

Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Plan för utveckling
av system för uppföljning

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.

Artikelnr 2012-4-17

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2012

Förord

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen under 2011 utrett frågan om vilka förutsättningarna är för att redovisa uppgifter över väntetider vid landets sjukhusbundna akutverksamheter. En enkät till landstingen, där även statistik över väntetider ingick, visade att det finns goda möjligheter att fånga denna typ av uppgifter men att det krävs ytterligare arbete kring såväl gemensamma termer och begrepp som formerna för hur uppgifterna ska inrapporteras till myndigheten. Socialstyrelsen pekade också på att det finns behov av att, i det fall en nationell insamling av väntetiderna ska genomföras, komplettera dessa med andra kvalitetsindikatorer som speglar olika aspekter på vårdens kvalitet såsom till exempel patientsäkerhet och patienternas upplevelse av vården.

I juni 2011 fick myndigheten ett nytt uppdrag att följa upp den tidigare utredningen med ett arbete för att förbereda insamlandet av statistik över väntetider inom akutsjukvården vid sjukhusen, samt lämna förslag till ytterligare kvalitetsindikatorer för denna verksamhet.

Denna rapport är en delredovisning inom ramen för detta uppdrag. I rapporten redovisar Socialstyrelsen den planering som myndigheten lagt fast för att förbereda starten av en regelbunden uppföljning av väntetider vid akutmottagningarna i landet.

Sedan den 29 mars 2012 har Socialstyrelsen också ett samlat uppdrag för att förbättra uppföljning och statistik kring vårdens tillgänglighet och väntetider. Uppdraget att mäta väntetider i akutvården är en del av detta.

Delrapporten har skrivits av Marianne Hanning som är projektledare för uppdraget och sakkunnig i tillgänglighetsfrågor inom myndigheten. Utredare Rosita Claesson-Wigand har svarat för en internationell kartläggning av system för uppföljning av kvalitet och tillgänglighet inom akutvård.

Taina Bäckström

Ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

Förord	3
Uppdraget	7
Bakgrund	8
Inledning	8
Modell för mätning av väntetider	8
Sammanfattning av slutsatser från tidigare regeringsuppdrag	9
Ett system för att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar	11
Övergripande målsättning	11
Väntetider i akutvården – en del av patientregistret	11
Samverkan eller beroende av andra projekt	11
Perspektiv som ska beaktas	12
Projektets upplägg	13
Tidplan	13
Internationell kartläggning av system för att följa upp akutvård – en sammanfattning	15
Inledning	15
Mått och mätmetoder	15
Sammanfattande slutsats	16
Referenser	17
Bilaga: Internationell kartläggning av system för att mäta kvalitet och väntetider i akutvård	19
Bakgrund	19
Syfte	19
Metod	19
Resultat	20
Internationella organisationer jämför inte kvalitet i akutsjukvården mellan länder	20
Norden – Finland, Norge, Danmark och Island	21
Referenser till den internationella kartläggningen	29

Uppdraget

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utreda hur myndigheten kan inrätta ett system för att på nationell nivå följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar. I uppdraget ingår dels att fastställa vilken väntetidsstatistik som ska samlas in, dels påbörja insamlandet av sådan statistik. I uppdraget ingår också att föreslå kompletterande kvalitetsindikatorer för akutsjukvården utöver de väntetidsdata som myndigheten ska arbeta fram.

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

En delrapport ska lämnas till Socialdepartementet senast den 27 april 2012. I denna rapport ska myndigheten redovisa hur den planerar att lägga upp arbetet, samt presentera en tidplan för när insamling och presentation av nationella uppgifter om väntetider vid akutmottagningar kan genomföras. Ytterligare en delrapport ska lämnas senast den 26 april 2013. I den rapporten ska en nationell sammanställning över väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar redovisas. Uppdraget ska slutredovisas senast den 20 december 2013.

Bakgrund

Inledning

En stor del av befolkningen kommer någon gång under sitt liv att behöva uppsöka en akutmottagning och varje år görs omkring två och en halv miljon besök vid de 74 akutmottagningar som för närvarande finns vid olika sjukhus runt om i landet [1]. Dessa besök utgör uppskattningsvis cirka 30 procent av samtliga besök vid sjukhusen [2]. Akutvården intar således en central roll i sjukvårdens verksamhet och den har stor betydelse för hur vården organiseras. Under de senaste decennierna har de strukturförändringar som genomförts inom hälso- och sjukvården inneburit till en tydligare uppdelning av akut och planerad specialistvård [3]. Som en konsekvens av detta har akutsjukvården kommit att koncentreras till färre sjukhus, liksom även att antalet specialiteter begränsats vid en del av dessa sjukhus. Belastningen på de kvarvarande akutmottagningarna har därför ökat vilket i vissa fall tagit sig uttryck i långa väntetider. Under många år har också antalet vårdplatser vid akutsjukhusen minskat vilket även det har inverkat på genomströmningen vid akutmottagningarna.

Socialstyrelsen har vid två tillfällen under de senaste tio åren granskat verksamheten vid akutmottagningar [4,5] och då pekat på att det finns behov av förbättringar, bland annat när det gäller prioritering av patienter och väntetider. Myndigheten har också i samband med en av granskningarna [5] varit kritisk till läkarbemanningen på mottagningarna och framhållit att det är viktigt att specialistklinikerna verkar för att höja statusen på läkarnas tjänstgöring på akutmottagningarna.

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

Modell för mätning av väntetider

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

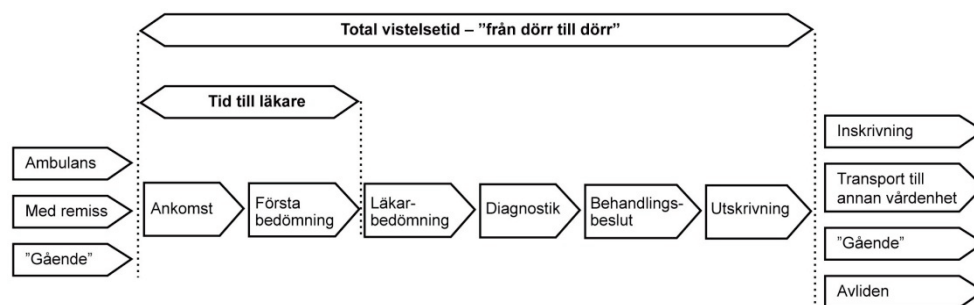
Olika perspektiv som kan vara aktuella som utgångspunkt för mätning av väntetid togs upp. De perspektiv som diskuterades var patient-, säkerhets-, verksamhets-, styrnings-, effektivitets- och processperspektiv. Vid work-

shopen framkom att man ansåg att säkerhets- och patientperspektiven ska vara de mest centrala för mätningar på nationell nivå.

Uppfattningen var att såväl patienter som verksamheten prioriterar säkerheten, det vill säga att det inte inträffar några misstag vid den medicinska bedömningen eller vid behandling och omvårdnad. När det gäller tidsfaktorn konstaterades att tid till behandling naturligtvis kan vara avgörande för patientens hälsotillstånd vilket ställer krav på att akutmottagningarna prioriterar mellan de patienter som kommer in. I en del fall är dock tiden av mindre betydelse, men även i dessa fall finns en gräns för vad som kan anses vara rimlig väntan.

I figur 1 visas den modell som tagits fram för att beskriva vårdflöde och olika delar av vårdprocessen inom akutvården. I figuren markeras också de två väntetidsmått som föreslås utgöra grunden för kommande nationella mätningar.

Figur 1: Modell över vårdflöde, vårdprocess samt väntetidsmått för verksamheten vid sjukhusbundna akutmottagningar. Källa: Socialstyrelsen [1].



