälften av denna grupp resulterar akutbesöket i en inskrivning i slutenvård där brist på slutenvårdsplatser gör att tiden på akutmottagningen förlängs.

Rapporten redovisar även antalet besök per akutmottagning och landsting samt för olika åldersgrupper.

Det totala antalet besök på landets sjukhusbundna akutmottagningar är drygt 2,4 miljoner beräknat på besöksantalet för första halvåret 2013.

System för uppföljning av väntetider och kvalitet vid sjukhusbundna akutmottagningar

Från och med år 2015 ska patientregistret kompletteras med uppgifter som gör det möjligt att följa väntetider samt ytterligare två kvalitetsindikatorer inom akutsjukvården. Dessa är:

- total vistelsetid
- tid till första beslutsgrundande bedömning av läkare
- återkommer inom 72 timmar
- avviker efter läkarbedömning.

Därutöver föreslår Socialstyrelsen att den nationella uppföljningen av akutsjukvården också ska omfatta tre kvalitetsindikatorer från den nationella patientenkäten. Dessa är:

- patientupplevd väntetidsinformation
- patientupplevd kvalitet
- patientupplevd smärtlindring.

Uppgifterna kommer att sammanställas av myndigheten i en årlig rapport, och de kommer att publiceras månadsvis på Socialstyrelsens hemsida.

Under 2014 kommer Socialstyrelsen att arbeta med kvalitetssäkring av systemet. Myndigheten avser också att tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Svensk förening för akutsjukvård (Swesem) fortsätta arbetet med att vidareutveckla grunderna för uppföljning och förbättringsarbete inom akutsjukvården.

Bakgrund och problembild

Akutsjukvården utgör en central och omfattande del av sjukvården. Begreppet "akutsjukvård" omfattar all vård som är föranledd av medicinskt akuta tillstånd och detta inkluderar vård och behandling inom såväl akut öppenvård som akut slutenvård.

Nedanstående definition av akutvård finns i Socialstyrelsens rapport från 1995 [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".

Under senare år har stora organisatoriska förändringar skett vad gäller omhändertagandet av akuta öppenvårdsbesök. Tidigare togs akuta besök i huvudsak emot på traditionella akutmottagningar knutna till sjukhusen, men nu har det etablerats många olika typer av mottagningar för akuta patienter. Utöver de traditionella akutmottagningarna finns allt från vårdcentralernas akuta tider, jourcentraler, lättakuter, närakuter, cityakuter, utlokaliserade och separata specialistakutmottagningar till akuttider på ordinarie specialistmottagning. Detta organisatoriska spektrum speglar också den variation av allvarlighetsgrad som begreppet "akuta öppenvårdsbesök" innefattar.

Den svenska sjukvårdens allmänna problem med bristande tillgänglighet och långa väntetider har uppmärksammats alltmer också inom den akuta vården, där väntetiderna och den allmänna situationen på framför allt de traditionella sjukhusbundna akutmottagningarna har varit och är problematisk. Den omvittnat höga belastningen ökar risken för ett dåligt omhändertagande och långa väntetider som kan riskera patientsäkerhet och patienternas tillfredsställelse med vården.

Denna rapport omfattar enbart sjukhusbundna akutmottagningar vilket framgår i regeringsuppdraget om nationell uppföljning av väntetider inom akutsjukvården.

Uppdraget

Socialstyrelsen har sedan mars 2012 ett samlat uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (se bilaga 1). Detta uppdrag är en sammanslagning av följande, tidigare uppdrag inom tillgänglighetsområdet:

- Uppdrag att utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar (regeringsbeslut den 9 september 2010 I:4 och den 16 juni 2011 1:9, dnr S2010/6418/FS)
- Uppdrag att utveckla system för att följa patientens väg genom vården (regeringsbeslut den 22 december 2010 I:8, dnr 2010/9174/VS)
- Uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och den så kallade kömiljarden inklusive analys av undanträngningseffekter i vården (regeringsbeslut den 20 maj 2009 I:2 och den 16 februari 2012 I:4, dnr S2009/4232/FS).

Denna rapport utgör slutrapport för den del av det samlade regeringsuppdraget som behandlar akutsjukvården. Den sammanfattar och bygger vidare på resultaten från de tidigare rapporterna som beskrivs närmare nedan.

Regeringsuppdrag september 2010

Delrapport december 2010

Det första regeringsuppdraget om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar innebar att Socialstyrelsen skulle utreda förutsättningarna för att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. I delrapporten från 2010 [3] konstaterades att de flesta akutmottagningar mäter sina väntetider vilket skulle innebära att det finns goda förutsättningar för nationell uppföljning.

Rapport mars 2011

Uppdragets slutrapport från mars 2011 [4] beskrev verksamhet och organisation vid sjukhusens akutmottagningar.

Organisationen och patientflödet varierade över landet bland annat beroende på mottagningarnas storlek, antalet specialiteter och det bakomliggande sjukhusets verksamheter. Bemanning och personalens kompetens beskrevs också i rapporten, liksom pågående utvecklingsarbeten i syfte att korta väntetider och förbättra kvaliteten.

Ett problem som uppmärksammades var att det nationella patientregistret (PAR) inte kunde användas för att följa volymer och väntetider inom akutsjukvården. En enkät till akutmottagningarna visade även att väntetiderna varierade kraftigt mellan akutmottagningarna i landet både vad gäller den totala vistelsetiden och väntetiden till läkarbedömning.

Med reservation för osäkert underlag från landstingen/regionerna¹ uppskattade Socialstyrelsen det totala antalet besök vid landets sjukhusbundna akutmottagningar att vara cirka 2,5 miljoner under 2010.

¹ I rapporten används fortsättningsvis beteckningen landsting även för regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland. Landstingen benämns också oftast enbart med den geografiska delen av namnet.

I rapporten föreslog myndigheten även att kompletterande kvalitetsindikatorer skulle utvecklas för att inte ett alltför starkt fokus på väntetider ska leda till ökade medicinska risker och bristande kvalitet.

Regeringsuppdrag juni 2011

Delrapport april 2012

Delrapporten [5] beskriver Socialstyrelsens planering för den kommande regelbundna uppföljningen av väntetider vid akutmottagningarna.

I rapporten hänvisas till en internationell kartläggning av system för uppföljning av kvalitet och tillgänglighet inom akutsjukvård, och den visade att väntetidsmätningar förekommer i relativt många länder men att det egentligen bara är Storbritannien som har en kvalitetsuppföljning inom akutsjukvården med väldefinierade kvalitetsindikatorer.

Regeringsuppdrag mars 2012

Delrapport april 2013

I april 2013 publicerades en delrapport [6] angående det samlade regeringsuppdraget och den innehöll en kartläggning av verksamhet och väntetider vid landets samtliga sjukhusbundna akutmottagningar för första halvåret 2012. Dessutom innehåller den ett förslag till ytterligare kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen anser ska ingå i en nationell uppföljning av de sjukhusbundna akutmottagningarna.

I rapporten konstaterades återigen att det finns en stor spridning i väntetider inom landet. Medianväntetiden för *tid till läkarbedömning* var mellan 29 min och 1 timme och 12 minuter och för *total vistelsetid* var den mellan 2 timmar och 10 minuter och 3 timmar och 40 minuter.

Någon förnyad uppskattning av antalet besök gjordes inte på grund av det osäkra underlaget och därför finns heller ingen nationell samlad och säker uppgift om i vilken mån antalet akutbesök har ökat. Många landsting har uppgivit att det rör det sig om 2–4 procents ökning per år.

I samband med Socialstyrelsens uppdrag rörande de mest sjuka äldre [7] valde myndigheten att särskilt belysa väntetiderna för patienter över 80 år. Detta med tanke på att en akutmottagning inte är den optimala vård- och behandlingsmiljön för äldre vilket även visade sig i Socialstyrelsens granskning 2006 [8] av 56 akutmottagningar

Ytterligare ett motiv till att lyfta ut och studera denna grupp separat är att den svarar för 15 procent av alla akutmottagningsbesök trots att den endast utgör 5 procent av befolkningen. Gruppen är resurskrävande eftersom många äldre har en komplex sjukhistoria som kräver omfattande undersökning och bedömning och i många fall också omfattande behandling.

Genomförande och metod

Det finns ingen nationell datakälla som innehåller den information som krävs för att beskriva akutsjukvården vid de sjukhusbundna akutmottagningarna (se bilaga 5). Patientregistret vid Socialstyrelsen skulle kunna vara den naturliga datakällan men registret innehåller inte de efterfrågade uppgifterna.

Myndigheten har därför via enkäter till landstingen samlat in underlag om volymer, väntetider, organisation, bemanning och arbetsformer.

Sedan det första regeringsuppdraget som gavs i september 2010 [9] har myndigheten sänt ut två enkäter [4, 6] för att fånga förhållandena för åren 2010 och 2012.

I denna rapport redovisas de insamlade uppgifterna för det första halvåret 2013 (se bilaga 3 Enkät).

Övriga delar av rapporten som behandlar bland annat definitioner, mät-punkter och indikatorer har utarbetats med stöd av en expertgrupp bestående av personer med erfarenhet av akutverksamhet och/eller landstingens vård-administrativa system (se bilaga 2).

Avgränsningar

Regeringsuppdragets om väntetider inom akutsjukvården är avgränsat till att gälla ”sjukhusbundna akutmottagningar” vilket grundar sig på den problem-bild med hög belastning och långa väntetider som framförallt finns på de traditionellt organiserade akutmottagningarna vid sjukhusen.

Med denna avgränsning fanns det 70 sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige våren 2013.

Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar första halvåret 2013

Socialstyrelsen har genom tre enkäter till landstingen samlat in material som rör besöksvolym, väntetider, organisation och bemanning åren 2010, 2012 och 2013.

I första hand redovisas resultatet av den senaste enkäten som omfattar första halvåret 2013, men här finns även jämförelser med de tidigare enkäterna för att belysa eventuella förändringar och trender.

Enkät, innehåll och svarsfrekvens

Den aktuella enkäten är kortare än de tidigare och efterfrågar i huvudsak väntetider, volymer och registreringssätt.

Tidsindikatorerna *total vistelsetid (TVT)* och *tid till läkarbedömning (TTL)* har efterfrågats i alla enkäter som Socialstyrelsen har haft som underlag för att följa upp akutmottagningarnas väntetider.

Det har i de tidigare enkäterna inte varit möjligt att få in fullständiga data för båda tidsindikatorerna från samtliga landsting då flera av dessa inte kunnat registrera mätpunkterna *första läkarbedömning* och *avslut av besök på akutmottagning* i sina patientadministrativa system.

Detta är den huvudsakliga förklaringen till bortfallet vid inrapporteringen av tidsindikatorerna, där *tid till läkarbedömning* stått för det största bortfallet. I enkäten för 2012 var bortfallet 66 procent.

I årets enkät var det 54 av 70 akutmottagningar som rapporterade in TTL och för TVT var det 58 av 70 akutmottagningar. Därutöver rapporterades TTL inom 1 timme och TVT inom 4 timmar in för ytterligare tre respektive nio akutmottagningar.

De akutmottagningar som inte kunde registrera tidsindikatorernas mätpunkter uppgav dock att man har kompletterat eller ska komplettera sina patientadministrativa system med "akutliggare/akutmodul" vilket innebär att nästan alla kommer att kunna registrera, ta ut och rapportera in data för modellens tre mätpunkter till starten av den individbaserade filöverföringen till patientregistret.

Väntetider

Väntetider första halvåret 2013

De grundläggande väntetidsmåttarna är tidsindikatorerna *total vistelsetid* och *tid till läkarbedömning* i form av medianvärden.

I enkäterna har Socialstyrelsen dock efterfrågat andelen patienter med tider under 4 timmar respektive under 1 timme och redovisat dem i rapporten, med de förutsättningar som beskrivs i kapitlet Väntetider. Inriktningen för dessa mått var dock att redovisa landstingens måluppfyllelse mot de egna satta tids- och procentmålen [6].

I dag går det inte att räkna fram en helt korrekt genomsnittlig vistelsetid då det endast finns aggregerade data. Den beräkning som kan göras baseras på medianvärden per akutmottagning men tar inte hänsyn till variationen i antalet besök per akutmottagning.

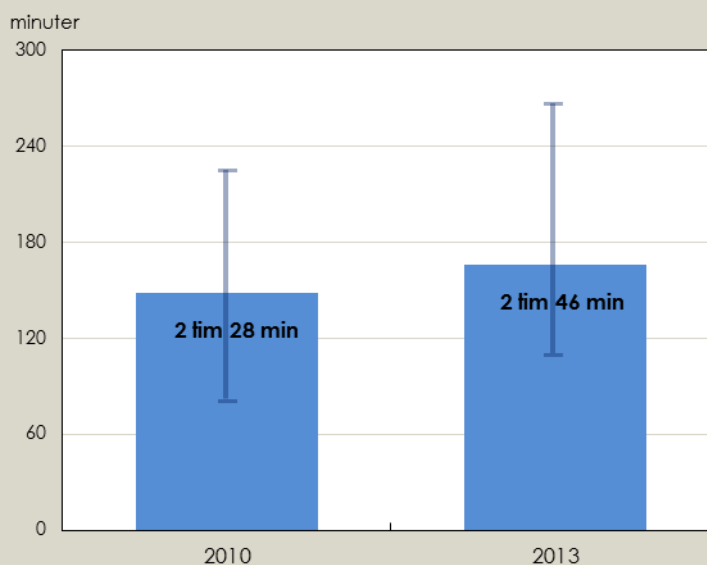
Total vistelsetid (TVT)

Den genomsnittliga vistelsetiden (medelvärde av medianen) för landets akutmottagningar under första halvåret 2013 var 2 timmar och 46 minuter vilket är en försämring i jämförelse med 2 timmar och 28 minuter för 2010 (figur 1). Vid mätningen 2010 lämnade 41 akutmottagningar uppgift om medianvärde för den totala vistelsetiden medan det var 58 enheter som inkom med denna uppgift 2013.

Medelvärde för första halvåret 2012, var 2 timmar och 49 minuter, och det är räknat på medianvärdena per landsting. Därför bör man vara försiktig vid jämförelser med detta värde.

Figur 1. Total vistelsetid

Genomsnittlig mediantid baserad på 41 akutmottagningar 2010 och 58 akutmottagningar 2013 samt spridning mellan max- och minvärden.



Källa: Socialstyrelsen

En analys där endast de mottagningar som lämnat uppgift för de båda åren ingår, visar att det inte är de tillkommande enheterna som orsakat den ökade väntetiden.

Patientgruppen 80 år och äldre särredovisades inte i 2010 års enkät och därmed går det inte att jämföra resultaten med det året. I en jämförelse mellan landstingssiffrorna från 2012 och akutmottagningssiffrorna från 2013 ligger genomsnittet av mediantiden på samma nivå.

Liksom vid tidigare mätningar finns en kraftig spridning mellan landets landsting och akutmottagningar

Figur 2 nedan visar att under första halvåret 2013 hade Avestas akutmottagning den kortaste vistelsetiden med ett medianvärde på 1 timme och 48 minuter, medan den totala vistelsetiden vid akutmottagningen på Sahlgrenska låg på 4 timmar och 20 minuter. Medelpatienten på Sahlgrenskas akutmottagning har alltså en vistelsetid som är 2 timmar och 32 minuter längre än motsvarande i Avesta.

