

Väntetider och patientflöden på akutmottagningar

Rapport december 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-12-11

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2015

Korrigerad 2016-01-08: Sid 66, figur 5: Vårderna för akutmottagningarna i Värnamo och Oskarshamn är tillagda

Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en årlig uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar i enlighet med det så kallade tillgänglighetsuppdraget (S2014/4157/FS). Uppdraget innefattar även att analysera och utvärdera orsaker till skillnader i väntetider inom akutsjukvården. Detta har Socialstyrelsen tagit sig an genom en kartläggning och analys av väntetider och patientflöden vid fem akutmottagningar i Sverige.

Socialstyrelsen vill tacka representanter för de ingående fem akutmottagningarna som har varit delaktiga i framtagandet av grundmaterial samt aktivt deltagit i kartläggningen och analysen.

Socialstyrelsen vill också tacka expertgruppen som bistått Socialstyrelsen under det tidigare arbetet med uppföljning av akutsjukvården och som har fortsatt sitt arbete som referensgrupp för denna rapport.

Statistiker har varit Gudrun Jonasdottir Bergman. Rapporten har utarbetats av experten Toralph Ruge, utredaren Mats Granberg och projektledaren för det samlade tillgänglighetsuppdraget Sevim Barbasso Helmers. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Uppdrag	8
Bakgrund	8
Metod och avgränsningar	8
Uppföljningsmodell för akutmottagningen	8
Väntetider och volymer vid sjukhusbundna akutmottagningar	9
Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden på akutmottagningen	9
Datakällor	10
Väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar	10
Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden	11
Statistiska mått och analyser	12
Resultat	13
Väntetider och volymer 2015	13
Totala vistelsetiden	13
Tid till första läkarbedömning	17
Antal besök	21
Inskrivning i slutenvård	23
Kartläggning och analys av patientflöden och väntetider	24
Patientflöden	24
Läkemedelskonsumtion	27
Socioekonomisk status och födelseland	29
Kontaktsätt	33
Akutmottagningens inflöde och beläggning	35
Patientflöden, beläggning och vistelsetider	39
Riskfaktorer för långa väntetider	44
Slutsatser och diskussion	47
Orsaker till långa väntetider på akutmottagningen	48
Patientinflöden	48
Arbetsprocessen på akutmottagningen	49
Utflödet av patienter från akutmottagningen	50
Ålder och läkemedel	51
Nationellt uppföljningssystem	52
Referenser	53

Bilaga 1. Bakgrundsdata.....	56
Bilaga 2. Filspecifikation	62
Bilaga 3. Total vistelsetid och Tid till läkare 2010-2015	66
Bilaga 4. Patient- och befolkningsstatistik.....	74

Sammanfattning

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar för första halvåret 2015 och utvecklingen av väntetiderna sedan år 2010. De väntetidsmått som använts är total vistelsetid på akutmottagning och tid till läkarbedömning.

I rapporten ingår även delresultat från en kartläggning och analys av väntetider och patientflöden som har gjorts utifrån ett systemiskt angreppssätt vid fem akutmottagningar i Sverige. De slutliga resultaten från denna analys publiceras under 2016.

Antalet patientbesök till landets akutmottagningar har ökat med cirka tre procent från föregående år och uppgår uppskattningsvis till 2,5 miljoner för 2015. Vid hälften av besöken, cirka 1,25 miljoner, vistas patienterna mer än 3 timmar på akutmottagningen.

Resultaten visar på relativt små förändringar från föregående års mätning. Den totala vistelsetiden har stadigt ökat mellan åren 2010–2015 och är 31 minuter längre.

Även årets mätning visar att patienter äldre än 80 år har en längre total vistelsetid samt att skillnaden mellan vistelsetiden för denna åldersgrupp gentemot samtliga patienter har ökat till 41 minuter.

Patienternas väntetid för att bli undersökt av läkare och den totala vistelsetiden de tillbringat på akutmottagningarna uppvisar en stor variation över landet.

Kartläggningen och analysen av väntetider som genomförts vid akutmottagningarna i Malmö, Lund, Örebro, Varberg och Växjö bekräftar bilden av lokala skillnader i patientflöden och vistelsetider. Analysen har kunnat påvisa skillnader vad gäller demografi (ålder och födelseland), socioekonomi (utbildning) men även vårdtyngd (beläggning på akutmottagningen).