Sammanfattning av slutsatser från tidigare regeringsuppdrag

Våren 2011 överlämnade Socialstyrelsen en rapport om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar till regeringen [1]. Utöver att ta fram ett förslag till väntetidsmått och definitioner av dessa skickade Socialstyrelsen enkäter till landstingen med frågor om nuvarande system för mätning av väntetider samt vilka förhållanden som landstingen anser kan vara orsak till långa väntetider vid akutmottagningarna. Dessutom ombads landstingen att redovisa väntetid till läkarbedömning och den totala vistelsetiden under det första halvåret 2010.

En sammanställning av landstingens inrapporterade uppgifter över väntetider visade att dessa varierade kraftigt mellan mottagningarna. Den genomsnittliga vistelsetiden, det vill säga tiden från "dörr till dörr" var 3 timmar och 5 minuter med en variation från 2 timmar och 16 minuter till 4 timmar och 26 minuter. Den genomsnittliga tiden för att få en första läkarbedömning var 1 timme och 20 minuter, med en variation från 29 minuter till 3 timmar för den mottagning som hade längsta väntetiden.

En övervägande majoritet av akutmottagningarna följer upp väntetiderna regelbundet varför Socialstyrelsen gjorde bedömningen att förutsättningarna för att regelbundet mäta väntetider på nationell nivå är goda. Dock framgick det av landstingens uppgifter att definitionerna av väntetid inte alltid är den

samma. Det finns därför ett behov av att utarbeta gemensamma definitioner av termer och begrepp på nationell nivå. För att snabbt komma i gång med en nationell uppföljning föreslog Socialstyrelsen också att en ny motsvarande mätning av väntetider vid akutmottagningarna görs under 2012. Socialstyrelsen föreslog dessutom att uppföljningen i framtiden bör ske inom ramen för det nationella patientregistret vid myndigheten.

Utifrån diskussioner med företrädare för akutverksamheten och landstingen samt engelska erfarenheter, drog Socialstyrelsen slutsatsen att ett alltför starkt fokus på väntetiderna inom akutvården kan medföra ökade medicinska risker liksom att det kan medverka till att problem uppstår inom andra delar av vården. Myndigheten pekade därför på att ytterligare kvalitetsindikatorer för god vård och med inriktning på till exempel patientsäkerhet och patientupplevelse behöver utvecklas för att följa akutsjukvården på nationell nivå.

Så gott som samtliga landsting ansåg att organisationen av läkarnas tjänstgöring vid akutmottagningarna och jour-systemet är en orsak till att väntetiderna vid akutmottagningarna är långa. De flesta menar också att väntetiderna orsakas av en alltför stor tillströmning av icke-akuta patienter. Drygt hälften av landstingen uppgav att brist på vårdplatser gör att väntetiderna blir långa. Av enkäten framgick också att det i de flesta landsting pågår ett förbättrings- och utvecklingsarbete för att åtgärda problem med långa väntetider och att så gott som samtliga landsting har infört triagesystem, det vill säga system för att prioritera mellan de patienter som kommer till akutmottagningen. Då många av de problem som landstingen står inför när det gäller att åtgärda väntetiderna inom akutvården är gemensamma, ansåg Socialstyrelsen det önskvärt att ett samarbete mellan landstingen kommer till stånd för att sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas samtidigt som vårdens samlade kvalitet och resultat utvecklas. Detta ledde hösten 2011 till ett avtal mellan regeringen och SKL om att SKL tillsammans med landstingen ska genomföra ett särskilt projekt för att få fram exempel på hur akutsjukvården vid landets sjukhus kan förbättras.

Ett system för att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar

Övergripande målsättning

Arbetet syftar till att vidareutveckla och introducera den av Socialstyrelsen tidigare föreslagna modellen för regelbundna nationella mätningar av väntetider samt att ge förslag på hur uppföljningen av väntetider kan kompletteras med relevanta kvalitetsindikatorer för den sjukhusbundna akutsjukvårdens verksamhet.

Målsättningen är att uppgifter för regelbundna sammanställningar ska börja samlas in vid årsskiftet 2013/2014. Uppdraget är avgränsat till att följa väntetider till den akutsjukvård som bedrivs vid sjukhus. Socialstyrelsen har därutöver beslutat att inte ta med verksamheten vid renodlade psykiatriska akutmottagningar respektive akutmottagningar för barnsjukvård i arbetet. Detta då dessa arbetar under något annorlunda förutsättningar till exempel vad gäller tillgång på vårdplatser. Myndigheten menar dock att dessa verksamheter i ett längre perspektiv också ska omfattas av de nationella mätningarna av väntetider.

Väntetider i akutvården – en del av patientregistret

Den tidigare utredningen om förutsättningarna för att samla in uppgifter från landstingen om väntetider visade att så gott som alla sjukhusbundna akutmottagningar (74 stycken) har möjlighet att sammanställa sådana uppgifter. Målsättningen är att uppgifter om väntetider i akutvården på sikt ska rapporteras till patientregistret och därmed vara obligatoriska och på individnivå.

Huruvida uppföljningen ska utgöra en särskild ”modul” eller helt integreras med registret är en fråga som måste utredas särskilt och hänsyn måste tas till andra planerade förändringar av registret.

Eftersom de uppgifter som ska ingå i uppföljningen delvis är nya kommer det att krävas ett arbete för Socialstyrelsen med att utarbeta nya föreskrifter för hur landstingen ska rapportera dessa. En nationell mätning kräver också enighet om termer och begrepp. I det fortsatta arbetet kommer en uppgift att vara att fastställa termer och begrepp så att dessa sedan kan bli en del av termbanken vid Socialstyrelsen.

De data som ska ingå i mätningarna och sättet att administrera och samla in dessa måste också vara i enlighet med regelverken för den nationella informationsstrukturen samt nationellt fackspråk.

Samverkan eller beroende av andra projekt

Akutsjukvården har nära samband med i stort sett all annan vård. Ett uppmärksammat problem i den svenska sjukvården är att många vårdkedjor inte

fungerar optimalt. Socialstyrelsens arbete med ”Patientens väg genom vården” (regeringsuppdrag) har därför nära kopplingar till uppdraget med att följa akutvården. Detta uppdrag syftar till att utveckla en modell för att samla information om väntetider och vårdprocesser i anslutning till patientregistret. Det är viktigt att klarlägga på vilket sätt akutsjukvården ska inkorporeras in i den modell som tas fram.

Även i debatten om vården av de mest sjuka äldre har problem med samordning av vården lyfts fram. Det har hävdats att många äldre tvingas till upprepade besök på akutmottagningarna på grund av dålig samordning mellan olika vårdformer. Socialstyrelsen har även här ett regeringsuppdrag som bland annat ska ”...identifiera vilka registeruppgifter som vore önskvärda att ha för att utförligt kunna identifiera och följa utvecklingen för de mest sjuka äldre och deras anhöriga och brister i vård- och omsorgsprocesserna. Socialstyrelsen ska exempelvis undersöka och beskriva hur ett s.k. vårdprocessID och ett omsorgsprocessID skulle kunna utformas inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre”.

Som nämnts i bakgrunden ovan har kritik riktats mot akutvården för att patienter tvingas ligga kvar alltför långa tider i väntan på en vårdplats vid sjukhuset. En orsak till detta kan vara överbeläggningar. Vid Socialstyrelsen pågår för närvarande ett arbete om att utveckla indikatorer för att följa vårdplatstillgången och det är viktigt att kunskapen från detta arbete tas tillvara i akutvårdsuppdraget.