Spridningen i årets mätning är större än 2012, vilket till viss del beror på att vistelsetiden i år mäts per akutmottagning och inte per landsting. Akutmottagningarna med den kortaste respektive längsta vistelsetiden blir därmed synliga och förstärker denna skillnad.

Det finns ett positivt samband mellan det totala antalet besök och total vistelsetid². Sambandet visar att en akutmottagning med ett stort antal besök oftare har längre total vistelse tid än en akutmottagning med färre antal besök. De bakomliggande orsakerna till detta samband kan dock inte utläsas med det befintliga dataunderlaget.

För åldersgruppen 80 år och äldre var TVT genomgående längre än för den totala patientgruppen, precis som i den föregående undersökningen. Den genomsnittliga vistelsetiden för gruppen 80+ är 30 minuter längre jämfört med totalen. Eftersom gruppen 80+ ingår i totalvärdena är skillnaden i realiteten något större än om jämförelsen skulle ske separat mot de övriga åldersgrupperna.

Även för åldersgruppen 80+ ses samma kraftiga spridning av den totala vistelsetiden mellan akutmottagningarna. Den kortaste tiden finns på Västerviks akutmottagning med 2 timmar och 6 minuter och den längsta på Borås akutmottagning med 4 timmar och 55 minuter. En skillnad på 2 timmar och 49 minuter.

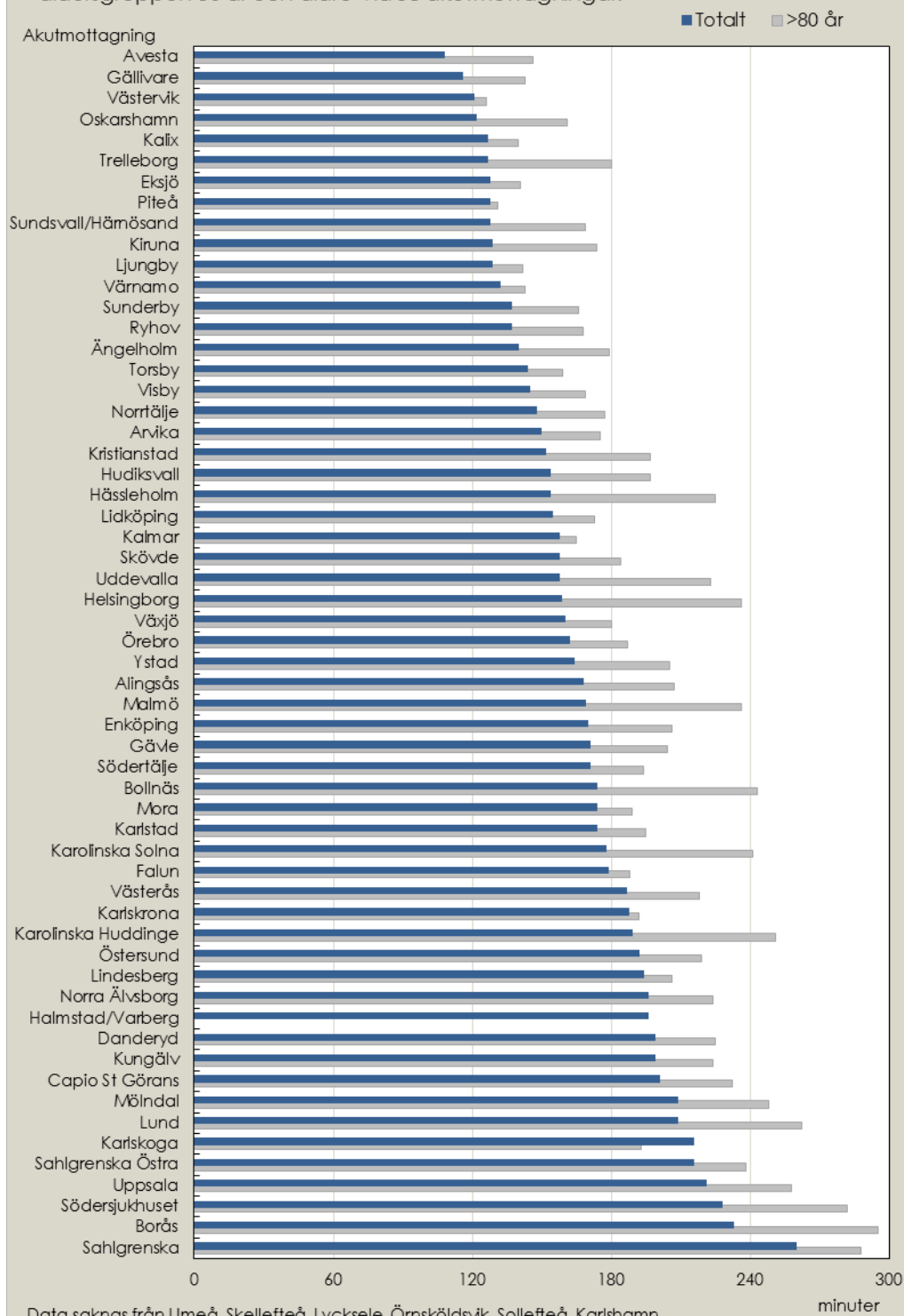
Spridningen är större 2013 i jämförelse med 2012 även för gruppen 80 år och äldre och orsaken är densamma som för totalen.

Orsakerna till den längre vistelsetiden för gruppen 80 år och äldre skiftar naturligtvis mellan akutmottagningarna. Några tänkbara orsaker är att patienten läggprioriteras på grund av att tillståndet bedöms som mindre akut, har en svårbedömd symtombild, behöver en tidskrävande behandling och/eller på grund av brist på vårdplatser får vänta på att bli inlagd.

² korrelationskoefficient 0,678, $p < 0,01$

Figur 2. Total vistelsetid första halvåret 2013.

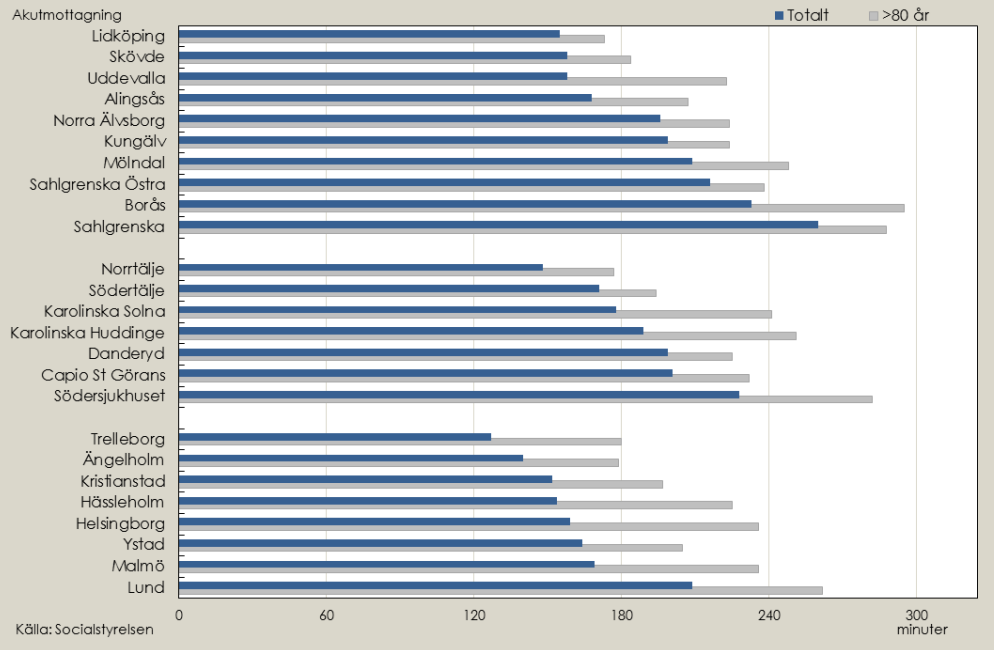
Genomsnittlig (median) vistelsetid i minuter. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80 år och äldre vid 58 akutmottagningar.



I figur 3 nedan har akutmottagningarna grupperats landstingsvis för att illustrera spridningen inom vart och ett av de tre största landstingen Skåne, Stockholm och Västra Götaland.

Figur 3. Total vistelsetid första halvåret 2013.

Genomsnittlig (median) vistelsetid i minuter vid akutmottagningarna i Skåne, Stockholm och Västra Götaland.



Diagrammet visar på att det finns betydande skillnader i total vistelsetid även inom dessa landsting.

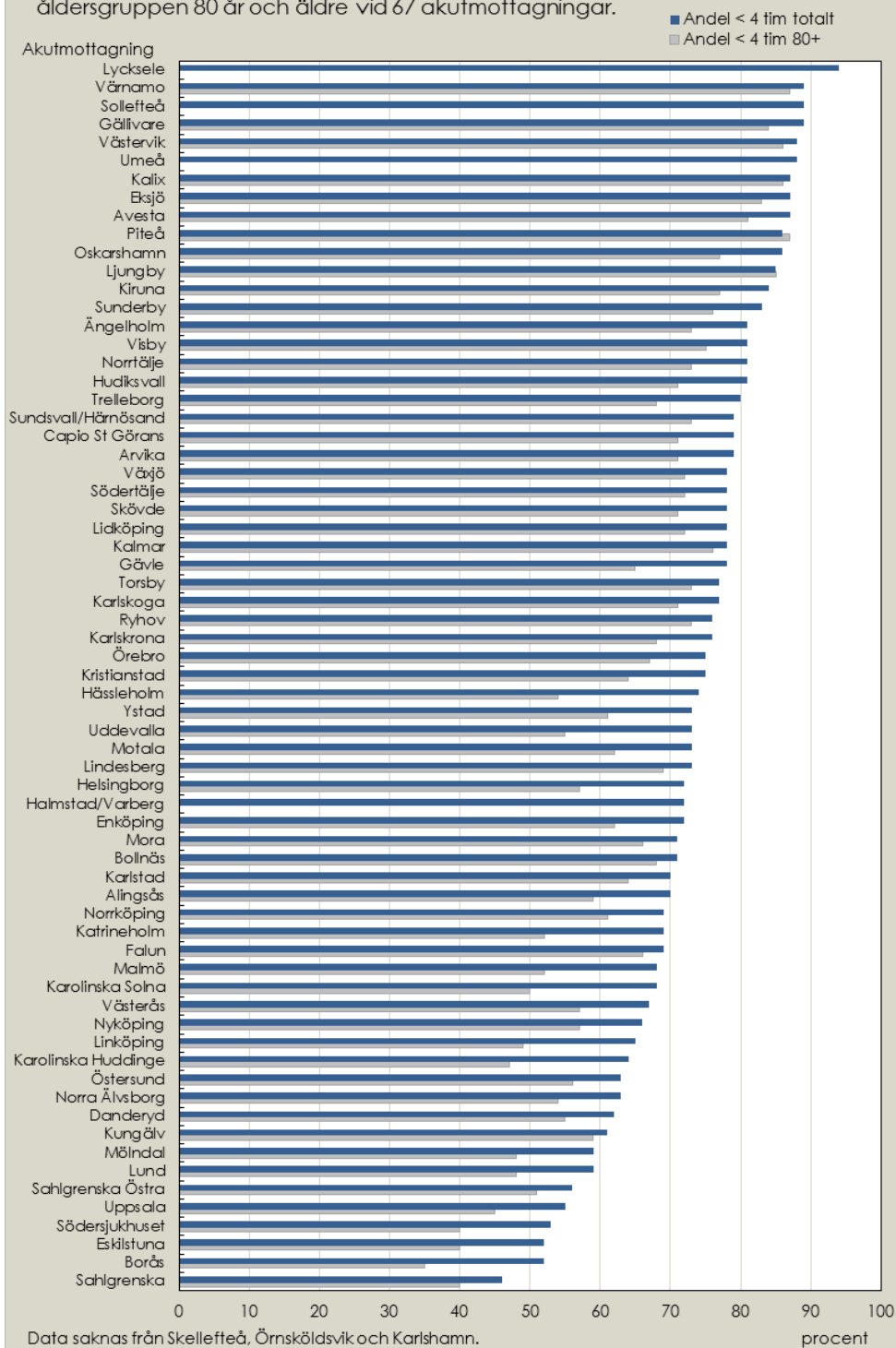
Skillnaderna för totalgruppen mellan den kortaste och den längsta tiden är för Skåne 1 timme och 22 minuter, för Stockholm 1 timme och 20 minuter och för Västra Götaland 1 timme och 45 minuter.

Total vistelsetid under 4 timmar

Figur 4 visar i vilken grad akutmottagningarna uppnår tidsgränsen om 4 timmar som de flesta landsting använder.

Figur 4. Total vistelsetid inom 4 timmar första halvåret 2013.

Andel besök med en total vistelsetid ≤ 4 timmar. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80 år och äldre vid 67 akutmottagningar.



Källa: Socialstyrelsen

Alla landsting som 2012 [6] satt en tidsgräns hade också kompletterat denna med en målnivå uttryckt i procent. Målnivåerna varierade mellan 70 procent i Östergötland och 100 procent i Kalmar.

Alla landsting utom två hade satt en tidsgräns på max 4 timmar medan Kalmar och Norrbotten beslutat om en tidsgräns på 3 timmar.

För 2013 finns ingen uppgift om vilket tidsmål och målnivå som varje landsting och akutmottagning har satt upp.

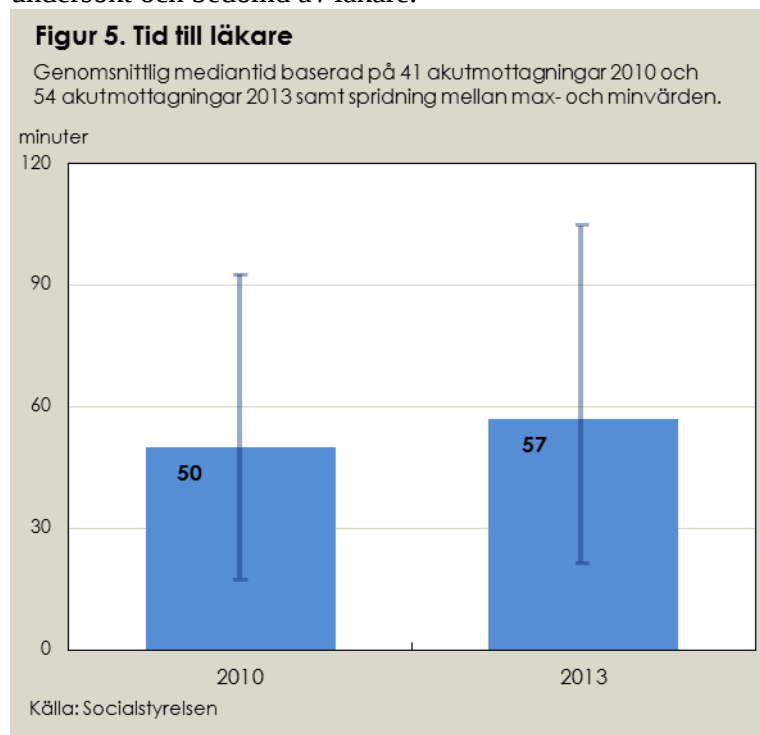
Det går dock att ställa 2013 års resultat för andelen med en vistelsetid under 4 timmar mot tidsmålen för 2012, och då visar det sig att endast sju akutmottagningar, Lycksele, Sollefteå, St Görans, Norrtälje, Motala, Trelleborg och Ängelholm, uppnådde dessa mål.