Omkring en fjärdedel av patienterna kommer med ambulans. Runt hälften av besöken som inte kommer med ambulans är initierade av patienten utan tidigare hänvisning.

Gemensamt för alla fem mottagningar är att sannolikheten att tillbringa fyra timmar eller mer på akutmottagningen påverkas av patientens ålder, första mottagande klinik (medicinska specialitet), vilken tidpunkt på dygnet patienten kommer till mottagningen samt om patienten har skrivits in i slutenvård eller inte. Patientens kön var inte en riskfaktor för långa vistelsetider.

Dessa faktorer kan dock inte helt förklara variationen i vistelsetider. Resultaten pekar i stället på en komplex bild där många fler samvarierande faktorer leder till olika långa väntetider på akutmottagningen.

Inledning

Uppdrag

Socialstyrelsen fick i maj 2014 i uppdrag (S2014/4157/FS) att fortsätta att utveckla en nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Arbetet är en del i en långsiktig uppbyggnad av ett uppföljningssystem som ska åskådliggöra patientens väg genom vården inom olika områden. Det samlade uppdraget ska slutredovisas den 31 mars 2016.

I uppdraget ingår att årligen redovisa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Därtill ingår det, som ett utvecklingsarbete att analysera orsaker och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet, att bland annat analysera och utvärdera orsaker till skillnader i väntetider inom akutvården.

Bakgrund

Socialstyrelsen har verkat för att kvalitetssäkra arbetet på akutmottagningarna, tidigare genom riktade tillsyner till och med 2013 och sedan 2010 genom årliga uppföljningar av akutvården [1–4].

De årliga mätningarna har visat att antalet akuta patientbesök på landets akutmottagningar ökar. Mätningarna har visat långa väntetider på akuten och påvisat stora nationella skillnader i väntetider, både när det gäller tid till den första läkarkontakten och den totala vistelsetiden. Den äldsta patientgruppen, över 80 år, har genomgående den längsta totala vistelsetiden.

Årets rapport är den sjätte i ordningen att visa väntetiderna och volymerna vid sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige. Mätningarna avser första halvåret 2015 och utgår från enkätsvar från respektive landsting/region enligt den uppföljningsmodell (figur 1) som Socialstyrelsen utvecklade i samband med första mätningen [1].

Årets rapport redovisar även en kartläggning av väntetider och patientflöden vid fem olika akutmottagningar i Sverige. Syftet är att belysa faktorer som ligger bakom skillnader i väntetider på akutmottagningar.

Metod och avgränsningar

Uppföljningsmodell för akutmottagningen

I uppföljningsmodellen (figur 1) för akutmottagningen ingår nedanstående två väntetidsindikatorer som kan följas med hjälp av mätpunkterna *ankomst till akutmottagning*, *första läkarbedömning* och *avslut av besök på akutmottagning*:

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

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



En mer utförlig beskrivning av ovanstående uppföljningsmodell, mätpunkter och indikatorer återfinns i 2013 års rapport [3].

Väntetider och volymer vid sjukhusbundna akutmottagningar

Socialstyrelsens årliga väntetidsuppföljning av akutsjukvården är avgränsad till att gälla de sjukhusbundna akutmottagningarna. I den rapport som publicerades 2013 [3] återfinns uppgifter om, samt definition och beskrivning av dessa 70 traditionellt organiserade akutmottagningar.

Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden på akutmottagningen

Kartläggningen innefattar information om patientflöden vid fem akutmottagningar¹. De inkluderade akutmottagningarna skiljer sig åt med avseende på storlek och upptagningsområde (tabell 1, bilaga 1).

Vid kartläggningen inkluderas de processer som sjukvården initierar från det att patienten söker vård på akutmottagningen till dess att patienten lämnar akutmottagningen:

- inflödet av patienter till akutmottagningen
- de faktorer som påverkar patientflödet inne på akutmottagningen
- utflödet av patienter från akutmottagningen.