I uppdraget ingår även att ta fram förslag på andra kvalitetsindikatorer, utöver väntetider, för verksamheten vid akutmottagningarna. Detta arbete kommer att ske i nära samverkan med det indikatorarbete som myndigheten bedriver. När systemet för att samla in data finns på plats och uppgifter om kvaliteten vid akutmottagningarna kan sammanställas är det naturligt att detta blir en del av de Öppna jämförelserna av hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen och SKL gemensamt ansvarar för.

Samverkan bör också ske med det arbete som SKL leder där ett antal förbättringsarbeten inom akutvården har startats. Även det nätverk av landstingens väntetidssamordnare som SKL samlar är viktigt för att kommunicera projektarbetet till landstingen.

Andra viktiga samverkanspartners är Läkaresällskapets sektion för akutmedicin och Riksföreningen för Akutsjuksköterskor. Kontakter bör även tas med den grupp som arbetar med att etablera ett kvalitetsregister för akutsjukvård.

Perspektiv som ska beaktas

Det är viktigt att uppföljningen av väntetider och andra kvalitetsindikatorer inom akutsjukvården utgår från ett patientperspektiv. Med detta menas att de data som samlas in ska fånga patienternas uppfattning och upplevelse av akutvården. Mot bakgrund av akutvårdens centrala betydelse för andra delar av hälso- och sjukvårdens verksamheter och av att behovet av samordning är stort, är det även angeläget att lyfta fram ett effektivitetsperspektiv i den meningen att akutvårdens del i hela sjukvårdsorganisationen ska belysas med hjälp av de data som samlas in.

De data som samlas in ska också göra det möjligt att studera verksamheten från ett jämställdhetsperspektiv, framför allt när det gäller kön, ålder och regionala skillnader.

Projektets upplägg

Uppdragets huvuduppgifter är att;

- utveckla och påbörja regelbundna nationella mätningar av väntetider
- föreslå indikatorer som speglar olika dimensioner av god vård för att följa kvalitet och effektivitet vid sjukhusbundna akutmottagningar.

Vad gäller den första uppgiften är målsättningen att landstingen kan börja rapportera in väntetider på individnivå från och med den 1 januari 2014. För att inte tappa tempo i arbetet planeras en första nationell mätning i början av 2013. Denna mätning ska avse verksamheten under 2012 och den kommer att göras på samma sätt som tidigare mätning, det vill säga med hjälp av aggregerade data inhämtade från landstingen. Resultatet av mätningen kommer att utgöra underlag för den delrapport som ska lämnas till regeringen senast den 27 april 2013.

Då det saknas samlad information om såväl de patienter som besöker akutvården som organisation och resurser kommer, som utgångspunkt för den fortsatta utredningen, en kartläggning att göras vad gäller den vård som ges, liksom hur akutvården är organiserad och bemannad. I kartläggningen ska det också ingå en sammanställning av hur landstingens egen uppföljning av verksamheten för närvarande är utformad.

För den del av uppdraget som gäller att utveckla indikatorer har inledningsvis en kartläggning av internationella erfarenheter gjorts. En sammanfattning av kartläggningen redovisas nedan.

För att förbereda landstingen på de kommande mätningarna är det viktigt att de tidigt blir involverade i arbetet. Samverkan kommer att ske med SKL där en viktig grupp för kommunikation är det nätverk av väntetidssamordnare som regelbundet träffas. Kontakt kommer också att tas med landstingens FOU-enheter, liksom Läkaresällskapets sektion för akutmedicin och sjuksköterskeförbundets sektion för akutsjuksköterskor.

Som stöd för arbetet med definitioner och indikationer kommer en särskild expertgrupp att utses.

Uppdraget är en del av Socialstyrelsens samlade regeringsuppdrag för att utveckla uppföljningen av sjukvårdens tillgänglighet. Avrapportering sker löpande till en intern styrgrupp för det samlade uppdraget.

Tidplan

April - september 2012:

- Bildandet av expertgrupp. Information om arbetet till landstingen.
- Kartläggning av landstingens akutsjukvårdsorganisation, resurser och uppföljning.

Hösten 2012:

- Förslag om vilka data som ska ingå – information till landstingen.
- Mätning av väntetider för 1:a halvåret 2012.
- Arbete med att fastställa termer och begrepp.
- Start av arbete för att revidera gällande föreskrifter.
- Utveckling av ”modul” för inrapportering av uppgifter på individnivå och sammanställning av data i patientregistret.
- Förslag klart om vilka indikatorer som ska ingå uppföljningen av akutvård.

Våren 2013:

- Mätning av väntetider för avrapportering 26/4
- Test av inrapporteringsmodul
- Fastställande av termer och begrepp
- Delrapport 26/4

Hösten 2013:

- Föreskrifter klara
- Information till landstingen

Årsskiftet 2013/2014

- Inrapporteringsmodul klar och mätningarna påbörjas.

Internationell kartläggning av system för att följa upp akutvård – en sammanfattning

Inledning

Som ett led i regeringsuppdraget om system för att utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar har Socialstyrelsen gjort en sammanställning av hur kvalitet i akutsjukvården följs upp i andra länder. Sammanställningen baseras på sökningar på internationella och nationella organisationers hemsidor. I en bilaga redovisas mer ingående hur inventeringen gått till och de resultat som kommit fram. Nedan sammanfattas studien och de slutsatser den lett till.

Mått och mätmetoder

OECD leder medlemsländernas arbete med mätning av kvalitet. De använda indikatorerna täcker främst slutenvården och vissa förebyggande åtgärder för att möjliggöra jämförelser länderna emellan. De indikatorbaserade jämförelserna publiceras årligen i Health at a Glance. Bristen på datakällor och data är troligen förklaringen bakom att inga jämförelser om akutsjukvården förekommer.

Nordiska Ministerrådet är samarbetsorganet för utvecklingsarbete i de nordiska länderna. För närvarande utvecklar NOMESKO patientsäkerhetsindikatorer vilka eventuellt kan användas för att mäta kvalitet i akutsjukvården. I vare sig Norge, Danmark eller Finland mäts kvalitet i akutsjukvården. Det danska hälso- och sjukvårdssystemet står dock inför omfattande omorganisation, vilket kommer att påverka akutsjukvården vid sjukhusen. De danska kvalitetsregistrens gemensamma sekretariat diskuterar för närvarande möjligheten att starta kvalitetsregister för att mäta kvalitet i akutsjukvården. Om beslut om detta fattas kommer arbetet att kunna påbörjas under år 2013. Den danska Huvudstads Regionen med 11 sjukhus genomförde nyligen en undersökning bland patienter som uppsökt regionens sjukhusbundna akutmottagningar. Fler undersökningar om akutsjukvården kommer att genomföras under våren 2012 bland annat en om väntetider och triage-system

Nederländska National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) mäter regelbundet tillgänglighet till akutsjukvården. Tillgänglighet avser olika tidsaspekter för att få hjälp av exempelvis mobila team och allmänläkare samt telefonkonsultationer. År 2009 tog RIVM fram ett förslag på 26 indikatorer som skulle användas för mätning av kvalitet i akutsjukvården. Datakällor saknades dock och utvecklingsarbetet har inte fortsatt.

I december 2011 publicerades resultaten från den första mätningen med de nya kvalitetsindikatorerna för att mäta kvalitet i akutsjukvården i England och Wales. De fem indikatorerna avser att mäta vårdens resultat, pati-

entupplevelse, säkerhet och väntetider samt vistelsetid vid sjukhusbundna akutmottagningar. Indikatorerna ersätter det tidigare kravet på maximalt fyra timmars total vistelsetid för 95 procent av samtliga patienter, vilket kritiserades för att det innebar en alltför ensidig fokusering på tid och inte på kvalitet i akutsjukvården. Department of Health uppmanar också sjukhusen att presentera resultaten för allmänheten. I Skottland och på Irland förekommer ännu inte någon mätning av kvalitet i akutsjukvården.