Figur 4 visar även här en klar skillnad mellan totalen och gruppen 80+ där en mindre andel av 80+ har en TVT på under 4 timmar. Ingen akutmottagning klarar tidsmålen för patientgruppen 80 år och äldre.

Tid till första läkarbedömning (TTL)

Vid uppföljningen 2010 lämnade 34 akutmottagningar uppgifter om väntetiden till första läkarbedömning. Detta mått har fått en alltmer framträdande roll som både tids- och kvalitetsindikator, och i och med detta har antalet inrapporterade uppgifter ökat. Uppgifter för 2013 har rapporterats in för 54 av 70 akutmottagningar. Bortfallet beror främst på att inte alla akutmottagningar har akutmodul i drift.

Figur 5 nedan visar en försämring av väntetiden fram till att patienten blir undersökt och bedömd av läkare.

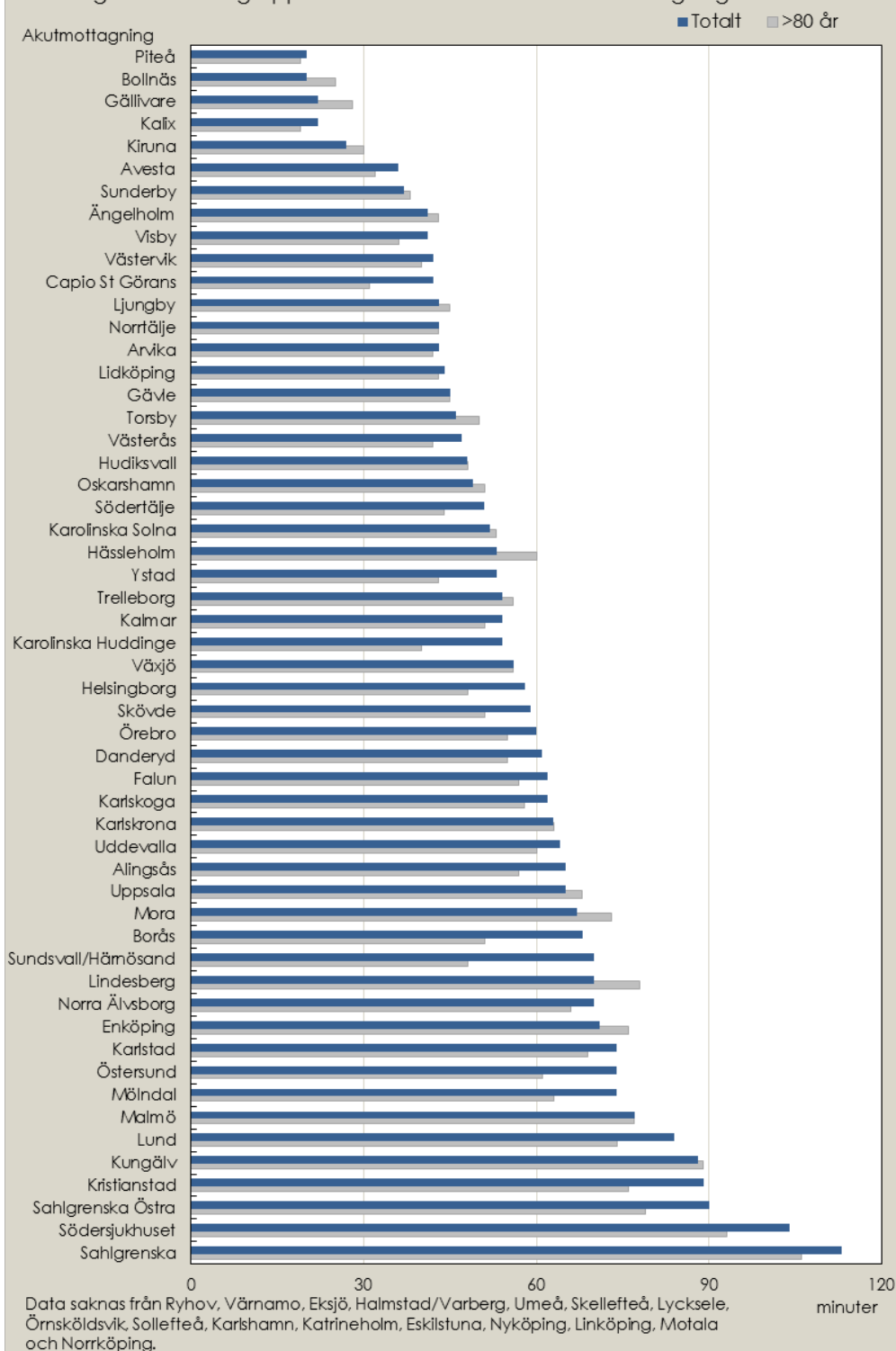


Då antalet landsting som rapporterat uppgifter skiljer sig åt mellan 2010 och 2013 har en analys gjorts där endast de mottagningar som lämnat uppgift för

båda åren ingår. Denna analys visar att det inte är de tillkommande enheterna som orsakat den ökade väntetiden.

Figur 6. Tid till läkare första halvåret 2013.

Genomsnittlig (median) tid till första läkarbedömning i minuter. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80 år och äldre vid 54 akutmottagningar.



Figur 6 visar en stor variation mellan akutmottagningarna när det gäller TTL, precis som för den totala vistelsetiden. Piteå och Bollnäs akutmottagningar uppvisar den kortaste tiden och där fick patienterna i genomsnitt vänta i 20 minuter. Den längsta TTL är 1 timme och 53 minuter på Sahlgrenska. Skillnad i genomsnittlig medianväntetid för att bli undersökt och bedömd av läkare är hela 1 timme och 33 minuter mellan Piteå och Bollnäs å den ena sidan och Sahlgrenska å den andra sidan.

Som framgår av figur 6 klarar majoriteten av de 54 akutmottagningarna en mediantid för TTL under 60 minuter.

Det som även framgår av figur 6 är att patientgruppen 80+ har en kortare TTL är totalen vid de flesta akutmottagningarna.

Patienter som är 80 år och äldre får alltså en läkarbedömning snabbare än de övriga men de har å andra sidan en längre total vistelsetid. Det finns många antaganden men inga helt klarlagda orsaker till dessa skillnader men med hjälp av den kommande individbaserade inrapporteringen bör det gå att klargöra vissa samband, exempelvis mellan inskrivning i slutenvård och längre TVT. Uppföljningar för att besvara frågeställningar såsom skillnader i medicinsk prioritering, svårbedömd symtombild, tidskrävande behandling och väntan på transport fordrar annan data, och utförs lämpligen på lokal nivå.

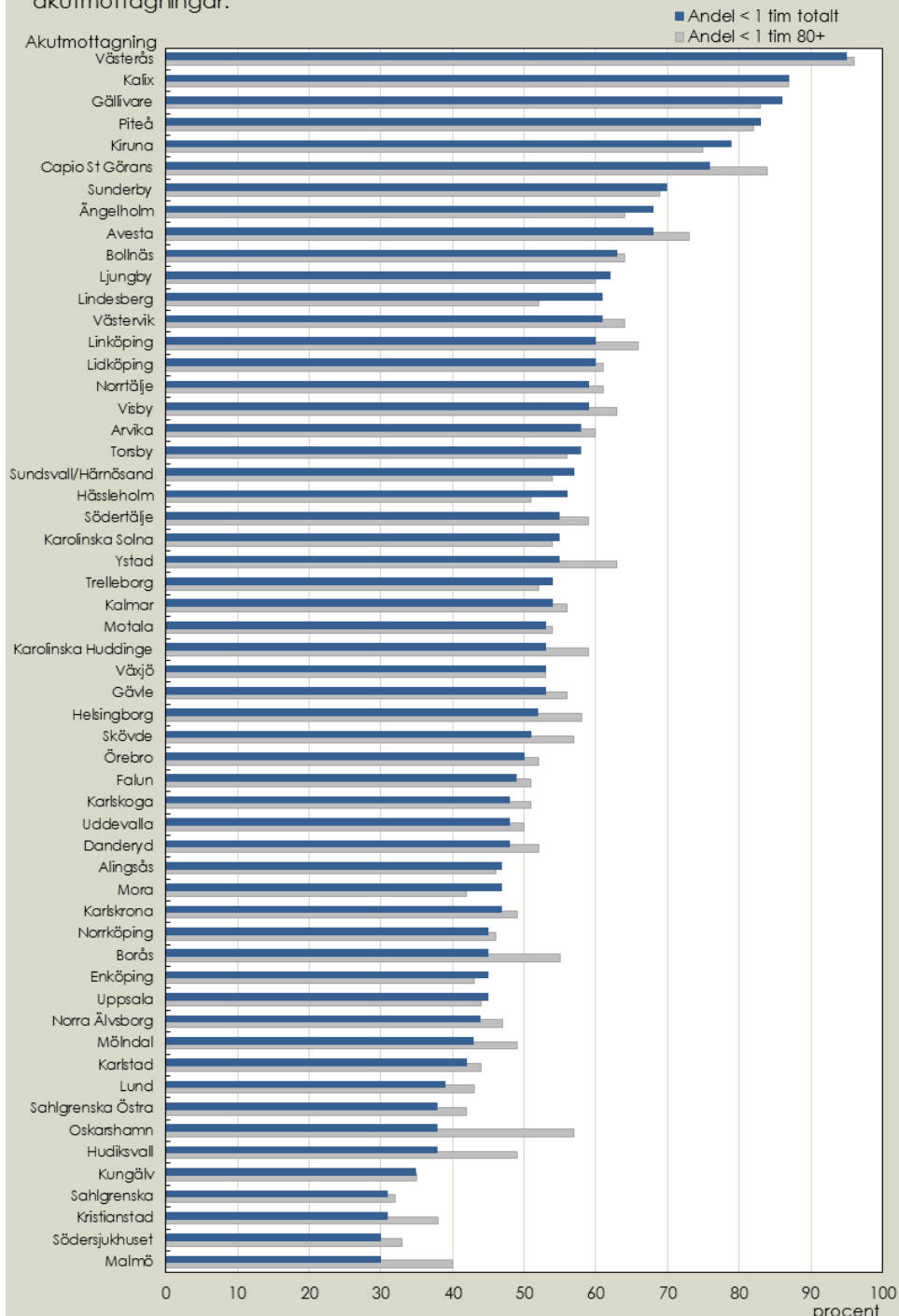
Första läkarbedömning inom 1 timme

I enkäten 2012 uppgav fem landsting, Uppsala, Sörmland, Östergötland, Västra Götaland och Gotland att man hade beslutat om att maxgränsen för TTL skulle vara 1 timme. Norrbotten och Blekinge hade beslutat om 0,5 respektive 2 timmars maxgräns. Målnivåerna i dessa landsting varierar från 70 procent i Sörmland och Östergötland till 100 procent i Blekinge.

Figur 7 nedan visar att av de 56 akutmottagningar som rapporterat in andel TTL inom 1 timme har endast akutmottagningen i Västerås klarat målnivån på 90 procent för 1-timmesgränsen.

Figur 7. Tid till läkare inom 1 timme första halvåret 2013.

Andel besök med en väntetid till första bedömning av läkare ≤ 1 timme. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80 år och äldre vid 56 akutmottagningar.



Data saknas från Ryhov, Värnamo, Eksjö, Halmstad/Varberg, Umeå, Skellefteå, Lycksele, Örnköldsvik, Sollefteå, Östersund, Karlshamn, Katrineholm, Eskilstuna och Nyköping.

Källa: Socialstyrelsen

Verksamhet, volymer, arbetssätt och bemanning

Antal sjukhusbundna akutmottagningar

Antal akutmottagningar minskade mellan 2010 och 2012 från 74 till 70 stycken, om man strikt följer definitionen av en sjukhusbunden akutmottagning.

Vissa mottagningar avvecklades men minskningen beror även på administrativa sammanslagningar, det vill säga att akutmottagningarna är separata fysiska enheter på skilda sjukhus men räknas administrativt som en enhet. Exempel är på detta är Halmstad och Varberg samt Sundsvall och Härnösand. Mellan 2012 och 2013 förändrades inte antalet mottagningar (se bilaga 5).

Utöver dessa finns akutmottagningar som endast har en specialitet eller har ett så begränsat öppethållande att de inte går in under denna definition.

I bilaga 6 redovisas hur akutmottagningarna är organiserade i specialiteter och vilket öppethållande de har. Det vanligaste är att ha medicin, kirurgi och ortopedi öppet dygnet runt. Övriga specialiteter har ofta akutverksamheten förlagd till akutmottagningen under jourtid och under dagtid tar man emot akuta patienter på den ordinarie mottagningen.

Antal besök

I enkäterna har antalet besök per halvår efterfrågats för att kunna extrapolera antalet till att gälla för helår. I rapporten mars 2011 uppskattades att akutmottagningarna tog emot 2,5 miljoner besök under 2010, med hänsyn tagen till uppräknningen till helår och ett relativt stort bortfall av akutmottagningar.

De antalsuppgifter som landstingen lämnade för 2012 visade sig innehålla så mycket tveksamheter att det inte var meningsfullt att uppskatta totalantalet besök. Vid denna granskning upptäcktes även vissa felaktigheter i det inrapporterade sifferunderlaget för 2010.

Enkätsvaren för första halvåret 2013 bedöms dock hålla så god kvalitet att en antalsberäkning för helåret kan göras. Antalet besök på sjukhusbundna akutmottagningar beräknas för 2013 till drygt 2,4 miljoner besök. Däremot är det inte lämpligt med jämförelser med tidigare år på grund av den bristande kvaliteten för dessa år.

Tabell 2 (se bilaga 4) visar totalantalet patientbesök vid de sjukhusbundna akutmottagningarna, inklusive barn, samt summerat på landsting. Antalet för helåret är extrapolerat från uppgiften som rör första halvåret 2013.

Antal besök per 1000 invånare

Organisationen av akutverksamheten för barn skiljer sig åt eftersom vissa sjukhus har speciella barnakutmottagningar. Tabell 1 nedan omfattar endast åldrarna 20 år och äldre, för att kunna belysa hur antalet besök per 1000 invånare varierar mellan landstingen.

Tabell 1. Antal besök per akutmottagning, summering per landsting för första halvåret 2013.

Ålderna 20 år och äldre

Landsting/Region	Antal besök helår	Antal besök per 1000 invånare
Västmanland	47 462	239
Uppsala	63 206	240
Halland	57 672	248
Kronoberg	37 098	258
Jämtland	25 936	262
Jönköping	68 998	266
Västra Götaland	338 090	273
Västerbotten	55 618	274
Östergötland	93 064	277
Stockholm	458 414	283
Norrbottn	55 810	284
Västernorrland	55 844	295
Gävleborg	56 980	262
Dalarna	52 568	243
Skåne	289 968	297
Blekinge	35 954	301
Örebro	67 690	309
Värmland	66 876	310
Kalmar	58 602	318
Södermanland	69 450	328
Gotland	16 112	355
RIKET	2 090 412	283

Antalet besök per 1000 invånare varierar kraftigt från Västmanland med 239 besök till Gotland som har hela 355 besök per 1000 invånare.