Analysen har ett systemiskt angreppssätt i det att en akutmottagning ses som en helhet bestående av komponenter som går att förändra (till exempel lokaler, bemanning, information) i en omgivning som inte kan påverkas (till exempel befolkningsunderlag). Systemavgränsningen är dock inte självklar, exempelvis till andra delar av det sjukhus i vilket mottagningen finns. Systemets utfall går att mäta på olika sätt och i denna analys ligger tonvikten på måttet väntetid.

¹ Akutmottagningarna vid Malmö (78 350 besök/år) och Lunds (66 400 besök/år) universitetssjukhus, akutmottagningen vid Universitetssjukhuset i Örebro (54 700 besök/år), akutmottagningen vid Hallands sjukhus Varberg (36 000 besök/år), Akutmottagningen vid Centrallasarettet i Växjö (30 500 besök/år).

Datakällor

Väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar

För uppföljningen av väntetider och volymer vid landets sjukhusbundna akutmottagningar har Socialstyrelsen inhämtat underlag via en enkät till landstingen. Enkäten avser första halvåret 2015 och innehåller frågor avseende volymer och väntetider. I första hand redovisas uppgifterna för 2015 men jämförelser görs även med tidigare års mätningar.

Besöksantalet för helår för respektive akutmottagning är extrapolerat från de inrapporterade halvårsuppgifterna. Inrapporteringen har skett grupperat i 10-årsgrupper varför avgränsningen mot patientgruppen barn skiljer sig från den vedertagna 18-årsgränsen. Besöksantal för 2010 saknas.

Svarsfrekvens

Enkätsvar har inkommit från 66 av landets 71² akutmottagningar. Svar saknas från de fem akutmottagningarna i Norrbotten på grund av byte av akutjournal och akutliggare under våren 2015, vilket har omöjliggjort registrering av uppföljningsmodellens mätpunkter.

Några landsting har fortfarande svårigheter att besvara vissa av de efterfrågade uppgifterna av vilka tidsindikatorerna *tid till läkarbedömning* (TTL) och *total vistelsetid* (TVT) svarar för det största bortfallet. Detta beror främst på att man fortfarande på flera håll saknar akutmodul och därmed inte kan registrera mätpunkterna *första läkarbedömning* och *avslut av besök på akutmottagning*. I andra fall har akutmodul installerats men registreringen har ännu inte kvalitetssäkrats och därför har man valt att inte rapportera dessa uppgifter.

Bortfallet för registrering av mätpunkten Första läkarbedömning vid akutmottagningen i Norrköping är så pass högt som 30 procent varför median- och andelsvärde för TTL inte redovisas.

För patienter 80 år och äldre har det funnits svårigheter att ta fram TTL och TVT ur vissa av de patientadministrativa systemen.

Antal inkomna svar per enkätfråga (ingen delfråga har besvarats av alla responderande akutmottagningar):

• Antal besök per åldersgrupp	63
• Varav inskrivna i slutenvård	58
• TVT	60
• TVT 80+	58
• TVT inskrivna i slutenvård	49
• TTL	56
• TTL 80+	51

² Halmstad och Varberg redovisas separat. Tidigare år har dessa redovisats som en enhet.

Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden

Akutmottagningarna har utförligt beskrivit sina lokala förutsättningar och arbetssätt (tabell 1 och 2, bilaga 1). Alla patienter som har besökt de fem deltagande akutmottagningarna under perioden 2015-04-01 till och med 2015-06-30 inkluderades i kartläggningen. Antalet patientbesök redovisas i tabell 3 i bilaga 1.

Underlaget till kartläggningen av de fem akutmottagningarna kommer från respektive akutmottagnings patientadministrativa system, alternativt journalsystem (se filspecifikation i tabell 4–8, bilaga 2). I en faktaruta nedan finns information om variabeln triage (medicinsk angelägenhetsgrad).

Data inkluderar även manuellt insamlat material (tabell 6, bilaga 2) under tre veckors tid³ av den totala insamlingsperioden.

Information om patienternas födelseland har hämtats från Patientregistret vid Socialstyrelsen. Födelseland delades in i: född i Sverige, född i EU27 (utom Sverige) och född i övriga världen. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns rikstäckande uppgifter tillgängliga till och med 2011.