I både Australien och i USA mäts regelbundet väntetider i akutsjukvården. De båda länderna tillämpar olika triagesystem med olika rekommenderade väntetider för olika patientkategorier beroende på hur snabbt de bör få vård. I USA mäts dessutom återinläggningar i slutenvården för fyra olika kroniska åkommor. Återinläggningar anses även spegla hur akutsjukvården fungerar och relaterar till hela hälso- och sjukvårdssystemet. I Nya Zeeland har hälsoministeriet beslutat att korta vistelsetiderna i akutsjukvården och mäter därför total vistelsetid vid sjukhusbundna akutmottagningar. I Kanada mäts väntetider till planerade ingrepp regelbundet. På hemsidan till Canadian Institute for Health Information framgår att även väntetider i akutsjukvården mäts, men för att komma åt dessa uppgifter kvävs särskilda inloggningsuppgifter.

Sammanfattande slutsats

Studien av vilka mått och mätmetoder som används internationellt visar att det är ett fåtal länder (Nederländerna, England, Wales, Australien, Nya Zeeland, USA och Kanada) som mäter kvalitet i akutsjukvården. Det som mäts är först och främst väntetider till att behandling påbörjas eller den totala vistelsetiden vid akutmottagning. Det förekommer också att återinläggningar följs upp och mäts. Mer omfattande mätningar av kvalitet i akutsjukvården förekommer i England och Wales där fem indikatorer används för att spegla andra aspekter av kvalitet såsom resultat, patientupplevelser och säkerhet, utöver mätningar av väntetider och vistelsetider. Några länder har genomfört mätningar på försök för att utveckla indikatorer och datakällor som kan användas för att mäta kvalitet i akutsjukvården, medan några andra länder kommer att göra det inom några år till exempel Danmark.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Öhrlings PricewaterhouseCoopers. Revisionsrapport Akutsjukvården inom landstinget – en förstude. Komrev; 2002.
3. Sveriges Kommuner och Landsting, Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting; 2009.
4. Socialstyrelsen. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagningen? En nationell verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
5. Socialstyrelsen. Patientsäkerhet vid akutmottagningar. Rapport från verksamhetstillsyn vid sex akutmottagningar i Södra sjukvårdsregionen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.

Bilaga: Internationell kartläggning av system för att mäta kvalitet och väntetider i akutvård

Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. I uppdraget ingår också att föreslå ytterligare indikatorer som kan följas upp för att avspegla kvalitet och god vård vid mottagningarna. Som ett led i detta arbete gör Socialstyrelsen en sammanställning över mätning av kvalitet i akutsjukvården i flertalet länder i västvärlden, främst engelsktalande länder.

Syfte

Det övergripande syftet med sammanställningen är att få en överblick över nationella mätningar av kvalitet i akutsjukvården i världen. Intentionen är att samla in information om följande aspekter:

- Vilka indikatorer används för att mäta kvalitet.
- Hur olika dimensioner av kvalitet och indikatorerna definieras.
- Hur data samlas in, av vem och när.
- Hur information om kvalitet presenteras och/eller publiceras.

Metod

Ett antal organisationers hemsidor har genomförts. Sökningen har fokuserat på internationella och nationella organisationer med mandat eller intresse för att mäta kvalitet i hälso- och sjukvården. Organisationerna inkluderar de internationella organisationerna OECD och WHO samt EUROSTAT och European Union. Intresseorganisationer och medlemsorganisationerna European Health Management Association, Hospitals of Europe och International Society for Quality in Health Care (ISQua) ingår också i undersökningen. Nordiska organisationer och myndigheter som ingår är; Nordiska Ministerrådet (NOMESKO); det finska Institutet för Hälsa och Välfärd (THL); Helsedirektoratet och Kunskapssentret (Seksjon for kvalitetsmåling) i Norge; Sundhedsstyrelsen i Danmark. Därutöver ingår olika så kallade webbportaler som vänder sig till patienter såsom; www.sundhedskvalitet.dk; www.ventainfo.dk; www.patientoplevelser.dk. Andra källor har varit de danska Regionernas kliniske kvalitetsutvecklingsprogram; nederländska National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); Australian Institute of Health and Welfare; Hälsoministeriet i Nya Zeeland; Canadian Institute for Health Information (CIHI); Canada Health, provinsen Ontario och territoriet Manitoba; amerikanska Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ); indikatorbiblioteket National Quality Measures

Clearing house (NQMC) samt forskningsinstitutet Institute of Medicine (IOM) och Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Två typer av sökningar har gjorts av organisationernas hemsidor, en med hjälp av sökord, och en annan genom att studera organisationernas avdelningar, program och projekt. Följande sökord användes: emergency care, acute care, health systems performance, measuring health systems performance, performance measurement, clinical performance indicators, quality of care, access to care, waiting times, patient safety, health care costs, benchmarking och measuring quality of care. Dokument eller information från år 2007 och framåt i tiden inkluderas i sammanställningen. För att finna lämplig information söktes också i organisationernas olika avdelningar, program och projekt som arbetade med kvalitetsmätning (quality of care, performance measurement). På vissa organisationers hemsidor har det också varit lämpligt att söka i olika typer av publikationer. Detta gäller till exempel OECD.

Resultat

Internationella organisationer jämför inte kvalitet i akutsjukvården mellan länder

OECD och WHO är de ledande organisationerna vad gäller mätning av kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Arbetet benämns "Health Systems Performance Measurement". OECD:s Health Care Quality Indicators Project arbetar aktivt med medlemsländerna för att med hjälp av indikatorer möjliggöra jämförelser av kvalitet i hälso- och sjukvården. Årligen publiceras jämförelserna i rapporten Health at a Glance. Indikatorerna täcker hittills huvudsakligen slutenvård och vissa preventiva åtgärder, till exempel vaccinationer och mammografi. Väntetider för vissa planerade ingrepp ingår i jämförelserna. Inga indikatorer eller jämförelser finns dock för akutsjukvården, vare sig vad gäller ambulansvård eller sjukhusens mottagningar. Orsaken är sannolikt att data i stort sett saknas bland medlemsländerna. WHO arbetar främst med hälso- och sjukvård i låg- och medelinkomstländer, där data om kvalitet antingen inte finns eller är under uppbyggnad. Eurostat och European Union har därmed inte heller någon statistik om kvalitet i akutsjukvården.

European Hospital and Health Care Federation (HOPE) och European Health Management Association (EHMA) verkar båda för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården genom att i olika projekt mäta och jämföra vårdens kvalitet i olika länder. Inga av dessa organisationers arbeten fokuserar dock på akutsjukvård. EHMA driver dessutom ett projekt kallat European Collaboration for Health care Optimization (ECHO) som mäter och jämför kvalitet (inklusive patientsäkerhet) och kostnader mellan sjukhus i sex europeiska länder. Det framgår dock inte om akutsjukvården ingår i projektet, som ska avrapporteras under 2013.

International Society for Quality in Health Care eller ISQua är en världsomfattande medlemsorganisation för individer och hälso- och sjukvårdsorganisationer som är intresserade av att dela sina erfarenheter. ISQua arrangerar årligen en konferens vid vilken olika personer och organisationer presenterar avslutat och pågående arbete som syftar till att förbättra kvaliteten i

vården. Abstracts från tidigare konferenser finns på ISQuas:s hemsida, men inga presentationer handlade explicit om mätning av kvalitet i akutsjukvården.