De bakomliggande orsakerna till dessa skillnader kan inte förklaras endast utifrån detta underlag. En tänkbar förklaring kan vara hur akutvården är organiserad vad gäller tillgång till alternativa mottagningsformer i form av närakuter, jourcentraler och separata akutmottagningar. Det finns även en stor variation mellan landstingen hur stor andel av de akuta besöken som tas emot på ordinarie specialistmottagning under kontorstid.

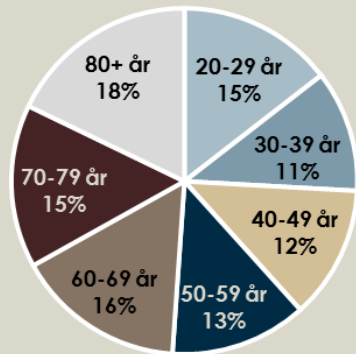
Primärvårdens täckningsgrad har även betydelse för i vilken utsträckning patienterna får den grundläggande vården tillgodosedd och detta påverkar i sin tur patientens behov av att uppsöka akutmottagningen.

Åldersfördelning

Landstingen ombads rapportera in antalet besök per åldersgrupp vilket ger möjlighet att se sökmönstret mellan de olika åldersgrupperna. Andelen akutbesök per 1000 invånare grupperat i åldersgrupper är beroende av samma externa faktorer som beskrivs ovan i kapitlet Antal besök per 1000 invånare. Figur 4 visar att akutbesöken per åldersgrupp fördelar sig relativt jämnt sett enbart till antal.

Figur 4. Åldersfördelningen i procent av akutbesöken

Åldersfördelningen första halvåret 2013

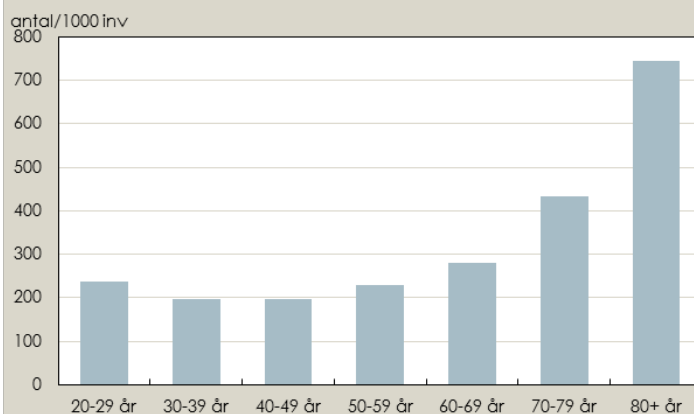


Källa: Socialstyrelsen

Däremot blir fördelningen helt annorlunda (figur 5) om antalet besök relateras till befolkningen per åldersgrupp, då det mycket tydligt visar att antalet besök ökar med stigande ålder. Åldersgruppen 20–29 år avviker dock från detta mönster genom fler besök per 1000 invånare.

Figur 5. Antal besök per 1000 invånare

Antal besök vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare



Källa: Socialstyrelsen

Inskrivning i slutenvård

Av alla besök på akutmottagningarna för patienter över 20 år leder cirka en tredjedel till inskrivning i slutenvård. Under första halvåret 2013 låg andelen inskrivna på 32 procent. Variationerna är dock stora mellan akutmottagningarna, allt från 15 till 66 procent.

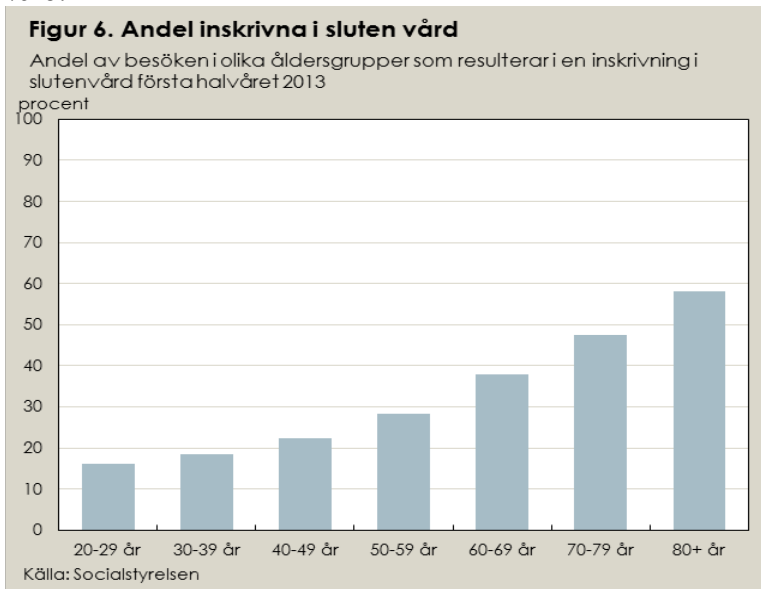
Det finns många orsaker till denna stora spännvidd varav en torde vara vilka specialiteter som har sin akutverksamhet förlagd till akutmottagningen. Domineras akutmottagningen av specialiteter med en hög inläggningsprocent avspeglas detta på hela akutmottagningens resultat.

En betydande roll spelar även här de externa orsakerna i form av hur landstingen organiserat sin akutsjukvård och hur väl primärvården och den kommunala vården och omsorgen tillgodoser patienternas vårdbehov.

Mot denna bakgrund är det inte meningsfullt att nationellt mäta och jämföra andel inskrivningar per akutmottagning eftersom förklaringsfaktorena är motsägelsefulla och utfallet därmed svårtolkat.

Andel inskrivningar i slutenvård per åldersgrupp efterfrågades både i enkäten för 2012 och för 2013. Resultaten är i stort sett identiska mellan åren med en mycket tydlig ökning av andelen inskrivningar i takt med stigande ålder. Som framgår av figur 6 har åldersgruppen 20-29 år lägst andel medan i gruppen 80 år och äldre blir 58 procent av patienterna inskrivna.

Utvidgas äldregruppen till att gälla 70 år och äldre ser vi fortfarande att över hälften av alla akutbesök, 53 procent, resulterar i en inskrivning i slutenvård.



Snabbspår

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

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

Ett annat begrepp för detta är ”streaming”, vilket innebär att det finns ett strukturerat vårdprogram för hanteringen av en avgränsad patientgrupp inom akutmottagningen. I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering

ring (SBU) [10] konstateras att "streaming" av patienter som ska skrivas in minskar väntetiderna på akutmottagningen för dessa patientgrupper.

I enkäten gällande 2012 ombads akutmottagningarna redovisa om det fanns snabbspår vid mottagningen och i så fall för vilka patientgrupper. De tre grupperna ovan angavs som svarsalternativ, samt grupperna "mest sjuka äldre (MSÄ)", "patienter som ska skrivas in på avdelning" samt "lågprioriterade" patienter.

Mellan 73 och 85 procent av akutmottagningarna hade snabbspår för de tre etablerade grupperna medan det omvända förhållandet, mellan 6 och 24 procent, gällde för de övriga grupperna. Antalet akutmottagningar med snabbspår och streaming, framför allt för de sistnämnda grupperna, kan förväntas öka då många akutmottagningar har pågående utvecklingsprojekt för att förändra och förbättra arbetsorganisation och flöden.

Orsaker till väntetider

I enkäterna för 2010 och 2012 fick landstingen ange vad de ansåg vara de främsta orsakerna till långa väntetider.

Bland de alternativ som gavs³ var det i båda enkäterna samma tre faktorer som uppgavs vara de dominerande skälen. Det främsta skälet ansåg man vara "journsystemet och/eller läkarbemanning". Därefter uppgavs "tillströmning av icke akuta patienter" och "överbeläggningar vid sjukhuset" som orsaker till att väntetider blir långa.

Bemanning och kompetens

Traditionellt har akutmottagningarna bemannats med läkare som har en "grundanställning" vid någon av de ingående specialiteterna.

Många akutmottagningar har dock på senare år successivt börjat anställa läkare specialiserade i akutsjukvård. Hittills har detta varit en tilläggsspecialitet, men i rapporten "Översyn av läkarnas specialitetsindelning" juli 2012 [11] föreslår Socialstyrelsen att akutsjukvård införs som en basspecialitet. Enligt nuvarande tidplan kommer detta att ske från och med 2015-01-01.

Motiven till förslaget om att akutsjukvården ska bli en basspecialitet är att detta gynnar patientsäkerheten genom att det understödjer en utveckling där akutsjukvården får ett större ansvar och en mer aktiv roll för att utveckla medicinska processer, triageverksamhet och samarbetet med den öppna hälso- och sjukvården inom kommuner och landsting. Dessutom skulle omhändertagandet av den allt större delen äldre, ofta multisjuka, kunna förbättras.

Socialstyrelsen har i arbetet med kvalitetsindikatorerna för akutsjukvård ingående diskuterat möjligheten att följa upp läkarbemanning och kompetens på ett nationellt plan. Det har dock varit svårt att finna tydliga definitioner av begreppet "kompetens", såväl för läkare som för sjuksköterskor. Dessutom kräver en beskrivning av bemanning och kompetens ett flertal variabler såsom antal anställda, kompetensnivå och arbetad tid för att ge ett användbart

³ Svarsalternativ: Brist på vårdplatser utanför sjukhuset, överbeläggningar vid sjukhuset, personalens kompetens, lokalernas utformning, journsystem och/eller läkarbemanning, väntan på lab.prover/annan diagnostik, system för prioritering saknas/fungerar inte, få närakuter/motsvarande, för många remisser från primärvård, tillströmning av "icke-akuta" patienter, annat.

mått. Ett mått på bemanning och kompetens måste också vara relaterat till antalet besök vid respektive mottagning.

Registrering av ankomst

Registreringen av tidpunkten då patienten kommer till akutmottagningen varierar över landet beroende på hur man organiserat mottagandet.

Det finns i princip tre sätt som praktiseras, nummerlapp, anmälan i luckan eller registrering vid den första medicinska bedömningen.

Av svaren framgår att vid 51 akutmottagningar överensstämmer tidpunkten för den fysiska ankomsten med tiden som registreras i det patientadministrativa systemet. Resterande uppger att det ibland uppstår en tidsdifferens som kan variera mellan 1–10 minuter.

Registrering av första beslutsgrundande bedömning

Enkäten för 2013 innehöll även en fråga hur väl den registrerade tidpunkten för den första medicinska bedömningen överensstämmer med den faktiska läkarundersökningen och bedömningen.

Av svaren framgår att registrerad och faktisk tidpunkt överensstämmer vid 48 akutmottagningar. För tre av dessa, samt för de åtta som svarat att tidpunkten inte stämmer, finns kommentarer som beskriver svårigheten att bedöma när läkaren påbörjar undersökningen av patienten. Vid 14 akutmottagningar registreras inte denna tidpunkt beroende på avsaknad av systemstöd.

Registrering av avslut

Denna mätpunkt definieras som ”den tidpunkt när patienten fysiskt lämnar den sjukhusbundna akutmottagningen”.

En fråga i enkäten avsåg att undersöka hur väl akutmottagningarnas registrering stämmer överens med denna definition. Av de svarande 70 akutmottagningarna följer 64 den fastslagna definitionen. Övriga sex mottagningar svarar dock att avslutsregistreringen sker när patienten är medicinskt färdigbehandlad.

Registrering av medicinsk färdigbehandlad

Tidpunkten för när besöket på akutmottagningen ska anses vara avslutat har varit föremål för diskussion i expertgruppen. Därför fanns en fråga i enkäten om det var möjligt att i de patientadministrativa systemen registrera ”medicinskt färdigbehandlad”. Avsikten var att få en uppfattning om möjligheterna att på lokal nivå kunna göra uppföljningar av tiden till denna mätpunkt.

En majoritet, 40 av 70 akutmottagningar kan registrera och därmed följa upp denna tid. Åtta mottagningar uppger att det pågår en utveckling av systemen som kommer att göra detta möjligt. Därmed har två tredjedelar av akutmottagningarna förutsättningar för att på lokal nivå arbeta med utvecklings- och förbättringsprojekt för att förbättra interna flöden och reducera onödiga väntetider.

Det är också denna del av akutprocessen som man har störst möjlighet att påverka och som inte beror på att det till exempel inte finns lediga platser på sjukhuset eller att patienten får vänta på transport.

Registrering av "avviker efter bedömning" och uppföljning av "återkommer inom 72 timmar"

I Socialstyrelsens förslag till uppföljningsmodell finns kvalitetsindikatorerna *avviker efter bedömning* respektive *återkommer inom 72 timmar*. Inför den kommande inrapporteringen efterfrågades om akutmottagningarna registrerar och följer upp dessa redan idag.

Svaren visar att nio av tio akutmottagningar registrerar indikatorn *avviker efter bedömning*.

För indikatorn *återkommer inom 72 timmar* är förhållandena helt annorlunda då endast nio akutmottagningar följer upp detta

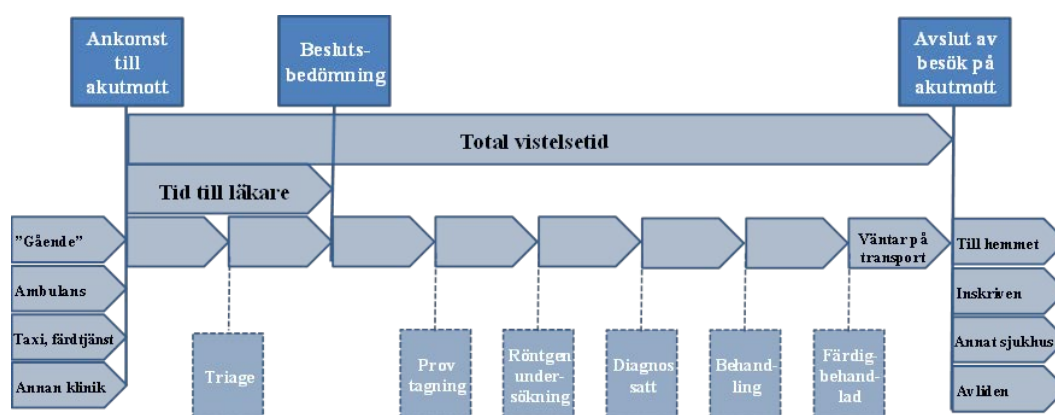
Emellertid innebär en registrering av ankomst och avslut av akutmottagningsbesöket att detta automatiskt kan följas upp i patientregistret.

Modell för uppföljning

Mätpunkter och tidsindikatorer

Socialstyrelsen genomförde i januari 2011 en workshop med representanter för landsting och intresseorganisationer. Redan vid detta möte skissades på grunderna till den modell som presenteras nedan.

Figur 7: Modell över flöde och mätpunkter för uppföljning av väntetider vid akutmottagning.



Figuren visar ett antal mätpunkter och ger även exempel på de led- och väntetider som återfinns i vård- och behandlingsprocessen "patientens väg genom akuten".