Uppgifter om individens högsta avslutade utbildningsnivå hämtades genom länkning med Statistiska centralbyråns (SCB:s) utbildningsregister. Utbildningsnivån delades in i: grundskola, gymnasium och högskola/universitet. Utbildningsgrad omfattar åldrarna 30 år och äldre.

Uppgifter om patienternas läkemedelskonsumtion, det vill säga expedierade läkemedel, hämtades från Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen under perioden 300–180 dagar (10 månader–6 månader) innan respektive akutbesök (motsvande datum var 1 april 2015 för befolkningen som helhet).

Befolkningsstatistiken, nationellt och per län för respektive akutmottagning, har hämtats från Befolkningsregistret vid SCB.

³ Malmö: 4–22 juni 2015; Lund: 3–22 juni; Örebro: 27 maj–15 juni; Varberg: 20–26 april 2015, 4–10 maj 2015, 1–7 juni 2015; Växjö: 4–10 maj 2015, 18–24 maj 2015, 1–7 juni 2015.

Triage = medicinsk angelägenhetsgrad

Triage innebär att patienten bedöms utifrån medicinsk angelägenhetsgrad, det vill säga hur snabbt patienten behöver vård.

Alla akutmottagningar som deltog i denna kartläggning arbetade med triage enligt RETTS. Arbeta enligt RETTS innebär en helhetsbedömning av patientens vitalparametrar, anamnes och symptom. Tillsammans ger denna bedömning underlag för en medicinsk angelägenhetsgrad.

Den medicinska angelägenhetsgraden uttrycks i fem färger: röd, orange, gul, grön och blå. Röd och orange färg innebär hög medicinsk angelägenhetsgrad och här rekommenderas akutsjukvård direkt. Gul och grön färg innebär låg medicinsk angelägenhetsgrad och dessa patienter kan vänta eftersom medicinsk risk bedöms som låg. Blå färg innebär inget behov av akutsjukvård.

Patienter som inte är triagerade i Örebro är patienter som har återbesök på akuten. I Växjö saknas möjligheten att triagera med färgkoden ”blå”. Patienter utan triage i Varberg har kommit till triage men inte fullföljt denna utan hänvisats till annan vårdinstans.

Statistiska mått och analyser

I den årliga mätningen av de sjukhusbundna akutmottagningarna presenteras medianväntetider per akutmottagning. För att även kunna göra jämförelser och visa på förändringar över åren på nationell nivå används ett genomsnittligt medianvärde för samtliga akutmottagningar. Detta är inte ett helt korrekt värde eftersom det inte tar hänsyn till den stora variationen i antal besök per akutmottagning.

Förutom medianväntetiden till väntetidsmåtten har Socialstyrelsen även tagit in uppgifter om *andelen besök med en väntetid till läkarbedömning under en timme* samt *andelen besök med en total vistelsetid på akutmottagningen under 4 timmar*.

För korrelationsanalyser har linjär regressionsanalys använts.

Vid kartläggningen av väntetider och patientflöden på akutmottagningarna skiljer sig handläggningen av barn (17 år och yngre) åt mellan akutmottagningarna. Därför har åldersgruppen 17 år och yngre inte inkluderats i analysen rörande patientflöden.

Vid analys av gemensamma riskfaktorer för alla akutmottagningar att tillbringa fyra timmar eller mer på akuten, samt risken att vänta en timme eller mer till läkarbedömning, användes en loglinjär modell som statistisk analysmetod. Modelleringen baserades på data från varje mottagning för sig där flera demografiska variabler och data från mottagningarna har ingått. Den relativa risken beräknades med 95 procents konfidensintervall. P-värden lika med eller under 0,05 ansågs vara statistiskt signifikanta.

Resultat

I detta avsnitt redovisas först den årliga uppföljningen av väntetider och volymer vid de sjukhusbundna akutmottagningarna för första halvåret 2015. Uppföljningen baseras på den enkät som landstingen fick i juni 2015.

Därefter redovisas en kartläggning och analys av väntetider och patientflöden vid fem olika akutmottagningar; Malmö, Lund, Örebro, Varberg och Växjö. Tyngdpunkten i denna rapport ligger på kartläggning av inflödet av patienter till akutmottagningarna. Rapporten innehåller också en statistisk beräkning av riskfaktorer för att tillbringa fyra timmar eller mer på akuten, samt att vänta en timme eller mer till läkarbedömning.