Norden – Finland, Norge, Danmark och Island

Nordiska Ministerrådet utvecklar patientsäkerhetsindikatorer

De nordiska länderna samarbetar inom Nordiska Ministerrådet (NOMESKO) för att mäta och jämföra kvalitet i hälso- och sjukvården. En projektgrupp inom NOMESKO har undersökt möjligheten att ta fram patientsäkerhetsindikatorer på områdena:

- vårdskador i slutna somatisk vårdpatientsäkerhetskultur
- sjukhusmortalitet
- vårdrelaterade infektioner
- överförskrivning av läkemedel hos äldre.

Indikatorerna avser att mäta patientsäkerhet i sjukhusvården. Det framgår dock inte av den senaste NOMESKO rapporten om dessa indikatorer avser att användas även inom akutsjukvården (NOMESKO, 2010).

Norska helsedirektoratet mäter dödlighet vid sjukhus och väntetider för planerade ingrepp men inte kvalitet eller väntetider vid akutmottagningar

Det norska helsedirektoratet har utvecklat 21 nationella kvalitetsindikatorer för somatisk vård, psykiatrisk vård för barn och unga, samt psykiatrisk vård för vuxna. De tillgänglighetsaspekter som ingår i indikatorerna till exempel tid från första konsultation till behandling vid bröstcancer, lungcancer och tjocktarmscancer. Inga indikatorer rör emellertid akutsjukvården. Dödlighet vid akut hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur samt dödlighet mäts vid samtliga sjukhus som har ett akutintag. Dödlighet ses som ett mått på kvaliteten i hela sjukhusvården (personlig kontakt Schou Lindman, A.) Kunskapsscentret är ett nationellt kunskapscentra som på uppdrag av Helsedirektoratet utvecklar nya indikatorer och mäter kvalitet med individbaserade patientadministrativa data. Kunskapsscentret mäter dock inte kvalitet i ambulansvården eller i sjukhusbundna akutmottagningar (personlig kontakt Schou Lindman, A.). Inget utvecklingsarbete inom området pågår heller. För den väljande patienten finns en hemsida med väntetider och samlad kvalitet för olika sjukhus (www.frittsykehusvalg.no). Val av sjukhus kan göras vid planerade ingrepp. Det ligger således i sakens natur att data inte finns för akutsjukvården. Norge har också en officiell webbaserad hälsoportal, www.helsenorge.no där väntetider till planerad vård vid sjukhusen framgår.

Danska hälso- och sjukvårdssystemet står inför omorganisation och planer finns på att införa kvalitetsregister för akutsjukvården och en patientundersökning i akutvården är gjord

Även Danmark har en portal som vänder sig till patienter som vill välja sjukhus för planerade ingrepp och behandlingar (www.sundhedskvalitet.dk). Väntetidsstatistik, både faktiska och uppskattade väntetider, finns för vissa

undersökningar och behandlingar (www.ventainfo.dk). Väntetiderna rör planerade behandlingar och det finns ingen statistik för väntetider inom akutsjukvården. Det förekommer dock mätning av patientupplevelser inom akutsjukvården i Danmark.

Region Huvudstaden, som har elva sjukhus med akutintag och akutmottagningar, genomför för närvarande ett antal undersökningar med fokus på kvalitet i akutsjukvården (personlig kontakt Trine Østerbye, Enheten för Brugerundersøgelser Region Huvudstaden, Köpenhamn). Under februari 2012 genomförde Region Huvudstaden en undersökning bland patienter som uppsökt akutsjukvården vid elva sjukhus i regionen. Syftet med patientundersökningen var att få en överblick över patienternas upplevelser av vården. Följande teman ingick i undersökningen: bakgrund till besöket, mottagandet, väntetiden, undersökningen, information till patienten, utskrivningen och patientens samlade intryck. Patienterna fyllde i enkäter i samband med besöket eller sjukhusvistelsen. Resultaten av undersökningen kommer att presenteras i en rapport i maj månad 2012. Under våren 2012 kommer även väntetider och triagesystem vid akutmottagningar att undersökas. Region Huvudstaden kommer dessutom att i två olika studier studera tillgänglighet till läkare vid akuta behov respektive patienternas upplevelser av vården i allmänhet. Även dessa studier ska göras under våren 2012.

Det pågår således inte någon regelbunden mätning av kvalitet i den danska akutsjukvården. Hela sjukhussystemet inklusive akutsjukvården står dock inför stora organisatoriska förändringar. Vissa behandlingar har koncentrerats till ett fåtal sjukhus och följderna blir att även vården utanför sjukhus behöver utvecklas och förändras. Under 2013 kommer flera nya kvalitetsregister, bland annat sådana som syftar till att mäta kvalitet i akutsjukvården, att startas (personlig kontakt Paul Bertels, chef för Databasernas Fællesskretariat, Århus).

Finland mäter dödlighet och satsar på patientsäkerhet men oklart om indikatorbaserad uppföljning kommer att göras

Det förekommer ingen mätning av kvalitet inom akutsjukvården i Finland (personlig kontakt Unto Häkkinen, Institutet för Hälsa och Välfärd, THL, Helsingfors). Däremot mäts resultat inom hälso- och sjukvården för sju olika sjukdomar (www.informahealthcare.com). Resultaten finns presenterade på finska på Institutet för Hälsa och Välfärds hemsida (www.thl.fi). Institutet mäter och jämför även produktivitet (antal vårddagar per episod och kostnaderna per episod) mellan sjukhus.

År 2009 beslutade det finländska Social- och hälsovårdsministeriet om en patientsäkerhetsstrategi. Strategin följdes året därefter av en ny lag om kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (8§, 1326/2010). Som stöd i verkställandet av strategin och lagen gav Institutet för Hälsa och Välfärd nyligen ut en handbok om patientsäkerhet (THL, 2011). Det är dock oklart om patientsäkerhetssatsningen kommer att följas upp med hjälps av indikatorer. Handboken ger dock tydlig vägledning i vilka åtgärder som anses leda till säkrare vård.

Island mäter inte kvalitet i akutsjukvården

År 2007 lanserade Velfärdsministeriet en nationell strategi för kvalitet i hälso- och sjukvården. Strategin betonar vikten av att bygga upp en patientsäkerhetskultur i hälso- och sjukvården, utveckling av nationella indikatorer för att mäta kvalitet i hälso- och sjukvården och slutligen införandet av elektroniska journaler. Det är oklart hur långt Island har kommit i detta arbete.

Nederländerna mäter tillgänglighet till akutsjukvård

National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) publicerar regelbundet Dutch Health Care Performance Report. Performance definieras som "quality of care" enligt OECD:s termonologi: effectiveness, safety och responsiveness. Dessutom ingår dimensionerna accessibility and costs. (sid 20, RIVM, 2010) Ett kapitel i rapporten ägnas åt tillgänglighet (Access of Care) och flera tillgänglighetsaspekter beaktas bland annat finansiella, geografiska, tid till akutvård, väntetid till planerad vård, tillgänglighet enligt behov, tillgänglighet av personal och valfrihet (kapitlet Access to Care, RIVM, 2010). Sex indikatorer används för att mäta tillgänglighet till akutsjukvården (Timeliness of Acute Care):

- Percentage of emergency ambulance rides that exceed the 15-minute norm;
- Percentage of people who can be reached by a mobile medical team within 30 minutes;
- Number of people who can reach the nearest emergency service by car within 30 minutes;
- Number of people who can reach the nearest GP cooperative by care within 30 minutes
- Telephone access to GPs for emergency calls
- Percentage of people with a need for acute care who did not get the care they needed or wanted.