Enligt Socialstyrelsen ska följande mätpunkter utgöra basen för den nationella väntetidsuppföljningen:

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

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

- total vistelsetid (TVT)
- tid till läkarbedömning (TTL)

Den nedre delen av figuren visar även exempel på mätpunkter och ledtider som lämpar sig för uppföljning på lokal nivå och då kan utgöra grund för lokalt förändrings- och förbättringsarbete.

Kvalitetsindikatorer

I regeringsuppdraget ingår att komplettera tidsindikatorerna med kvalitetsindikatorer med inriktning på exempelvis patientsäkerhet och patientupplevelse.

Socialstyrelsen har därför tagit fram ett antal kvalitetsindikatorer som föreslås ingå i uppföljningsmodellen. Indikatorerna 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
- andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig.

En mer utförlig beskrivning av ovanstående mätpunkter och indikatorer återfinns i kapitlet Definitioner och beskrivningar samt i bilaga 7 och bilaga 8.

Nationellt uppföljningssystem

Det system som Socialstyrelsen föreslagit för att följa upp väntetider och kvalitet i akutsjukvården baseras på månadsvis inrapportering av uppgifter till patientregistret. Akutuppgifterna kommer att publiceras och presenteras med samma frekvens.

Rapporteringen kommer att vara obligatorisk från och med 2015 men redan under 2014 kommer Socialstyrelsen att initiera ett implementerings- och kvalitetssäkringsarbete med frivillig inrapportering.

Varje månads inrapportering föreslås omfatta de tre månaderna som föregår rapporteringsmånaden vilket har bedömts som tillräckligt för att alla uppgifter rörande vårdkontakten ska vara registrerade. För att möjliggöra och säkerställa en fullgod kvalitetssäkring kommer publiceringen initialt att ske med ytterligare en månads förskjutning.

Innehåll, publicering och presentation

Vid myndigheten pågår två projekt för att utvärdera och utveckla innehållet i den befintliga statistikproduktionen samt utveckla former för hur statistik ska produceras, publiceras och presenteras inom ramen för patientregistret. Projekten är, "Utveckling av informationsförsörjning baserad på patientregistret" [12] och "Utveckling av publiceringsformer avseende officiell och annan statistik" [13].

Eftersom akutsjukvården ingår i patientregistret kommer resultatet av dessa projekt att styra innehållet i och formen för publiceringen av akutuppgifterna. Med ett väl strukturerat innehåll och en genomtänkt form för publicering skapas förutsättningar för både lokala och nationella uppföljningar.

Inriktningen är att i en webbaserad uppföljningsportal presentera den statistik som efterfrågas av landstingen och andra intressenter, dels som fasta rapporter, dels som interaktiva lösningar där användaren själv väljer vyer för sin uppföljning. Med den ökade aktualiteten kan verksamheten använda inrapporterade uppgifter för verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.

Den planerade årliga uppföljningen och analysen kommer att ha en mer långsiktig inriktning på uppföljningsmodellens indikatorer och ett syfte är att förbättrade patientregisterdata ska leda till bättre uppföljningar och analyser.

Väntetids- och kvalitetsindikatorer

Total vistelsetid

I den allmänna debatten har det sedan länge funnits ett starkt fokus på tidsindikatorn "total vistelsetid" som ett mått på "väntetid på akuten".

Vistelsetid likställs därför ofta med *väntetid*.

Det finns dock kritik och invändningar mot tidsmättet total vistelsetid som går ut på att det ger en alltför förenklad bild av vård- och behandlingsprocessen på en akutmottagning.

Att korta den totala vistelsetiden är en lovvärd ambition, men den får inte överskugga det faktum att den totala vistelsetiden, förutom väntetid, även består av många i grunden helt skilda processer såsom bedömning, undersökning, provtagning, provanalys, behandling och övervakning vilket gör att måttet inte är optimalt som indikator.

Vissa delar av den totala vistelsetiden är inte möjliga att förkorta medan de delar som kan och bör förkortas är den "icke värdeskapande tiden", det vill säga den tid som utgörs av onödig väntan oavsett var i förloppet den uppträder.

Socialstyrelsen anser, med beaktande av ovanstående invändningar, att den totala vistelsetiden är ett enkelt och kommunicerbart mått som ur patientperspektivet måste anses som relevant.

Tid till läkarbedömning

Den andra tidsindikatorn *tid till första läkarbedömning* har med tiden fått en allt större tyngd då den, förutom att vara en väntetidstidsindikator, även innehåller den viktiga kvalitetsaspekten att få en snabb bedömning av det medicinska tillståndet. Förutom denna positiva kvalitetseffekt finns evidens [10] för att en kortare tid till första läkarbedömning även förkortar den totala vistelsetiden.

Denna tid kan i vissa fall innehålla "aktiv väntan" för att exempelvis få svar på prov som tagits vid en initial triage men på det stora hela finns bara positiva effekter av att förkorta tiden till den första läkarbedömningen.

Övriga mätpunkter, led- och väntetider på en akutmottagning

Modellen i figur 7 visar hur olika processers mätpunkter kan synliggöras. Med dessa mätpunkter som grund går det även att lokalt följa andra viktiga ledtider som kan ligga till grund för förbättringsarbete med målet att reducera

”icke värdeskapande tid”. Detta sätt att identifiera, mäta och följa olika ledtider är ämnat att tydliggöra och säkerställa att verksamheten inte drivs mot ett arbetssätt som resulterar i ”fort och fel”.

Tidsindikatorer och tidsgränser

Den nationella uppföljningen av väntetider på akutmottagningarna har som tidigare nämnts varit fokuserade på *total vistelsetid*.

Som framgår av tidigare rapporter har en majoritet av landstingen satt som mål att den totala vistelsetiden inte ska överstiga 4 timmar [6]. Denna 4-timmarsgräns finns även internationellt, till exempel i Storbritannien [14].

Även för tidsindikatorn *tid till första läkarbedömning* har det utvecklats en praxis med ett tidsmål och i cirka hälften av landstingen har man tagit beslut om en maxgräns på 1 timme.

Med tanke på det vida spektrum av mer eller mindre allvarliga tillstånd som akutmottagningens patienter uppvisar, saknas vetenskapligt underlag att ur ett medicinskt-, kvalitets- eller patientsäkerhetsperspektiv koppla en bestämd tidsgräns till att gälla generellt för alla patientgrupper. Vid redovisningen av dessa mått finns i dagsläget alla patienter med, allt från ”icke-akuta” till traumapatienter.

En önskvärd gruppering utifrån exempelvis diagnos, in- eller utskrivnings-sätt är inte möjlig med de begränsningar som i dagsläget finns i patientregistret.

Målnivåer

En absolut tidsgräns för den totala vistelsetiden kan styra mot ett felaktigt, icke önskvärt agerande, och för att minimera den risken har de flesta landsting kompletterat måttet med en målnivå (oftast 90 procent) [6].

Marginalen på tio procent rymmer sannorlikt de flesta av de patienter där väntan blivit lång på grund av att patienten väntar på transport till en avdelning eller till hemmet eller att man vill färdigbehandla patienten före hemgång.

För tidsindikatorn *tid till första läkarbedömning* har endast ett fåtal landsting kompletterat sin 1-timmesgräns med en målnivå i form av ett procenttal. Bland de landsting som satt ett mål varierar nivån mellan 70 och 100 procent.

Trots att det saknas vetenskapligt underlag för tidsgränserna 4 timmar för *total vistelsetid* och 1 timme för *tid till första beslutsgrundande bedömning* föreslår Socialstyrelsen ändå att dessa mätetal ska utgöra indikatorer för att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar.

Ställningstagandet motiveras främst av den praxis av uppföljning mot dessa tidsgränser som utvecklats under senare år och som nått bred acceptans.

Indikatorernas tidsgränser bör dock värderas och eventuellt omprövas om underlaget förändras, både det vetenskapliga och det erfarenhetsmässiga, samt om andra förutsättningar ändras.

Socialstyrelsen föreslår inga målnivåer kopplade till dessa tidsgränser.

Definitioner, termer och begrepp

Sjukhusbunden akutmottagning

Med sjukhusbunden akutmottagning avses en traditionell somatisk akutmottagning.

I detta sammanhang ingår inte andra akutmottagningar exempelvis

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

Denna definition av sjukhusbunden akutmottagning har legat till grund för enkäterna till landstingen år 2010–2012 och nu även för den enkät som genomförts våren 2013.

Definitionen bygger på regeringsuppdraget där man talar om den bekymmersamma utvecklingen av väntetidssituationen vid landets akutmottagningar vilket underförstått är de traditionella akutmottagningarna där ett antal specialiteter är samlokaliserade.

De exkluderade akutverksamheterna har vanligtvis inte samma problematik med långa väntetider och ifrågasatt kvalitet.

Invändningar mot denna definition är att den inte på ett heltäckande sätt fastställer avgränsningarna för exempelvis lokalisering, öppettider samt antal ingående kliniker och specialiteter i förhållande till annan akut verksamhet.

En allmän uppfattning torde dock vara att "sjukhusbunden akutmottagning" är den traditionellt organiserade akutmottagningen där ett antal specialiteter är samlokaliserade och att den lokalmässigt finns vid ett sjukhus.

För att ändå kunna använda definitionen ovan har Socialstyrelsen haft en återkommande dialog med landstingen om tolkningen. Bara vid några få tillfällen har det varit tveksamheter om hur den ska tolkas.

Genom denna dialog har det också gått att urskilja de akutmottagningar som motsvarar den gängse tolkningen av begreppet och därmed har det blivit möjligt att följa upp "sjukhusbundna akutmottagningar" över tid.

Verksamheten i landstingen förändras och omorganiseras ständigt, och detta har naturligtvis också avspeglats inom detta område. Antalet sjukhusbundna akutmottagningar har minskat över åren, dels genom avvecklingar, dels genom administrativa sammanslagningar. För närvarande finns 72 akutmottagningar lokalmässigt men 70 organisatoriska enheter.

I arbetet med ändringen av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister har det framkommit ett behov av att återigen se över definitionen och beskriva vad som ingår i begreppet "sjukhusbunden akutmottagning" samt lägga fast gränserna mot annan akutverksamhet.

I specifikationen för vad som ska rapporteras till patientregistret från och med 2015 indelas akutverksamheten i fem olika typer

1. Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade
2. Akutmottagning med endast en somatisk specialitet
3. Psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet.)
4. Närakut eller närsjukhus med jourmottagning
5. Övrig akut verksamhet
0. Ej akutverksamhet

Alternativ 1 "Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade" motsvarar begreppet "Sjukhusbunden akutmottagning".

I bilaga 10 finns en handledning som ytterligare förtydligar vad som ska rapporteras till patientregistret.

Mätpunkter

Delrapporten från april 2013 [6] innehöll också förslag till definitioner av modellens mätpunkter, och dessa har nu preciserats ytterligare med stöd av den expertgrupp som medverkat i uppdraget. Definitionerna nedan kommer att ligga till grund för inrapporteringen till patientregistret.

Ankomst till akutmottagning

Mätpunkten *ankomst till akutmottagning* gäller den tidpunkt när en person fysiskt anländer till en sjukhusbunden akutmottagning.

Det finns olika system för att registrera detta: när patienten tar nummerlapp, anmäler sig i kassan eller vid så kallat pre-triage. I vissa fall finns därför en diskrepans mellan tidpunkten då patienten fysiskt anländer och den tidpunkt som sedan blir inregistrerad.

Första läkarbedömning

Mätpunkten *första läkarbedömning* gäller den första beslutsgrundande bedömningen, det vill säga då en läkare⁴ utreder patienten för första gången och gör en bedömning som ligger till grund för den fortsatta undersökningen, till exempel röntgen, eller behandlingen.

Mätpunkten ska inte sammanblandas med en första prioriterande bedömning, vilket är när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gör en första bedömning av patientens hälsotillstånd och prioriterar patienten efter medicinsk angelägenhetsgrad, så kallat triage eller teamtriage.

Om besöket omfattar fler kliniker eller specialiteter ska endast den första bedömningen rapporteras.

⁴ I vissa fall är det en sjuksköterska som gör en beslutsgrundande bedömning. Enligt nu gällande förordning får emellertid endast läkarinsatser ingå i patientregistret (PAR).

Tidpunkt då patienten lämnar mottagningen

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

Uppfattningen om när en patient avslutar sitt besök på akutmottagningen skiftar över landet. På sex av de 70 akutmottagningarna registreras dock den tidpunkt då patienten är färdigbehandlad och väntar på transport hem eller till inskrivning, det vill säga tolkningen är att patienten inte längre är akutmottagningens angelägenhet. Då uppföljning av akutbesöken sker med ett patientperspektiv är det fastslaget att avslut av akutbesöket sker när patienten fysiskt lämnar akutmottagningen lokaler.

Socialstyrelsen är medveten om de svårigheter som finns för personalen att i praktiken ha kontroll över, avgöra och registrera när patienten de facto lämnar akutmottagningen och ”går ut genom dörren”. De fall som erbjuder den största svårigheten är de patienter som efter avslutad behandling väntar på transport hem.

Vid implementeringen av uppföljningsmodellen i landstingen kommer myndigheten att tillsammans med landstingen arbeta för en harmonisering av de aktuella begreppen och registreringen i de patientadministrativa systemen. Detta för att möjliggöra jämförelser vid de kommande uppföljningarna.

Kvalitetsindikatorer

Ett alltför ensidigt fokus på att korta tider kan innebära att patientsäkerheten kommer i andra hand och att riskerna för felbedömningar ökar. Detta ledde till att Socialstyrelsen i rapporten våren 2011 [4] lyfte fram behovet av kvalitetsindikatorer för god vård med inriktning på till exempel patientsäkerhet och patientupplevelse som komplement till tidsindikatorerna.

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

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

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

Arbetet i expertgruppen startade förutsättningslöst med att ta fram en lista på tänkbara kvalitetsindikatorer som är relevanta för uppföljningar av akutsjukvård.

I listan ingick bland annat de indikatorer som används i den brittiska sjukvården [4, 14]. Därefter testades varje indikatorförslag mot kravspecifikationen och resultatet blev att ett antal av förslagen kunde avföras eftersom de inte uppfyllde kraven. Det fanns också indikatorer som uppfyllde de grundläggande kriterierna, men som inte går att mäta med dagens datakällor. Dessa indikatorer kan därför betraktas som "utvecklingsindikatorer" för framtida utveckling av kvalitetsindikatorer.

Därefter gick Socialstyrelsen tillsammans med expertgruppen, igenom tänkbara indikatorer. Fastslaget är att den nationella uppföljningen av väntetider inom akutsjukvården kompletteras med ytterligare fem indikatorer. Underlaget till två av dessa kommer från data som ska inrapporteras till patientregistret medan de övriga tre bygger på uppgifter från den nationella patientenkäten. En fullständig beskrivning av indikatorerna finns i bilaga 8.