Väntetider och volymer 2015

Totala vistelsetiden

Medianvistelsetiden för första halvåret 2015 var 2 timmar och 59 minuter, vilket är 9 minuter längre än 2014 (figur 2) och utgör en ökning med 5 procent. I jämförelse med den första mätningen 2010 har mediantiden ökat med 31 minuter.

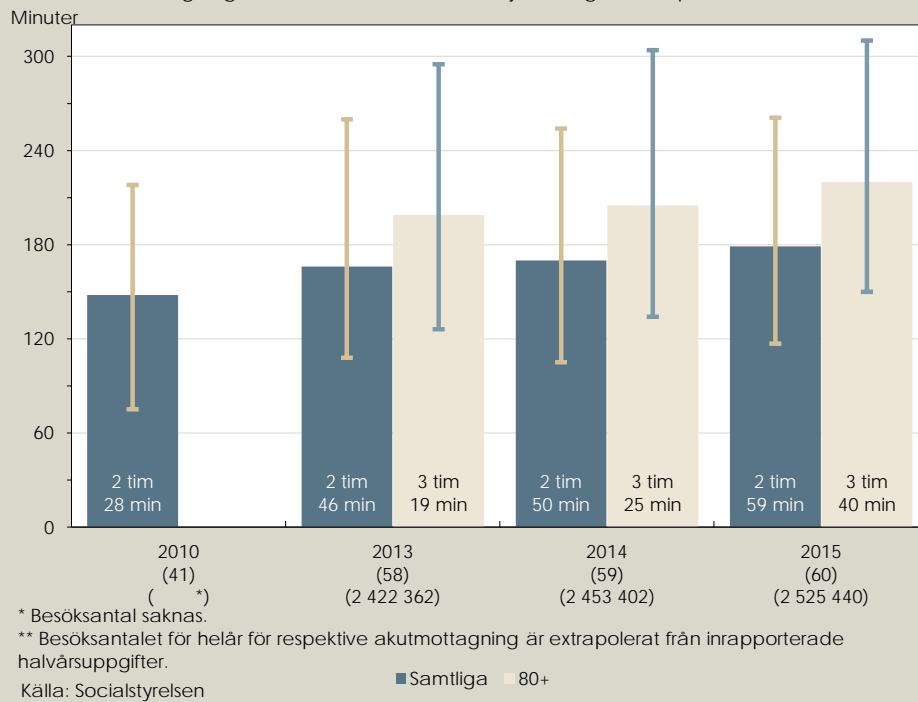
Den totala vistelsetiden för patientgruppen 80+ har, alltsedan denna patientgrupp började särredovisas 2013, varit längre än för totalantalet patienter. Årets mätning för denna åldersgrupp visar en TVT på 3 timmar och 40 minuter vilket innebär 15 minuter mer än 2014, en ökning med 7 procent.

Med detta ökar skillnaden mellan vistelsetiderna för åldersgruppen 80+ gentemot samtliga patienter till 41 minuter. Dessutom är denna skillnad i verkligheten större då medianväntetiden för samtliga patienter även innefattar 80+gruppen.

Befolkningsutvecklingen för 80+ är inte större jämfört med 20–79-åringar och kan därmed inte förklara den ökande totala vistelsetiden för samtliga patienter.

Figur 2. Total vistelsetid

Genomsnittlig mediantid samt spridning mellan max- och minvärden. Antal akutmottagningar och besöksantal** för varje år anges inom parentes.



Akutmottagningens storlek och den totala vistelsetiden

Då det finns ett klart samband [4] mellan akutmottagningarnas storlek, mätt som antal besök, och den totala vistelsetiden finns det anledning att göra jämförelser, inte bara på hela materialet utan även mellan akutmottagningar av ungefär samma storlek.