Det framgår inte i detalj hur indikatorerna är utformade. Samtliga data till indikatorerna förefaller vara insamlade i särskilda studier. Genomgående i rapporten refereras till tidigare publicerade RIVM-rapporter. Kvalitet mäts inte i själva akutvården, utan enbart den tid det tar att nå akutvården (ambulans, läkare och sjukhus) mäts. Patienternas egna bedömningar av att de behövt vård men inte fått det ingår också som en indikator på tillgänglighet.

År 2009 fick RIVM i uppdrag av nederländska hälsoinspektoratet att utveckla indikatorer för mätning av kvalitet i akutsjukvården, både ambulans- och sjukhusvården (de Konig, J.S. och Gijsen, R, 2009)¹. Arbetet resulterade i 26 indikatorer som fokuserade på tillgänglighet, tidsaspekter, säkerhet, evidensbaserad vård och patientfokusering i akutsjukvården för patienter med akut hjärtinfarkt, stroke och akuta olycksfall, samt patienter med akuta sjukdomstillstånd i allmänhet. Samtidigt konstaterades att datakällor saknades. I slutrapporten rekommenderade författarna att professionella och vetenskapliga organisationer skulle få till uppgift att utveckla register för att

¹ Rapporten publicerades på holländska innehåller ett abstract på engelska.

möjliggöra mätningar inom både ambulans- och akutvården vid sjukhus. Utvecklingsarbetet har ännu inte påbörjats

England och Wales har nyligen infört fem indikatorer för att mäta kvalitet i akutsjukvården

I april 2011 introducerade engelska Department for Health fem nya indikatorer för att mäta kvalitet i akutsjukvården (Department for Health, 2011a). De nya indikatorerna, som först var åtta och sedan reducerats till fem ersätter det tidigare kravet på maximalt fyra timmars total vistelsetid för 95 procent av samtliga patienter (för mer information se Socialstyrelsen, 2011).

Beslutet att ersätta fyratimmarskravet fattades med hänvisning till att en målnivå för väntetid i sig inte mäter vårdkvalitet och inte heller bidrar till att utveckla verksamheterna (Department of Health, 2010). Avsikten med de nya indikatorerna är att mäta vårdens resultat, patientupplevelser, säkerhet och väntetider, som anses vara viktiga för patientsäkerheten (Department of Health, 2011a). Följande fem indikatorer ingår (NHS, 2011):

- Andel patienter som lämnat akutmottagningen utan att ha träffat en läkare
- Andel återbesök på akutmottagningen inom 7 dagar från förra besöket
- Tid från ankomst till första bedömning av patienten avseende patienter som kommit till akutmottagningen med ambulans
- Tid från ankomst till dess att läkare startar behandling (avser samtliga patienter)
- Total vistelsetid i akutmottagningen

I december 2011 publicerades den första mätningen utifrån de fem indikatorerna (NHS, 2011). Mätningen visade att 2,7 procent av patienterna hade lämnat akutmottagningarna utan att ha träffat en läkare och fått behandling. Nästan 8 procent av besöken avsåg återbesök inom 7 dagar från förra besöket vid akutmottagningen. Mediantiden från ankomst till första bedömning av patienter som anlät med ambulans var fyra minuter och 95 procent av patienterna hade fått en första bedömning inom 57 minuter. För samtliga patienter (oavsett hur de tagit sig till akutsjukvården) var mediantiden till att en läkare hade startat behandling, 47 minuter och 95 procent av patienterna hade fått behandling inom 3 timmar och 2 minuter. Mediantiden för den totala vistelsetiden vid akutmottagningarna var 2 timmar och 1 minut och 95 procent av samtliga patienter lämnade akutmottagningen efter 3 timmar och 59 minuter från ankomst.

Syftet med att publicera denna typ av data är att stimulera till diskussioner mellan patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och de ansvariga för vården. Department of Health förslår även att samtliga akutmottagningar publicerar uppgifterna på anslagstavlor på akutmottagningarna så att dessa uppgifter blir tillgängliga för allmänheten (Department for Health, 2011b och c).

Vid denna första mätning gjordes även en omfattande kvalitetskontroll av data (NHS, 2011). I mätningen ingick 1,3 miljoner besök vid akutmottagningar och data hämtades från patientjournaler vid större akutmottagningar. Data från samtliga sjukhus ingick således inte. A&E HES data som mät-

ningen bygger på, samlas in och analyseras av NHS Information Centre for Health and Social Care. Ytterligare analyser utförs av ett akutsjukvårdsteam vid Department of Health.

Scotland kommer som del i kvalitetsstrategi att mäta kvalitet men det framgår inte om akutsjukvården kommer att omfattas

NHS Scotland införde år 2010 en strategi för att höja kvaliteten i den skotska hälso- och sjukvården (Government of Scotland, 2010). Att mäta kvaliteten i hälso- och sjukvården ingår som en del i strategin och 12 indikatorer har utformats för ändamålet. Bland annat ingår vårdrelaterade infektioner, rapportering av vårdskador, dödlighet och patientrapporterat resultat (PROMs) bland indikatorerna. Det framgår dock inte av dokumentationen om indikatorerna även kommer att användas för mätning av kvalitet i akutsjukvården. Enligt den senaste statusrapporten har inte några mätningar gjorts hittills (NHS Scotland, 2011).

Irland planerar att införa nationell patientdata insamling

Irland förefaller inte ha någon nationell patient data insamling. År 2008 diskuterade Department of Health and Children förslag till en ny lagstiftning för insamling av patientdata baserad på en Unique Health Identifier (Department of Health and Children, 2008). Det finns ingen uppföljande information om detta arbete på ministeriets hemsida.

Australien använder triage-system och mäter väntetider i akutsjukvården

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) är på nationell nivå ansvarig för att följa upp befolkningens hälsostatus och kvalitet i hälso- och sjukvården. AIHW publicerar regelbundet en rapport – Australia's Health - om befolkningens hälsa och statistik över hälso- och sjukvårdssystemet (AIHW, 2010). Rapporten innehåller även uppgifter om överlevnad efter akut hjärtinfarkt och olika former av cancer.

AIHW publicerar även regelbundet data om väntetider i akutsjukvården (AIHW, 2011). Sjukhus i Australien tillämpar ett och samma triage-system för att bedöma hur angeläget det är att patienter vid akutmottagningar får vård. Enligt detta triage-system indelas patienterna i följande kategorier med rekommenderade väntetider för respektive kategori:

- Återupplivande (Resuscitation) – omedelbar vård, inom sekunder
- Akut (Emergency) – inom 10 minuter
- Bråttom (Urgent) – inom 30 minuter
- Semi-bråttom (Semi-urgent) – inom 60 minuter
- Icke-brådskande (Non-urgent) – inom 120 minuter

AIHW:s senaste jämförelse av väntetider inkluderade 6,5 miljoner besök vid offentligt finansierade sjukhus, vilket motsvarade runt 81 procent av samtliga olycksfalls- och akutbesök vid dessa sjukhus under åren 2010-2011 (AIHW, 2011). Runt 70 procent av patienterna fick vård inom den rekommenderade tiden för respektive kategori, med som lägst 65procent för kate-

gorin ”Bråttom” och 100 procent för kategorin ”Återupplivande”. Inom kategorin ”Akut” (Emergency) fick 79 procent vård inom den rekommenderade tiden och för patienter inom gruppen ”Semi-bråttom” var det 68 procent som fick vård inom angiven tid. För gruppen ”Icke-brådsakande” var det 88 procent som fick vård inom de två timmar som var målet. Det framgår inte av AIHW:s hemsida om uppgifter om väntetider vid olika sjukhus presenteras eller publiceras på annat sätt än i den nationella rapporten.