Nedanstående 2 indikatorer från landstingens patientadministrativa system:

1. Andel patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende och återkommit inom 72 timmar.
Beskrivning och syfte: Vissa patienter har oklara, svårdiagnostiserade tillstånd och personalen har kort tid för att bedöma och utvärdera den insatta behandlingen. Detta kan resultera i att patienten återkommer till akutmottagningen.
Nationell datakälla: Patientregistret.
Kommentar: Myndigheten avser att vidare utveckla denna indikator så att måttet endast fångar de som återkommer med samma besöksorsak. Alla akutmottagningar registrerar dock inte besöksorsak och de som gör det använder lokala register.
Det behövs ett nationellt besöksorsaksregister som antingen kan användas lokalt eller som kan mappas mot landstingens lokala register.
2. Andel patienter som avviker på eget initiativ efter läkarbedömning.
Beskrivning och syfte: Många patienter upplever att väntetiden på akutmottagningen är alltför lång. Detta resulterar ibland i att patienten tröttnar på att vänta och avviker från akutmottagningen.
Nationell datakälla: Patientregistret.
Kommentar: Om patienten avvek före läkarbedömningen räknas besöket inte som ett läkarbesök och ska därför inte rapporteras. Enligt förordningen får endast läkarbesök rapporteras till patientregistret.

Kvalitet ur ett patientperspektiv

Enligt regeringsuppdraget ska Socialstyrelsen föreslå kvalitetsindikatorer, utifrån ett patientsäkerhets- och patientupplevelseperspektiv. Patientens erfarenheter av och synpunkter på akutmottagningens kvalitet ger viktig information som grund för utvecklings- och förbättringsarbete. De indikatorer

med grunddata från landstingens patientadministrativa system ska enligt förslaget därför kompletteras med indikatorer som baseras på uppgifter från den nationella patientenkäten (NPE). Socialstyrelsen föreslår att patientens upplevelse av väntetidsinformation, kvalitet och smärtlindring ska följas upp i den årliga sammanställningen och analysen.

Insamlade patientupplevelser av vården kallas i vanliga fall för PROM⁵-mätningar, patientrapporterade utfallsmått [15] vilket per definition är ett resultatmått. I detta fall är det dock patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården som ska fångas, och då är det närliggande begreppet PREM⁶-mätning mer relevant. Det beskriver patientens tillfredsställelse och upplevelse, vilket kräver flera frågor för att ge en bra bild. Se bilaga 8.

Den nationella patientenkäten genomförs vartannat år för den specialiserade vården. Den senaste mätningen genomfördes på landets akutmottagningar i oktober 2012. Vid denna mätning var svarsprocenten på det urval som gjordes 46,3 procent vilket indikerar att tolkningen av resultatet måste göras med stor försiktighet.

En fördjupad bortfallsanalys där de som inte svarat kontaktas igen har visat sig resurskrävande och är även belastad med ytterligare bortfall. Däremot går det att göra deskriptiva bortfallsanalyser eftersom det finns uppgifter om såväl respondenternas som hela patientgruppens köns- och åldersfördelning.

Av de totalt 5 kvalitetsindikatorerna kommer nedanstående 3 indikatorer från NPE:

3. Andel patienter som uppger sig ha fått information om väntetider vid sitt besök på akutmottagningen.
Beskrivning och syfte: Patienterna ska få information om den aktuella väntetiden. Detta kan ske muntligt, via anslag eller en monitor. Väntetider är allmänt sett en av de viktigaste faktorerna när patienter bedömer vårdens kvalitet.
4. Andel patienter som uppger att vårdkvaliteten varit god på akutmottagningen
Beskrivning och syfte: Svaren avspeglar patientens syn på hur väl vården på akutmottagningen svarade upp mot det aktuella behovet.
5. Andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig.
Beskrivning och syfte: De patienter som upplevde smärta under sitt besök på akutmottagningen ombads att svara på om de hade fått smärtlindring och hur de i så fall upplevt detta.
Kommentar: Att ge adekvat smärtlindring är ett viktigt kvalitetsmått. Det är dock viktigt att man vid tolkningen av denna indikator är medveten om att smärtlindring endast ska ges till rätt patient.

⁵ PROM= förkortning av det engelska uttrycket Patient Reported Outcome Measures, patientrapporterade utfallsmått.

⁶ PREM= förkortning av det engelska uttrycket Patient Reported Experience Measures, patientrapporterad mått avseende patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

Diskussion och slutsatser

Uppföljning av sjukhusbundna akutmottagningar eller uppföljning av alla akutbesök?

Denna slutrapport är, i enlighet med regeringsuppdraget, avgränsad till att gälla ”sjukhusbunden akutmottagning”.

Socialstyrelsen har dock i perspektivet av en framtida, mer utvecklad uppföljning av hälso- och sjukvården och i detta fall av den akuta vården, ingående diskuterat frågan om en utvidgning av begreppet ”sjukhusbunden akutmottagning” till ett mer allomfattande begrepp ”akutbesök” i vilket alla besök som föranletts av ett medicinskt akut behov ingår.

Detta begrepp 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.

Utveckling av patientregistret

Historiskt har det nationella patientregistret 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 uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser vilket gör att det finns ett behov av att förändra och modernisera registret.

Den förändring av patientregistret som föreslås träda i kraft 2015 svarar upp mot vissa av de utvecklingsbehov som finns, såsom en förbättrad aktualitet och en större möjlighet att följa hälso- och sjukvårdens tillgänglighet [16].

Ett problem som tidigt uppmärksammades var att patientregistret i sin nuvarande form inte kan användas för att följa volymer och väntetider inom akutsjukvården. Det saknas variabler för akutmottagning, tidpunkter för ankomst, läkarbedömning och avslut samt att endast de besök som skrivs ut från akutmottagningen till hemmet redovisas som ett besök. De som skrivs in i slutenvård direkt från akutmottagningen registreras endast som ett slutenvårdstillfälle vilket gör att någon fullständig uppgift om antal besök på akutmottagning inte går att utläsa ur patientregistret. De nya variabler som avser akutsjukvården finns i bilaga 9. Dessa är identifikation 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 en vägledning i bilaga 10.

Därutöver upphör undantagsbestämmelsen Avgränsning av läkarbesök i patientregistret [17] som föreskriver att "För patienter som skrivs in i slutenvård i anslutning till ett öppenvårdsbesök ska besöken inte rapporteras som självständiga besök..." att gälla 2013-12-31. Detta innebär att alla läkarbesök, akuta såväl som ej akuta, ska rapporteras till patientregistret oavsett om de resulterar i en inskrivning i slutenvård eller i hemgång.

Variabeln Akutverksamhet är dessutom specificerad så att det är möjligt att fånga grupperna akuta och ej akuta besök samt att alla akuta besök inom den specialiserade vården även kan grupperas på var de lokalmässigt handlagts.

Kvalitetssäkring av akutvariabler

För att kvalitetssäkra de nya variablerna avser Socialstyrelsen att initiera ett arbete i samarbete med landstingen under 2014.

Uttaget och därefter inrapporteringen kvalitetssäkras i fråga om:

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

Ytterligare förändringsbehov av patientregistret

Det finns sedan länge ett uttalat behov av en mer fullständig reformering av patientregistret. Här kan främst nämnas en inkludering av primärvården [16, 18] samt att besök ska rapporteras för fler personalkategorier än läkare [16].

Remissvaren inför den kommande förändringen visar att fem landsting har framfört dessa önskemål.

Detta skulle ha stor betydelse för att kunna följa 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.

Dessutom behövs ett nationellt, komplett vårdgivarregister, dels för att få kunskap om alla de vårdgivare som är rapporteringsskyldiga till patientregistret dels för att kunna gruppera data på organisation.

För att åstadkomma detta måste patientregistret utökas och förändras på ett mer genomgripande sätt vilket bland annat förutsätter en förordningsförändring samt ett långsiktigt arbete tillsammans med landstingen för att lösa problemen med att fånga och rapportera in de variabler som skulle tillgodose det önskade behovet av grunddata. Detta arbete kompliceras av att det i landet finns många olika patientadministrativa system.

Användningsgraden av registret och därmed också samhällsnyttan förväntas öka om patientregistret innehöll heltäckande grunddata och därmed underlaget för forskning och statistik samt verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.

Framtiden, möjligheter

Patientregistret innehåller ännu inte alla de variabler (se kapitlet Utveckling av patientregistret) som krävs för dessa väntetidsuppföljningar och därför har Socialstyrelsen fått använda enkäter för att samla in data och då i form av aggregerade data med statistiska mått såsom median- och medelvärden.

Med den individbaserade inrapporteringen efterfrågas endast mätpunkterna vilket 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 de planerade årliga uppföljningarna och analyserna av tillgängligheten inom akutsjukvården kommer den individbaserade inrapporteringen att erbjuda stora möjligheter till uppföljningar och analyser med val av statistisk metod.

I delrapporten april 2013 och i denna rapport särredovisas patientgruppen 80 år och äldre med resultat som väcker ytterligare frågor och önskan om fördjupade uppföljningar och analyser.

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

Fördjupningsstudier och analys

Under utredningsarbetet har det framkommit, dels i expertgruppen dels från andra kontakter i landstingen, att det för delar av akutprocessen finns ett behov av fördjupade studier och analys.

Syftet är att få en djupare kunskap om de bakomliggande faktorer som påverkar flöden samt led- och väntetider. Den uppföljning av akutväntetider som baseras på uppgifter ur patientregistret och i huvudsak är kvantitativ kan på detta sätt nyanseras och därmed ligga till grund för framtida vidareutveckling av uppföljningen.

Socialstyrelsen avser därför att i det fortsatta arbetet att initiera ett samarbete med några landsting i detta syfte.

Underlag till lokalt förbättrings- och utvecklingsarbete

Den nationella uppföljningen av tids- och kvalitetsindikatorer ska bland annat ge underlag för jämförelser mellan landsting och akutmottagningar och därmed kunskap och incitament för förbättrings- och utvecklingsarbete.

Det finns dock områden inom den akuta vården som inte täcks in av de uppgifter som samlas in till patientregistret.

Som en naturlig fortsättning och utveckling av projektet Akut förbättring föreslår Socialstyrelsen ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Svensk förening för akutsjukvård (Swesem). Syftet är att utveckla grunderna för lokal benchmarking mellan akutmottagningarna och de grundförutsättningar de har att arbeta under. Det kan exempelvis handla om bemanning, kompetens samt fysiska förutsättningar i form av lokaler, tillgång till slutenvårdsplatser och övrig service.

Benchmarking som går ut på att utvärdera sin verksamhet i förhållande till andra, kan vara ett bra lokalt komplement till den nationella uppföljningen. Dessutom kan benchmarking mellan akutmottagningar tjäna som pilotverksamhet för att vidareutveckla kvalitetsindikatorer.

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://termbank.socialstyrelsen.se/>
3. Socialstyrelsen. Förutsättningar att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Delrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Plan för utveckling av system för uppföljning. Delrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012
6. Socialstyrelsen. Uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Delrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Rapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
8. Socialstyrelsen. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagningen? En nationell verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
9. Uppdrag att utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar (regeringsbeslut den 9 september 2010 I:4 och den 16 juni 2011 1:9, dnr S2010/6418/FS).
10. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2010. S statistik BU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1
11. Socialstyrelsen. Översyn av läkarnas specialitetsindelning. Rapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
12. Socialstyrelsen. Utveckling av informationsförsörjning baserad på patientregistret. Projekt. Dnr: 5.3-42602/2013.
13. Socialstyrelsen. Utveckling av publiceringsformer avseende officiell och annan statistik. Projekt. Dnr: 5.2.5-42694/2013.
14. A&E Quality Indicators.
<http://www.imperial.nhs.uk/patients/ourstandards/emergency-care-quality-indicators/index.htm>.
15. PROMcenter. <http://www.promcenter.se/>
16. Socialstyrelsen. Utvecklingsplan för patientregistret. Rapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
17. Socialstyrelsen. Undantagsbestämmelse. Avgränsning av läkarbesök i patientregistret.
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/>

18. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Rapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012

Bilaga 1. Regeringsuppdraget



Socialdepartementet

SOCIALSTYRELSEN	
Ink	2012-04-03
Öppn.	2.3
Dnr	19725/
Handl.	2012

Regeringsbeslut**I:2**

2012-03-29

S2009/4232/FS (slutligt)

S2010/6418/FS (slutligt)

S2010/7428/FS

S2011/9525/FS

S2012/2628/FS (delvis)

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm**Uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet**

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. I uppdraget ingår det bl.a. att utveckla ett system för att kunna följa patientens väg genom vården (med fokus på cancerdiagnoser och vården av multisjuka äldre), analysera väntetider m.m. utifrån olika perspektiv t.ex. kön, ålder och diagnos samt att följa tillgängligheten i både planerad och akut vård.

I uppdraget ingår även att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin samt att följa upp och analysera vilka åtgärder landstingen genomför med anledning av den årliga överenskommelsen om den s.k. kömiljardsatsningen. I detta ingår det dessutom att göra en analys av undanträngningseffekter i vården.

Uppdraget ersätter följande tidigare lämnade uppdrag:

- Uppdrag att utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar (regeringsbeslut den 9 september 2010 I:4 och den 16 juni 2011 I:9, dnr S2010/6418/FS).
- Uppdrag att utveckla system för att följa patientens väg genom vården (regeringsbeslut den 22 december 2010 I:8, dnr 2010/9174/VS).
- Uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och den s.k. kömiljarden inkl. analysen av undanträngningseffekter i vården (regeringsbeslut den 20 maj 2009 I:2 och den 16 februari 2012 I:4, dnr S2009/4232/FS).

Postadress
103 33 Stockholm
Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefonväxel
08-405 10 00
Telefax
08-723 11 91

E-post: registrator@social.ministry.se

2

De olika projekten i uppdraget ska rapporteras i enlighet med vad som anges i *bilagan*. Rapporterna ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Socialstyrelsen ska samråda med befintliga nätverk på området samt Sveriges Kommuner och Landsting.

Finansiering sker inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård med 4 000 000 kronor från anslagsposten 15 Säkrare och effektivare hälso- och sjukvård, och 6 000 000 kronor från anslagsposten 23 Akutsjukvårdssatsning. Kammarkollegiet ska utbetala medlen engångsvis efter rekvisition till Socialstyrelsen. Rekvisitionen ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har och ska ske senast den 1 juli 2012. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2013.

Ärendet

De senaste åren har regeringen genomfört ett antal åtgärder för att förbättra tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård, t.ex. den nationella vårdgarantin och den s.k. kömiljarden.