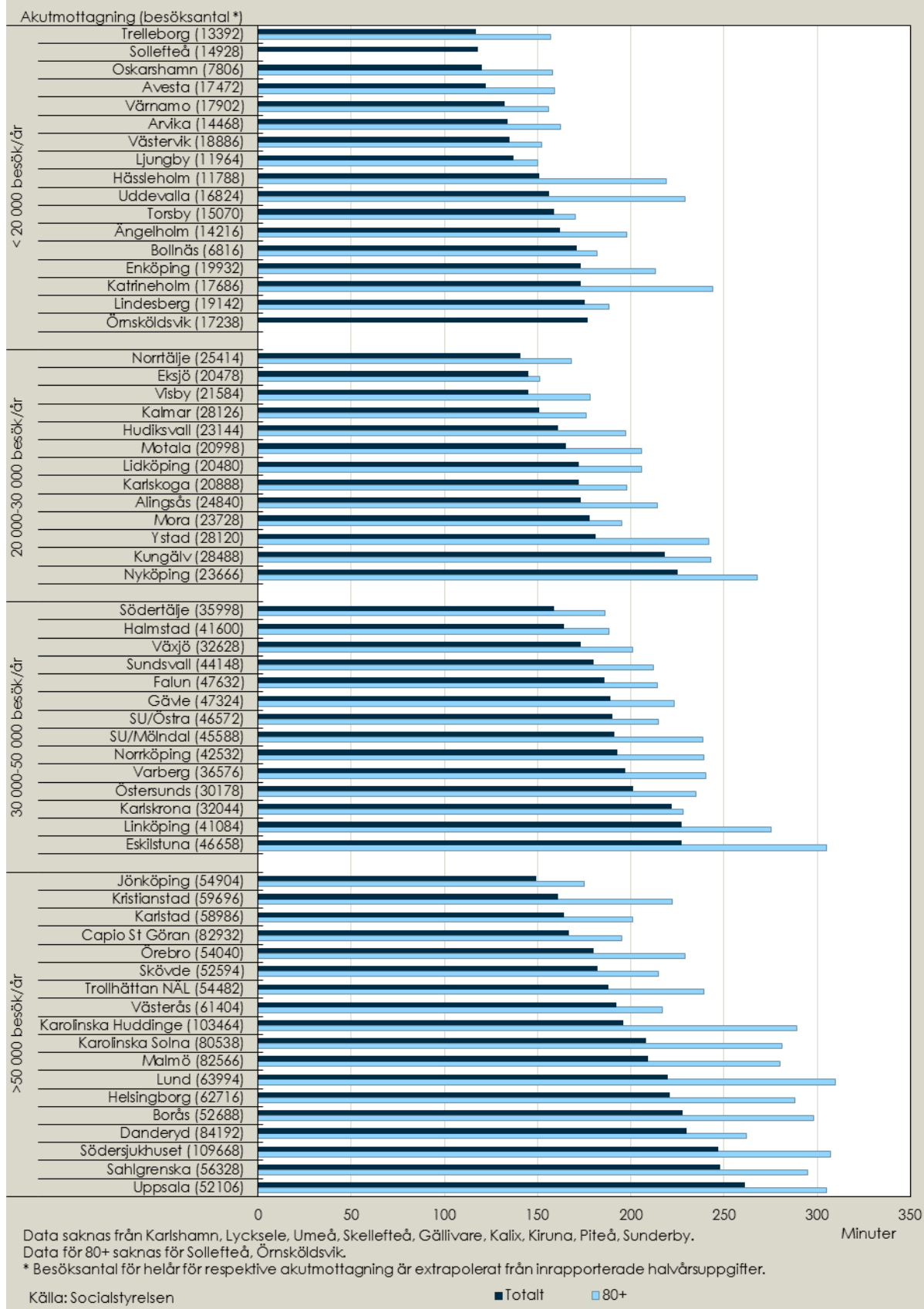
I figur 3 är akutmottagningarna indelade i fyra storleksgrupper⁴ och visar att det finns betydande skillnader i total vistelsetid även mellan akutmottagningarna inom varje storleksgrupp. Denna spridning är likartad dels för samtliga patienter och dels för gruppen 80 år och äldre.

Den största spridningen, 1 timme och 52 minuter, finner vi i gruppen med mer än 50 000 besök per år.

⁴ Storleksgrupper: Upp till 20 000 besök/år, 20 000–30 000, 30 000–50 000, 50 000 och över.