Nya Zeeland har satt målnivå för att uppmuntra kortare vistelse i akutsjukvården

Även hälsoministeriet i Nya Zeeland har i ett försök att uppmuntra kortare vistelse vid landets sjukhusbundna akutmottagningar satt en målnivå för hur lång tid besöket ska ta. Målet är att 95 procent av patienterna ska ha blivit omhändertagna och utskrivna, eller förflyttade till annan klinik inom eller utanför akutmottagningen inom sex timmar (Ministry of Health, 2012). Ministeriet publicerar patientvänliga översikter med rubriken ”How is your District Board doing”, över vissa indikatorer. Bland dessa indikatorer finns uppgiften om distriktet når den 95-procentiga målsättningen för kortare vistelse i akutvården. Uppgifterna presenteras per distrikt, inte per sjukhus.

Nya Zeeland håller på att införa individbaserade patientdata, kallat National Health Index (NHI). NHI kommer att innehålla basdata om varje enskild patient, vilken kommer att vara tillgänglig hos landets samtliga sjukhus och kliniker.

I USA mäts återinläggningar i slutenvården och väntetider i akutsjukvården

Amerikanska Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), som organisatoriskt tillhör US Department for Health and Human Services, samlar in sjukhusdata både från slutenvård och akutsjukvård. Dessa data lagras i ett antal databaser. Flertalet av dem finns tillgängliga online via HCUPnet, som tillhör projektet Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). Data om akutsjukvården lagras i databasen Nationwide Emergency Department Sample (NEDS).

AHRQ gör regelbundet sammanställningar av data från olika databaser som publiceras i kortare meddelandeblad (Statistical Briefs). Det finns bland annat ett meddelandeblad om kvalitet i slutenvård som främst presenterar data om vårdutnyttjande och information om kvalitet men är begränsad till dödlighet och återinläggningar (AHRQ, 2010a). AHRQ betonar att en minskning av antalet återinläggningar är av största vikt för att höja kvaliteten i vården och för att sänka kostnaderna. AHRQ har därför sammanställt data om återinläggningar för fyra olika kroniska åkommor: astma, okomplicerad diabetes, högt blodtryck och åderförkalkning under perioden 2006-2007 (AHRQ, 2010b). Då patienterna kommer till sjukhusen via akutmottagningarna, anses återläggningar vara av största vikt vid mätning av kvalitet i akutsjukvården.

Sammanställningen visar att nästan 21 procent av astmapatienterna hade varit inlagda i slutenvården flera gånger under perioden. Under studieperioden hade över 27 procent av samtliga patienter varit inlagda flera gånger för

samma sjukdom. Bland patienter med diabetes, högt blodtryck och åderförkalkning hade mellan 28 och 35 procent varit inlagda upprepade gånger. Vidare visar sammanställningen att av 65,5 miljoner besök i akutsjukvården vilket motsvarade 30,4 miljoner patienter hade över 35 procent gjort upprepade besök till sjukhusens akutsjukvård. AHRQ betonar också vikten av att minska läkemedelsrelaterade skador som inträffar vid sjukhus och sjukhusbundna akutmottagningar (AHRQ, 2011). Till läkemedelsrelaterade skador hör bieffekter av förskrivna läkemedel, överdoser orsakade av misstag av patienten och inkorrekt förskrivning eller feldosering. Olagligt utnyttjande av läkemedel ingår således inte, och inte heller skador orsakade avsiktligt av patienterna själva. År 2008 noterades läkemedelsrelaterade skador för 4,7 procent av 1,9 miljoner slutenvårdsfall och 0,8 procent av 838 000 besök vid sjukhusens akutmottagningar.

AHRQ publicerar även regelbundet en nationell rapport om kvaliteten i hälso- och sjukvården och ojämlikheter i vården. I rapporten – National Healthcare Quality and Disparities Report – som gavs ut 2010 ingår bland annat ett kapitel om patientsäkerhet, ett om väntetider och vård i rimlig tid, effektivitet och slutligen ett kapitel om tillgänglighet (AHRQ, 2011b). För att mäta patientsäkerhet har indikatorer för hälso- och sjukvårdsrelaterade infektioner, vårdrelaterade skador, prematur dödlighet och 30-dagarsdödlighet (akuthjärtinfarkt och lunginflammation) utvecklats.

Väntetider inom akutsjukvården mäts för olika patientkategorier i relation till deras behov av vård (framtaget av National Hospital Ambulatory Medical Care Survey):

- Omedelbart behov (Immediate) – vård omedelbart
- Brådskande (Emergency) – vård inom 15 minuter
- Mindre brådskande (Urgent) – vård inom en timme
- Semi-brådskande (Semiurgent) – vård inom 2 timmar
- Icke-brådskande (Nonurgent) – vård behövs inte inom 2 timmar.

Rapporten visar att år 2007 var medianväntetiden från ankomst till läkarundersökning i akutsjukvården 33 minuter. Vidare anser AHRQ att tiden till reperfusion (återställande av blodflödet) vid hjärtinfarkt är kritisk för att rädda liv och förhindra skador på hjärtat. AHRQ presenterar därför två indikatorer avseende tidsaspekter i akutsjukvården: PCI inom 90 minuter för patienter för vilka ingreppet är lämpligt och blodproppslösande medicin inom 30 minuter för patienter för vilka detta är lämpligt. För att illustrera effektivitet inom hälso- och sjukvården har AHRQ också inkluderat mått på olämplig förskrivning av mediciner för patienter över 65 år, potentiellt undvikbar slutenvård för vuxna vid vissa tillstånd, kostnader för undvikbar slutenvård och potentiellt farliga preventiva åtgärder utan hälsovinst (PSA-prov hos män över 75 år). AHRQ presenterar samtliga data för olika befolkningsgrupper (afroamerikaner, spanstalande, vita) och per utbildningsnivå för att visa på sociala ojämlikheter.

USA har ett mycket fragmenterat hälso- och sjukvårdssystem med många olika aktörer involverade. Olika aktörer mäter kvalitet i hälso- och sjukvården på olika sätt, med olika definitioner och olika indikatorer. För att skapa överblick över indikatorer som används för att mäta kvalitet har AHRQ inventerat flera tusen indikatorer och samlat dem i ett indikatorbibliotek –

National Quality Measures Clearinghouse – som är en databas (www.qualitymeasures.ahrq.gov). De indikatorer som avser sjukhusbundna akutmottagningar handlar om väntetider i akutvården.

AHRQ:s mätningar av kvalitet i den amerikanska hälso- och sjukvården bygger på definitioner framtagna av Institute of Medicine (IOM). IOM definierar kvalitet som (www.iom.edu): “the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”

IOM har identifierat sex dimensioner av kvalitet: säkerhet, ändamålsenlig och evidensbaserad (effective), patientcentrerad, i tid (timely), jämlik och effektiv (IOM, 2001). I senare publikationer tog dock IOM bort dimensionen effektiv från kvalitetsdefinitionen. IOM har nyligen publicerat tre rapporter om organisationen av akutsjukvården i USA (i serien Future of Emergency Care in the United States Health System, 2006). Inga av publikationerna tar upp mätning av kvalitet i akutsjukvården. Vidare har IOM gett ut en bok om akutsjukvården och de utmaningar den står inför (IOM, 2006).