Sedan den 1 juli 2010 regleras den nationella vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Där framgår det att landstingen ska erbjuda kontakt med primärvården samma dag som man söker hjälp. Inom sju dagar bör primärvården erbjuda läkarbesök, om det behövs. Efter beslut om remiss bör besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom 90 dagar från beslutsdatum och behandling bör erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har under åren 2009–2012 slutit årliga överenskommelser för att förbättra patientens tillgänglighet till hälso- och sjukvården. En miljard kronor har avsatts årligen i statsbudgeten för dessa överenskommelser, den s.k. kömiljarden. Den syftar till att korta väntetiderna i vården.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen flera uppdrag som handlar om att följa tillgängligheten i vården. Socialstyrelsen har bl.a. i uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och kömiljarden. I uppdraget ingår det att analysera vilka effekter landstingens satsningar får för tillgängligheten och väntetiderna i vården samt hur de påverkar patienternas situation. Socialstyrelsen ska vidare analysera landstingens informationsinsatser om vårdgarantin och allmänhetens och professionens kännedom om vårdgarantin. Socialstyrelsen ska även tillse att information om innehållet i vårdgarantin

finns tillgänglig genom myndighetens ordinarie informationskanaler. I uppdraget ingår även att ta fram landstingsprofiler som belyser dels väntetider och det arbete som görs för att säkerställa kvaliteten i inrapporteringen till databasen Väntetider i vården, dels hinder och framgångsfaktorer för landstingen i arbetet med att förkorta vårdköerna. Socialstyrelsen ska som en del av uppföljningen genomföra besök i landstingen för att på plats inhämta information och föra dialog om landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen även göra en fördjupad analys av undanträngningseffekter i vården, dvs. situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (ett större medicinskt behov). Socialstyrelsen ska bl.a. analysera huruvida den lagreglerade vårdgarantin har lett till effekter av detta slag för patientgrupper som riskerar att missgynnas i prioriteringssituationer, t.ex. personer med kroniska sjukdomar som kräver kontinuerliga kontroller eller återbesök.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att utveckla ett system för att följa väntetider i cancervården i enlighet med den modell som presenterades i myndighetens rapport I väntan på besked – väntetider inom cancervården som publicerades hösten 2010. Uppdraget finns med i Socialstyrelsens regleringsbrev. I uppdraget ingår att ta fram väntetidsstatistik över vissa utvalda delar av vårdkedjan, samt att fortsätta utreda hur ett system för uppföljning av väntetider för patienternas hela väg genom vården kan byggas upp. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen även utreda möjligheterna att använda ett sådant väntetidssystem för andra diagnosgrupper än cancer med särskilt fokus på gruppen multisjuka äldre. Uppdraget består av en delrapport som berör väntetider i cancervården och en slutrapport som behandlar frågan om ett övergripande system för att mäta väntetider.

Ett annat uppdrag handlar om att utreda hur Socialstyrelsen kan inrätta ett system för att följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar på nationell nivå. I uppdraget ingår dels att fastställa vilken väntetidsstatistik som ska samlas in, dels att påbörja insamlandet av sådan statistik. Det innebär att Socialstyrelsen ska arbeta vidare med de förslag som myndigheten lämnade i rapporten Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar – Slutrapport mars 2011. Det handlar om att påbörja nationella mätningar av den totala vistelsetiden och tiden till första läkarbedömning inom ramen för det nationella patientregistret vid myndigheten. I rapporten föreslår Socialstyrelsen att det första rapporteringstillfället för detta ska ske under 2012. Socialstyrelsen ska även utreda hur ett system för insamling av väntetidsstatistik långsiktigt kan samordnas med myndighetens övriga statistikproduktion. Det är viktigt att olika kvalitetsaspekter utöver

4

väntetider inom akutsjukvården analyseras. Mot bakgrund av detta ska även Socialstyrelsen föreslå kvalitetsindikatorer med inriktning på t.ex. patientsäkerhet och patientupplevelse inom akutsjukvården. Uppdraget består av en delrapport som innehåller en redogörelse för hur myndigheten planerar att lägga upp arbetet inklusive en tidplan för när insamling och presentation av nationella uppgifter om väntetider vid akutmottagningar kan presenteras, en delrapport som innehåller en redogörelse för resultaten från en nationell sammanställning över väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar samt en slutrapport som innehåller en redovisning av uppdraget i sin helhet.

Närmare om uppdraget

Flera av Socialstyrelsens tillgänglighetsuppdrag har stark anknytning till varandra och är av betydelse för regeringens ambition att utveckla en kvalificerad nationell uppföljning av vårdens tillgänglighet i direkt anslutning till det nationella patientregistret. Det handlar om att kunna följa patientens väg genom vården (med fokus på cancerdiagnoser och vården av multisjuka äldre), genomföra årliga mätningar av väntetider inom akutvården samt analysera väntetider m.m. utifrån olika perspektiv: kön, ålder, diagnos m.m.

Socialstyrelsen har i dialoger med Socialdepartementet framhållit att de olika uppdragen behöver en sammanhållen organisation och att arbetet kommer att behöva många kompetenser. Det gäller kunskaper om väntetider, vårdprocesser och logistik samt kunskap om de olika verksamheter som i första hand ska ingå i mätningarna. Ytterligare kompetensbehov avser registeruppbyggnad och landstingens IT-system, liksom även terminologisk kompetens. Socialstyrelsen föreslår därför att de olika tillgänglighetsuppdragen ska slås ihop till ett samlat uppdrag.

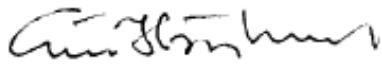
Det samlade uppdraget består av följande uppdrag:

- Utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar.
- Utveckla system för att följa patientens väg genom vården (med fokus på cancerdiagnoser och vården av multisjuka äldre).
- Uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden för åren 2011–2013 samt analys av undanträngningseffekter i vården.

Uppdragens innehåll beskrivs under föregående avsnitt.

Medel för 2013 utbetalas i den mån riksdagen beviljar medel för detta ändamål.

På regeringens vägnar


Göran Hägglund


Sara Johansson

Kopia till

Finansdepartementet/Ba
Regeringskansliets förvaltningsavdelning
Socialutskottet
Kammarkollegiet
Sveriges Kommuner och Landsting



Bilaga till
regeringsbeslut
2012-03-29 nr 1:2

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård
Sara Johansson
Telefon 08-405 14 63
E-post sara.s.johansson@social.ministry.se

Rapporteringstider för respektive projekt i Socialstyrelsens uppdrag att följa tillgängligheten till hälso- och sjukvården

Vårdgaranti och kömiljard 2009–2011

Slutrapport 2012-05-23

Vårdgaranti och kömiljard 2012–2013

Årliga rapporter 2013-05-15
2014-05-15

Patientens väg genom vården

Delrapporter

Väntetider cancer 2012-10-30

Väntetider cancer 2013-10-30

Multisjuka äldre 2013-05-30

Slutrapport 2013-12-15

Akutsjukvård

Delrapporter

Plan för mätningar 2012-04-27

Väntetider under 2012 2013-04-26

Slutrapport 2013-12-15

Bilaga 2. Projektorganisation

Projektledare

Marianne Hanning, Socialstyrelsen

Delprojektledare

Mats Granberg, Socialstyrelsen

Styrgrupp

Marie Lawrence, Socialstyrelsen (tom 2013-08-31)

Natalia Borg, Socialstyrelsen (from 2013-09-01)

Lars Grönvik, Socialstyrelsen

Kristina Bränd Persson, Socialstyrelsen

Emma Uhman, Socialstyrelsen

Bo Lindblom, Socialstyrelsen

Petra Otterblad Olausson, Socialstyrelsen (tom 2013-08-31)

Taina Bäckström, Socialstyrelsen (from 2013-09-01)

Expertgrupp

Ulrika Bergström, Västerbottens läns landsting

Tobias Carlson, Västra Götalandsregionen

Ulf Ekelund, Svenska Akutvårdsregistret

Anna Ekwall, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor

Nasim Farrokhnia, Stockholms läns landsting

Björn Hansson, Landstinget i Östergötland

Marlene Kerber, Örebro läns landsting

Lisa Kurland, Svensk Förening för Akutsjukvård

Jarl Torgerson, Västra Götalandsregionen

Johan Strömbäck, Norrbottens läns landsting

Lojsan Sundström, Norrbottens läns landsting

Urban Säfwenbergs, Landstinget i Östergötland

Harald Grönqvist, Sveriges kommuner och landsting

Lisa Wolff Foster, Socialstyrelsen

Erica Eriksson, Socialstyrelsen

Gunilla Ringbäck Weitof, Socialstyrelsen

Bilaga 3. Enkät

Väntetider och verksamhet vid sjukhus- bundna akutmottagningar

1. Landsting/Region:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ Blekinge | ☐ Kalmar | ☐ Värmland |
| ☐ Dalarna | ☐ Kronoberg | ☐ Västerbotten |
| ☐ Gotland | ☐ Norrbotten | ☐ Västernorrland |
| ☐ Gävleborg | ☐ Skåne | ☐ Västmanland |
| ☐ Halland | ☐ Stockholm | ☐ Västra Götaland |
| ☐ Jämtland | ☐ Sörmland | ☐ Örebro |
| ☐ Jönköping | ☐ Uppsala | ☐ Östergötland |

2. Akutmottagning: _____

3. Kontaktperson: _____

Samtliga frågor gäller för tidsperioden 2013-01-01 - 2013-06-30.

4. Antal besök per åldersgrupp (2013-01-01 - 2013-06-30):

Med besök menas i detta sammanhang öppenvårdskontakt på akutmottagning. Besöket innefattar patientens hela vistelse på akutmottagningen oavsett om patienten handlagts av en eller flera medicinska specialiteter.

	Antal	Varav utskrivna (hem, SÄBO, avlidna)	Varav inskrivna i slutenvård vid sjukhuset
0-9 år	_____	_____	_____
10-19	_____	_____	_____
20-29	_____	_____	_____
30-39	_____	_____	_____
40-49	_____	_____	_____
50-59	_____	_____	_____
60-69	_____	_____	_____
70-79	_____	_____	_____
80-89	_____	_____	_____
90-	_____	_____	_____
Summa	_____	_____	_____

5. Väntetider (2013-01-01 - 2013-06-30):

Definition av mätpunkterna, ankomst till akutmottagning, första läkarbedömningen och tidpunkt då patienten lämnar mottagningen finns under "Definitioner" i frågeformulärets början.

Där finns också definition av tidsindikatorerna, total vistelsetid, tid till första beslutsgrundande bedömning (tid till läkare) och tidpunkt då patienten lämnar mottagningen.

Tid till läkare (medianvärdet i minuter)? _____

Andel patienter som får vänta högst en timme på läkare (i procent)? _____

Den totala vistelsetiden (medianvärde i minuter)? _____

Andel patienter vars totala vistelsetid uppgår till högst 4 timmar (i procent)? _____

6. Väntetider för patienter 80 år och äldre (2013-01-01 - 2013-06-30):

Definition av mätpunkterna, ankomst till akutmottagning, första läkarbedömningen och tidpunkt då patienten lämnar mottagningen finns under "Definitioner" i frågeformulärets början.

Där finns också definition av tidsindikatorerna, total vistelsetid, tid till första beslutsgrundande bedömning (tid till läkare) och tidpunkt då patienten lämnar mottagningen.

Tid till läkare (medianvärdet i minuter)? _____

Andel patienter som får vänta högst en timme på läkare (i procent)? _____

Den totala vistelsetiden (medianvärde i minuter)? _____

Andel patienter vars totala vistelsetid uppgår till högst 4 timmar (i procent)? _____

7. Överensstämmer tidpunkten, då ni enligt rutin registrerar ankomst till akutmottagningen, med den tidpunkt som patienten fysiskt anländer till akutmottagningen?

Mätpunkten "ankomst till akutmottagning" gäller den tidpunkt när en person fysiskt anländer till en sjukhusbunden akutmottagning.

- ☐ Ja
☐ Nej

Kommentar: _____

8. När har ni som rutin att registrera patientens ankomst?

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

Hur många minuter uppskattar du tidsdifferensen till i genomsnitt (från den fysiska ankomsttidpunkten till den registrerade ankomsttidpunkten)? _____

9. Överensstämmer tidpunkten, då ni enligt rutin registrerar en beslutsgrundande bedömning, med den faktiska tidpunkten då läkaren utreder och bedömer?

Med beslutsgrundande bedömning avses den utredning och bedömning som ligger till grund för fortsatt undersökning och/eller behandling. För mer information se "Definitioner" i enkätens början.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Registreras ej

10. När har ni som rutin att registrera patienten som utskriven från akutmottagningen?

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

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

11. Finns möjlighet att registrera tidpunkten för Medicinskt färdigutredd/färdigbehandlad?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Kommentar: _____

12. Har ni som rutin att registrera "Avviker/går utan behandling"?

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

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Kommentar: _____

13. Har ni som rutin att följa upp patienter som återkommer inom de närmaste dygnet (statistiskt i efterhand)?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

14. Hur följer ni upp patienter som återkommer inom de närmaste dygnet?

- ☐ Specifik registrering
- ☐ Befintliga uppgifter om besökstidpunkter

Kommentar: _____

Bilaga 4. Besöksvolym

Tabell 2. Antal besök per akutmottagning, summering per landsting.
Första halvåret 2013

Landsting/ Region	Akutmottagning	Antal besök halvår	Antal besök helår	Antal be- sök helår
Blekinge	Karlskrona	14 764	29 528	40 374
	Karlshamn	5 423	10 846	
Dalarna	Falun	22 942	45 884	83 006
	Mora	10 498	20 996	
	Avesta	8 063	16 126	
Gotland	Visby	9 990	19 980	19 980
Gävleborg	Gävle	21 370	42 740	72 750
	Hudiksvall	12 193	24 386	
	Bollnäs	2 812	5 624	
Halland	Halmstad/Varberg	38 043	76 086	76 086
Jämtland	Östersund	16 281	32 562	32 562
Jönköping	Ryhov	20 032	40 064	80 184
	Eksjö	11 042	22 084	
	Värnamo	9 018	18 036	
Kalmar	Kalmar	17 900	35 800	68 830
	Västervik	10 393	20 786	
	Oskarshamn	6 122	12 244	
Kronoberg	Växjö	15 242	30 484	42 248
	Ljungby	5 882	11 764	
Norrbotten	Sunderby	15 998	31 996	65 786
	Piteå	5 234	10 468	
	Gällivare	4 659	9 318	
	Kiruna	3 669	7 338	
	Kalix	3 333	6 666	
Skåne	Malmö	42 584	85 168	342 082
	Helsingborg	35 597	71 194	
	Lund	31 970	63 940	
	Kristianstad	23 318	46 636	
	Ystad	13 746	27 492	
	Trelleborg	9 524	19 048	
	Ängelholm	7 965	15 930	
	Hässleholm	6 337	12 674	
Stockholm	Södersjukhuset	55 917	111 834	489 856
	Danderyd	40 875	81 750	
	Karolinska Solna	40 175	80 350	
	Karolinska Huddinge	40 001	80 002	
	Capio St Göran	38 845	77 690	
	Södertälje	16 738	33 476	
	Norrtälje	12 377	24 754	
Sörmland	Eskilstuna	20 143	40 286	81 360
	Nyköping	12 194	24 388	
	Katrineholm	8 343	16 686	
Uppsala	Uppsala	25 103	50 206	68 766
	Enköping	9 280	18 560	

Landsting / Region	Akutmottagning	Antal besök halvår	Antal besök helår	Antal be- sök helår
Värmland	Karlstad	27 341	54 682	83 912
	Arvika	7 331	14 662	
	Torsby	7 284	14 568	
Västerbotten	Umeå	16 625	33 250	70 380
	Skellefteå	13 557	27 114	
	Lycksele	5 008	10 016	
Västernorrland	Sundsvall/Härnösand	19 602	39 204	67 382
	Örnsköldsvik	7 591	15 182	
	Sollefteå	6 498	12 996	
Västmanland	Västerås	28 213	56 426	56 426
Västra Göta- land	Trollhättan	27 497	54 994	383 432
	Sahlgrenska	26 262	52 524	
	Skövde	25 158	50 316	
	Borås	25 107	50 214	
	SU/Östra	22 831	45 662	
	Mölnadal	20 603	41 206	
	Kungälv	14 419	28 838	
	Alingsås	12 457	24 914	
	Lidköping	9 638	19 276	
Örebro	Uddevalla	7 744	15 488	
	Örebro	23 612	47 224	84 582
	Karlskoga	9 687	19 374	
Östergötland	Lindesberg	8 992	17 984	
	Norrköping	22 592	45 184	109 392
	Linköping	21 351	42 702	
	Motala	10 753	21 506	
RIKET				2 419 376