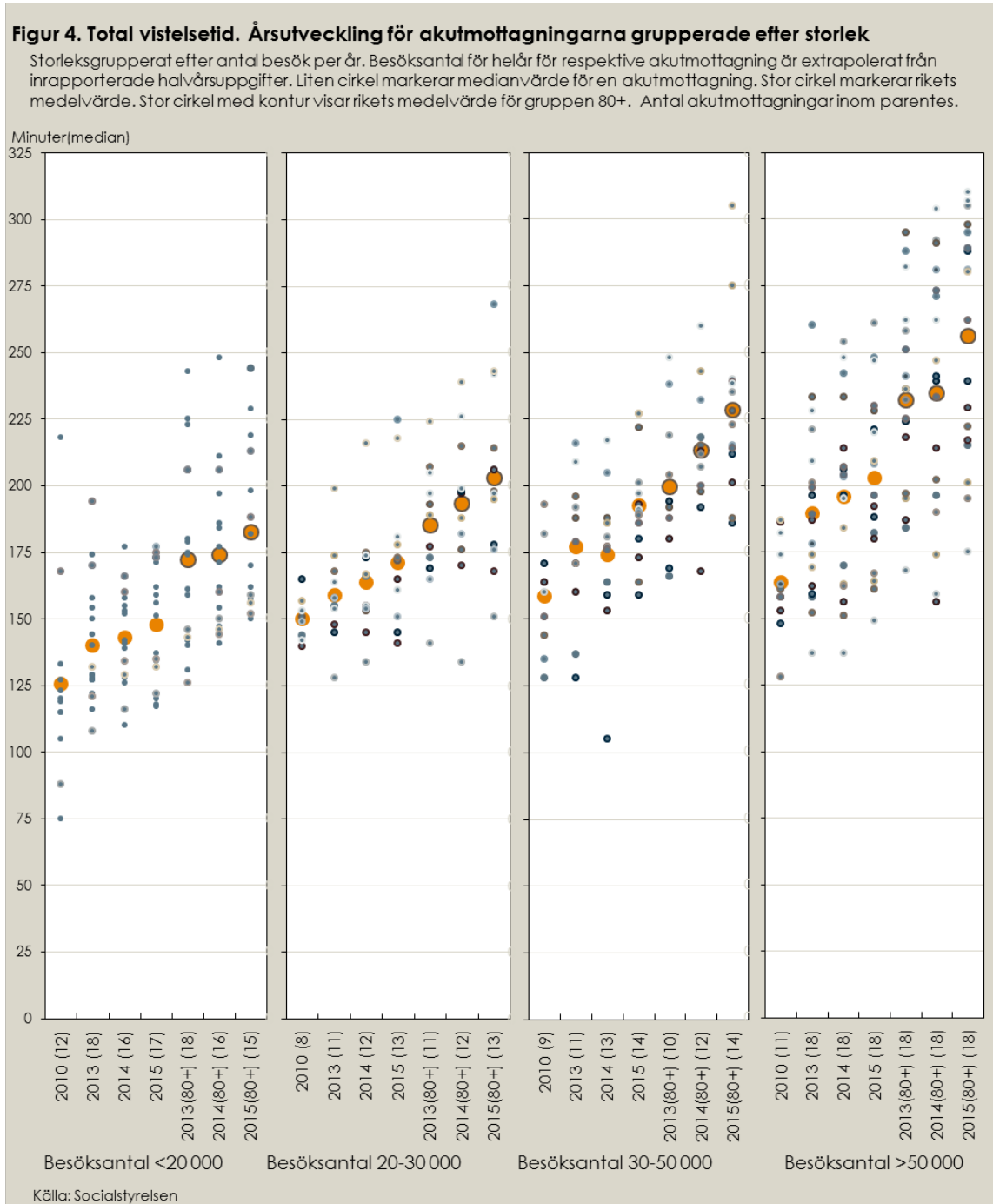
Figur 3. Total vistelse tid första halvåret 2015

Vistelse tid i minuter (medianvärde). Jämförelse mellan akutmottagningar storleksgrupperat.



Årsutveckling av total vistelsetid

Figur 4 visar hur den totala vistelsetiden har utvecklats över tid. I figuren framgår dels utveckling, dels spridning i medianvistelsetid mellan akutmottagningarna grupperade i storleksgrupper. Spridningen återfinns i alla storleksgrupper, men är något mer uttalad i grupperna med de större akutmottagningarna.