Institute for Healthcare Improvement (IHI) verkar precis som IOM för kvalitetsförbättringar inom hälso- och sjukvården. IHI har dock inte tagit fram några indikatorer för att mäta kvalitet i akutsjukvården, men tillhandahåller en online verktygslåda – IHI Improvement MAP – med praktiska råd till akutmottagningar som önskar förbättra sina väntetider (<http://app.ihl.org/imap/tool/#>). För några år sedan tog IHI fram 13 indikatorer som avser att mäta kvalitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet oavsett sjukdom och vårdnivå (Martin, L.A. et al, 2007). Indikatorerna kan dock vara svåra att tillämpa i akutsjukvården eftersom de är på en så aggregerad nivå.

I Kanada mäts väntetider enbart till planerade ingrepp

Canadian Institute for Health Information (CIHI) utkommer årligen med en rapport om hälsostatus och hälso- och sjukvårdssystemet i landet. Den senaste rapporten – Health Indicators 2011 – fokuserade speciellt på den mentala hälsan och den psykiatriska vården (CIHI, 2011). I 2010-års rapport – Health indicators 2010 – presenterades ett 40-tal indikatorer om befolkningens hälsa och kvaliteten i hälso- och sjukvården med fokus på framför allt regionala och socio-ekonomiska skillnader mellan olika befolkningsgrupper. CIHI mäter även regelbundet väntetider för fem prioriterade planerade ingrepp: cancer, hjärta, röntgen, utbyte av leder och synkorrigeringar (CIHI, 2011). På CIHI:s hemsida finns en ikon som visar att det ska finnas uppgifter om väntetider i akutsjukvården. För att komma åt denna typ av data krävs dock speciella inloggningsuppgifter (<http://www.cihi.ca/CIHI-external/internet/EN/SubTheme/health+system+performance/access+and+wait+times/cihi010647>)

Referenser till den internationella kartläggningen

- AHRQ (2010a), Statistical Brief – Inpatient Quality (Mortality and Volume). Hämtad 2012-03-22 http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb_inpatient.jsp
- AHRQ (2010b), Statistical Brief # 90 Hospital Readmissions and Multiple Emergency Department Visits, in Selected States, 2006-2007: Washington D.C.. Hämtad 2012-03-22 från: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb90.pdf>
- AHRQ (2011a), Statistical Brief # 109 – on adverse events in US hospitals and emergency departments: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb109.pdf>
- AHRQ (2011b), 2010 National Health Care Quality and 2010 National Disparities Report: Washington, C.D. Hämtad 2012 -03-22 från: <http://www.ahrq.gov/qual/qdr10.htm>
- AHRQ (2011), Dashboard with presentation per state. Hämtad 2012-03-22 från: <http://statesnapshots.ahrq.gov/snapshots10/dashboard.jsp?menuId=4&level=0&state=NY>
- AIHW (2010), Australia's Health 2010: Canberra. Hämtad 2012-03-21 från: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468376>
- AIHW (2011), Hospital Performance: emergency department waiting times 2010-2011, 30 november 2011: Canberra. Summary report hämtade 2012-03-21 från: <http://www.aihw.gov.au/hospital-performance-emergency-department-wait/>
- CIHI (2010), Health Indicators 2010. Hämtad 2012-03-21 från: http://www.cihi.ca/cihi-ext-por-tal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/performance/release_16dec10
- CIHI (2011), Health Indicators 2011. Hämtad 2012-03-21 från: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1635>
- CIHI (2011), Wait Times in Canada – A Comparison by Province, 2011. Hämtad 2012-03-21 från: <http://waittimes.cihi.ca/>
- Department for Health (2010), A&E Clinical Quality Indicators Data Definitions, DH Urgent and Emergency Care: London. Hämtad 2012-02-21 från: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122868
- Department for Health (2011a), A&E Clinical Quality Indicators – Implementation Guidance, DH Urgent and Emergency Care: London. Hämtad 2012-02-21 från: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122868
- Department of Health (2011b), Performance Management of NHS A&E Services Using the Clinical Quality Indicators, letter dated 23 June 2011 written by Alan Hall, director of Performance, NHS Finance, Performance and Operations. Hämtad 2012 – 02-21 från: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122868

Department for Health (2011), A&E Clinical Quality indicators, Best Practice Guidance for Local Publication, DH Urgent and Emergency Care. London. Annex B: example of what a clinical dashboard might look like. Hämtad 2012-02-23 från:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_127776s

Department of Health and Children, (2008), Information Data Bill. Hämtad 2012-02-24 från: <http://www.dohc.ie/issues/hib/>

Government of Scotland (2010), NHS Scotland Quality Strategy: Edinburgh. Hämtad 2012-02-23 från:

<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland/NHSQuality>

Helsedirektoratet: Oslo. Hämtad 2012-02-04 från

<http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/Sider/default.aspx>

Institute of Medicine (2001), Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century, Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press: Washington, D.C.

Institute of Medicine (IOM) (2006), Emergency Medical Services at the Crossroads, ISBN 0-309-07280-8, The National Academies Press, Washington DC, USA.

(Eds)Konig de, J.S and Gijsen, R (2009), Development and Measurability of Performance Indicators for Emergency Care, RIVM Report number 270111002: Bilthoven, the Netherlands.

National Quality Measures Clearinghouse, Washington D.C.. Hämtad 2012-03-22 från: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/> Finns även HHS Measures Inventory. Hämtad 2012-03-22 från:

<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/hhs-measure-inventory/browse.aspx>

NHS England and Wales (2011), The information Centre for Health and Social Care, Provisional Accident & Emergency Quality Indicators for England. Experimental Statistics by provider for August 2011: London. Publication date December 22, 2011. Supporting document: A&E clinical Quality Indicators for England, Summary of the Quality of Published Statistics.

Hämtad 2012-02-22 från: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/hospital-care/accident-and-emergency-hospital-episode-statistics-hes/provisional-accident-and-emergency-quality-indicators-for-england-experimental-statistics-by-provider-for-august-2011>

NHS Scotland (2011), Report on the Development of the Outcome Indicators for the Healthcare Quality Strategy for Scotland, by the Quality Measures Technical Group: Edinburgh. Hämtad 2012-02-23 från:

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0118740.pdf>

Martin, L.A.; Nelson, E., C.; Lloyd, R.C.; Nolan, T.W. (2007), Whole System Measures, IHI Innovation Series White Paper, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, USA. Hämtad 2012-03-28 från:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/WholeSystemMeasuresWhitePaper.aspx>

Ministry of Health (2012), How is your district health board doing? Second quarter 2011/12. Hämtad 2012-03-27 från <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets/how-your-dhb-performing/how-your-dhb-performing-2011-12>

NOMESKO (2010), Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet, ISBN 978-92-893-2110-5.

Region Huvudstaden, Danmark (2012), Brukarundersökning inom akut-sjukvården, Köpenhamn. Hämtad 2012-03-09 från <http://www.patientoplevelser.dk/index.asp?id=734&sub1=534&sub2=553>

RIVM (2010), Dutch Health Care Performance Report 2010.

Socialstyrelsen (2011), Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar, slutrapport mars 2011: Stockholm.

THL (2011), Handbok om Patientsäkerhet – som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin, Institutet för Hälsa och Välfärd: Helsingfors. Hämtad 2012-03-09 från <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146>

Personliga kontakter

Bertels, Paul, chef för Databasernas Faellesskretariat, Kompetenscenteretn-for Klinisk Kvalitet & Sundhedsinformatik (KCKS), Århus, personlig kontakt 13 mars 2012.

Häkkinen, Unto, projektledare för EuroHope-projektet, Institutet för Hälsa och Välfärd, THL, Helsingfors, 11 mars, 2012.

Schou Lindman, Anja, Kunskapscentret, Seksjon for kvalitetsmåling, personlig kontakt 6 mars 2012.

Østerbye, Trine, Enheten for Brugerundersøgelser Region Huvudstaden, personlig kontakt 13 mars 2012.