Bilaga 5. Sjukhusbundna akutmottagningar

Tabell 3. Sjukhusbundna akutmottagningar

Landsting/Region	Akutmott 2010	Akutmott 2012	Akutmott 2013
Stockholm	Södersjukhuset	Södersjukhuset	Södersjukhuset
	Södertälje	Södertälje	Södertälje
	Norrtälje	Norrtälje	Norrtälje
	Danderyd	Danderyd	Danderyd
	S:t Göran	S:t Göran	S:t Göran
	Karolinska Huddinge	Karolinska Huddinge	Karolinska Huddinge
	Karolinska Solna	Karolinska Solna	Karolinska Solna
Uppsala	Akademiska	Akademiska	Akademiska
	Enköpings	Enköpings	Enköpings
Sörmland	Nyköping	Nyköping	Nyköping
	Katrineholm	Katrineholm	Katrineholm
	Eskilstuna	Eskilstuna	Eskilstuna
Östergötland	Norrköping	Norrköping	Norrköping
	Linköping	Linköping	Linköping
	Motala	Motala	Motala
Jönköping	Värnamo	Värnamo	Värnamo
	Ryhov	Ryhov	Ryhov
	Eksjö	Eksjö	Eksjö
Kronoberg	Växjö	Växjö	Växjö
	Ljungby	Ljungby	Ljungby
Kalmar	Västervik	Västervik	Västervik
	Kalmar	Kalmar	Kalmar
	Oskarshamn	Oskarshamn	Oskarshamn
Gotland	Visby	Visby	Visby
Blekinge	Karlskrona	Karlskrona	Karlskrona
	Karlshamn	Karlshamn	Karlshamn
Skåne	Malmö	Malmö	Malmö
	Ystad	Ystad	Ystad
	Trelleborg	Trelleborg	Trelleborg
	Kristianstad	Kristianstad	Kristianstad
	Ängelholm	Ängelholm	Ängelholm
	Lund	Lund	Lund
	Helsingborg	Helsingborg	Helsingborg
	Hässleholm	Hässleholm	Hässleholm
Halland	Landskrona		
	Varberg	Varberg Halmstad	Varberg Halmstad
Västra Götaland	Halmstad		
	Skövde	Skövde	Skövde
	Lidköping	Lidköping	Lidköping
	Alingsås	Alingsås	Alingsås
	Kungälv	Kungälv	Kungälv

Landsting/Region	Akutmott 2010	Akutmott 2012	Akutmott 2013
	SÄS/Borås	SÄS/Borås	SÄS/Borås
	SU/Östra	SU/Östra	SU/Östra
	SU/Möndal	SU/Möndal	SU/Möndal
	SU/Sahlgrenska	SU/Sahlgrenska	SU/Sahlgrenska
	NÄL/Trollhättan	NÄL/Trollhättan	NÄL/Trollhättan
	Uddevalla	Uddevalla	Uddevalla
Värmland	Karlstad	Karlstad	Karlstad
	Arvika	Arvika	Arvika
	Torsby	Torsby	Torsby
Örebro	Örebro	Örebro	Örebro
	Karlskoga	Karlskoga	Karlskoga
	Lindesberg	Lindesberg	Lindesberg
Västmanland	Västerås	Västerås	Västerås
	Köping		
Dalarna	Falun	Falun	Falun
	Mora	Mora	Mora
	Avesta	Avesta	Avesta
	Ludvika		
Gävleborg	Bollnäs	Bollnäs	Bollnäs
	Hudiksvall	Hudiksvall	Hudiksvall
	Gävle	Gävle	Gävle
Västernorrland	Sollefteå	Sollefteå	Sollefteå
	Sundsvall	Sundsvall Härnösand	Sundsvall Härnösand
	Härnösand		
Jämtland	Östersund	Östersund	Östersund
Västerbotten	Lycksele	Lycksele	Lycksele
	Umeå	Umeå	Umeå
	Skellefteå	Skellefteå	Skellefteå
Norrbotten	Sunderby	Sunderby	Sunderby
	Kalix	Kalix	Kalix
	Gällivare	Gällivare	Gällivare
	Piteå	Piteå	Piteå
	Kiruna	Kiruna	Kiruna

Bilaga 6. Verksamhet dygnetrunt, dagtid och jourtid vid sjukhusbundna mottagningar 2012

Tabell 4. Verksamhet vid sjukhusbundna akutmottagningar

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

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

Bilaga 7. Definitioner

Sjukhusbunden akutmottagning

Med sjukhusbunden akutmottagning avses en traditionell somatisk akutmottagning

Annan akutmottagning, som i detta sammanhang exkluderas, kan vara

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

Denna definition av sjukhusbunden akutmottagning har legat till grund för de enkäter som besvarats av landstingen 2010/2011/2012 och nu även för den enkät som är en del av underlaget för denna slutrapport.

I arbetet med ändringen av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister har det framkommit ett behov av att ytterligare definiera och beskriva vad som ska innefattas i begreppet "Sjukhusbunden akutmottagning" och lägga fast gränsdragningen mot annan akutverksamhet.

I filspecifikationen som beskriver vad som ska rapporteras in till patientregistret benämns fältet Akutverksamhet och indelas i 5 olika typer varav alternativ 1. "Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade" motsvarar begreppet "Sjukhusbunden akutmottagning".

1. Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade
2. Akutmottagning med endast en somatisk specialitet
3. Psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet)
4. Närakut eller närsjukhus med jourmottagning
5. Övrig akut verksamhet
0. Ej akut verksamhet.

Besök

Med besök menas i detta sammanhang öppenvårdskontakt på akutmottagning.

Besöket innefattar patientens hela vistelse på akutmottagningen oavsett om patienten under detta besök handlagts av en eller flera medicinska specialiteter.

Mätpunkter

Ankomst till akutmottagning

Mätpunkten ”ankomst till akutmottagning” gäller den tidpunkt när en person fysiskt anländer till en sjukhusbunden akutmottagning.

Tidpunkten kan registreras på olika sätt, till exempel när personen tar en nummerlapp, anmäler sig i kassan eller vid så kallat ”pretriage”. Mätpunkten är oberoende av ankomstsätt.

Första läkarbedömning

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

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

Tidpunkt då patienten lämnar mottagningen

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

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

Bilaga 8. Beskrivning av indikatorer

Total vistelsetid

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

Målnivå: Ej fastställd

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

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

Typ av indikator: Processindikator

Teknisk beskrivning:

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

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

Parametrar/variabler: Ankomst till akutmottagning

Avslut av besök på akutmottagning

Lokal datakälla: Landstingens/regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret.

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret

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

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

Tid till första beslutsgrundande bedömning

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

Målnivå: Ej fastställd

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

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

Typ av indikator: Processindikator

Teknisk beskrivning:

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

ankomst

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

Parametrar/variabler: Ankomst till akutmottagning

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

Lokal datakälla: Landstingens/regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret.

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret.

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

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

Återkommer inom 72 timmar

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

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Vissa patienter har oklara, svårdiagnosticerade tillstånd och personalen har kort tid för att bedöma och utvärdera den insatta behandlingen. Detta kan resultera i att patienten återkommer till akutmottagningen. Tiden mäts från mätpunkten Avslut av besök på akutmottagning till Ankomst till akutmottagning.

Planerade återbesök såsom ompalpation av buk exkluderas.

Typ av indikator: Processindikator eller resultatindikator

Teknisk beskrivning:

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

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

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

Lokal datakälla: Landstingens/regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret.

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret.

Kommentar: Myndigheten avser att arbeta vidare med och utveckla denna indikator så att måttet endast fångar de som återkommer med samma besöksorsak. Besöksorsak registreras dock inte på alla akutmottagningar och där man registrerar så finns ingen enhetlighet. Ett nationellt register krävs som kan användas lokalt alternativt som landstingens olika besöksorsaker kan mappas mot.

Avviker efter läkarbedömning

Mått: Andel patienter som avviker på eget initiativ efter läkarbedömning.

Målnivå: Ej fastställd

Beskrivning och syfte: Många patienter upplever att väntetiden på akutmottagningen är alltför lång. Detta resulterar ibland i att patienten tröttnar på att vänta och avviker från akutmottagningen. Detta ska endast rapporteras i de fall patienten avviker efter att ha bedömts av läkare.

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som avvikit från akutmottagningen efter läkarbedömning.

Nämnare: Totalt antal patienter på akutmottagningen

Parametrar/Variabler: Registrerad avvikelseorsak, totalt antal patienter

Lokal datakälla: Landstingens/regionernas patientadministrativa system, PAS

Nationell datakälla: Det nationella patientregistret

Felkällor: Ofullständig inrapportering till patientregistret

Olika tolkningar av begreppet Avviker efter läkarbedömning.

Dålig följsamhet till Socialstyrelsens definition av Avviker efter läkarbedömning

Svårigheter att registrera avvikelseorsak i det patientadministrativa systemet.

Kommentar: Om patienten avvikit innan läkarbedömning medför detta att besöket ej kan betraktas som ett läkarbesök och ska därför ej rapporteras. Enligt förordningen får endast läkarbesök rapporteras till patientregistret.

Patientupplevd väntetidsinformation

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

Målnivå: Ej fastställd

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

Den nationella patientenkäten har ett antal frågor som rör information, varav två frågor gällande information om väntetiden fram till en läkarkontakt:

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

Fråga A10 "Fick du återkommande information om ungefär när du skulle få träffa en läkare? Ja/Nej/Ej aktuellt"

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

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

Nämnare: Totalt antal patienter som besvarat enkäten och svarat på frågorna.

Parametrar/variabler: NPE fråga A9 och A10: Antal ja-svar, antal

totalt svarande

Datakälla: Den nationella patientenkäten, NPE.

Felkällor: Låg svarsfrekvens

Otillräcklig bortfallsanalys

Patientupplevd kvalitet

Mått: Andel patienter som uppgett att kvaliteten varit god på akutmottagningen

Målnivå: Ej fastställd

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

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

Fråga H5: "Anser du att dina aktuella behov av sjukvård blir tillgodosedda vid ditt besök på sjukhuset? Ja, helt och hållet, Delvis, Nej"

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som uppgett att kvaliteten varit god

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

Parametrar/Variabler: NPE fråga H1 och H5: Antal svar med positiva svar, antal totalt svarande

Datakälla: Den nationella patientenkäten, NPE.

Felkällor: Låg svarsfrekvens

Otillräcklig bortfallsanalys

Patientupplevd smärtlindring

Mått: Andel patienter som uppgett att smärtlindringen var tillräcklig

Målnivå: Ej fastställd

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

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

Typ av indikator: Resultatindikator

Teknisk beskrivning:

Täljare: Antal patienter som uppgett att de fått tillräcklig smärtlindring

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

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

Datakälla: Den nationella patientenkäten, NPE.

Felkällor: Låg svarsfrekvens

Otillräcklig bortfallsanalys

Kommentar: Att ge adekvat smärtlindring är ett viktigt kvalitetsmått.

En patientgrupp där denna behandling ofta är rent kontraproduktiv och leder till mer skada än nytta är patienter med långvarig icke-malign smärta. Med de frågor som finns i NPE kan dessa patienter ej identifieras.

Bilaga 9. Akutvariabler i patientregistret

Utdrag ur Socialstyrelsens ändringsförslag gällande 2015 års föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

Uppgift	Antal tecken	Format	Beskrivning
Akutverksamhet	1		0. Ej akutverksamhet 1. Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade 2. Akutmottagning med endast en somatisk specialitet 3. Psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet.) 4. Närakut eller närsjukhus med jourmottagning 5. Övrig akutverksamhet
Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHMM	Datum och klockslag då öppenvårdskontakten påbörjades. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.
Tidpunkt för bedömning på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHMM	Datum och klockslag då en läkare utreder patienten och gör en första beslutsgrundande bedömning om eventuell fortsatt undersökning eller behandling. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.
Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHMM	Datum och klockslag då öppenvårdskontakten avslutades. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.
Avbruten vård på akutmottagning	1		1. Patienten avviker på eget initiativ efter läkarbedömning Om vården ej avbrutits i enlighet med punkten 1, ska fältet lämnas blankt. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade

Bilaga 10. Vägledningsdokument för inrapportering

Akutverksamhet (träder i kraft från 2015)

Definition

Akut öppenvårdsbesök: öppenvårdsbesök där patients tillstånd kräver omedelbar bedömning. Socialstyrelsens termbank.

Vägledning och exemplifiering för inrapportering av variabel Akutverksamhet

Övergripande

Alla ej akuta besök rapporteras med alternativ 0 = Ej akutverksamhet

Alla akuta besök rapporteras med något av alternativen 1-5

- 0 = Ej akutverksamhet
- 1 = Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade
- 2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet
- 3 = Psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet.)
- 4 = Närakut eller närsjukhus med jourmottagning
- 5 = Övrig akutverksamhet.

Rapporteringsalternativ

1 = Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade

Innefattar besök på somatisk akutmottagning med två eller fler specialiteter oavsett organisatorisk lösning ifråga om bemanningsmodell och specialitetsindelning såsom:

- Läkare tjänstgörande inom sin specialitet
- Läkare tjänstgörande som akutläkare för alla ingående specialiteter.

2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet

Innefattar besök på akutmottagning med endast en somatisk specialitet lokaliserad till annan plats (i förhållande till rapporteringsalternativ 1).

Vanliga exempel är:

- Barnakutmottagning
- Infektionsakutmottagning
- Gynekologisk akutmottagning.

3 = Psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet).

Besök på den psykiatriska akutmottagningen rapporteras alltid som alternativ 3.

- I de fall denna är samlokaliserad med en somatisk specialitet rapporteras besök inom den somatiska specialiteten som alt 2
- I de fall den psykiatriska akutmottagningen är samlokaliserad med två eller flera somatiska specialiteter ska besök inom dessa rapporteras som alt 1.

4 = Närakut eller närsjukhus med jourmottagning

- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alt 4. Ej akuta besök rapporteras med alt 0.
- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både specialistvårdsmottagning och primärvårdsmottagning ska endast akuta besök på specialistvårdsmottagningen rapporteras med alt 4.
- Enligt förordningen får ej besök inom primärvården rapporteras till patientregistret.

5 = Övrig akutverksamhet

- I de fall där en verksamhet innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alt 5. Ej akuta besök rapporteras med alt 0.
Exempel: Ordinarie specialistvårdsmottagning för planerade besök. Om denna specialistvårdsmottagning även tar emot akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alt 5. Övriga, ej akuta besök rapporteras med alt 0.

Variabel Avbruten vård på akutmottagning

Om patienten avvikit innan läkarbedömning medför detta att besöket inte kan betraktas som ett läkarbesök och ska därför inte rapporteras.

Enligt förordningen får endast läkarbesök rapporteras till patientregistret.