Tabell 9 i bilaga 3 visar den totala vistelsetiden på respektive akutmottagning för åren 2010, 2013, 2014 och 2015. Här framgår att enskilda

akutmottagningar uppvisar större och mindre förändringar mellan åren, både till det bättre och till det sämre. Mellan 2014 och 2015 uppvisar 3 av 4 akutmottagningar försämrade medianvärden för TVT.

De stora skillnaderna i medianvistelsetid mellan de enskilda akutmottagningarna, oavsett storlek, kvarstår och har vid alla mätningar, inklusive årets, legat runt 2 timmar och 30 minuter mellan akutmottagningen med kortast och den med längst TVT.

Detta gäller även för gruppen 80+, för vilken mediantiden uppgår till 2 timmar och 40 minuter. Den största skillnaden mellan TVT för totalen och för 80+ vid samma mottagning rapporteras från akutmottagningen i Lund med 1 timme och 30 minuter.

Total vistelsetid under 4 timmar

Måttet *andel patienter med en total vistelsetid under 4 timmar* har sedan 2010 använts inom flera landsting även fast det inte inkluderas i Socialstyrelsens nationella uppföljningsmodell för akutvården. Vissa landsting har dessutom satt en målnivå på 90 procent. Måttet tar inte hänsyn till allvarlighetsgraden i patientens tillstånd.

I figur 5 i bilaga 3 redovisas hur stor andel av patienterna som togs emot under det första halvåret 2015 med en total vistelsetid på under 4 timmar.

Tid till första läkarbedömning

Tidsindikatorn *tid till första läkarbedömning* har följts sedan 2010.

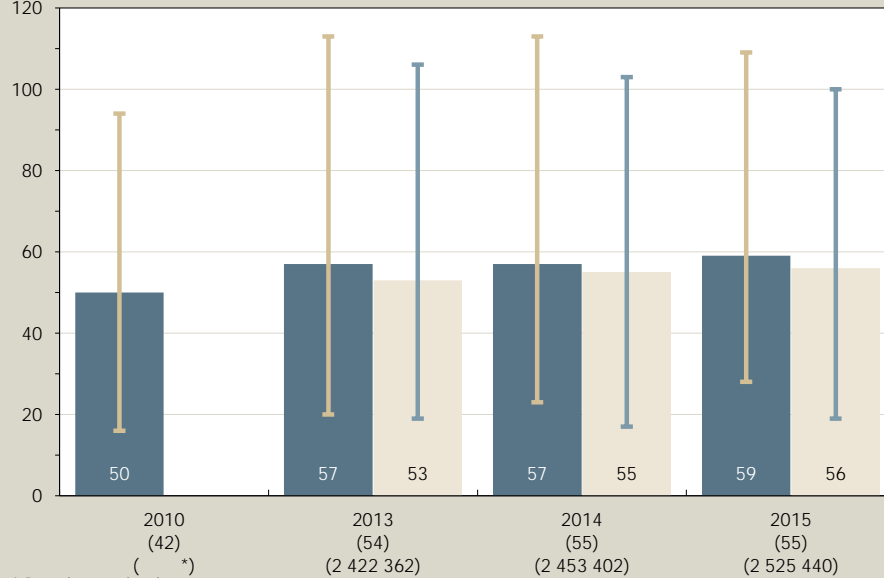
Figur 6 visar det genomsnittliga värdet på strax under 1 timme för TTL för samtliga patienter och för patientgruppen 80+. Det har endast skett en mindre försämring av mediantiden mellan 2010 och 2015 och någon påtaglig skillnad kan inte heller i årets mätning utläsas på nationell nivå mellan totalen och gruppen 80+.

Figur 6. Tid till läkare

Genomsnittlig mediantid samt spridning mellan max- och minvärden.

Antal akutmottagningar och besöksantal för varje år anges inom parentes.

Minuter



* Besöksantal saknas.

** Besöksantalet för helår för respektive akutmottagning är extrapolerat från inrapporterade halvårsuppgifter.

Källa: Socialstyrelsen

■ Samtliga ■ 80+

Akutmottagningens storlek och tid till läkarbedömning

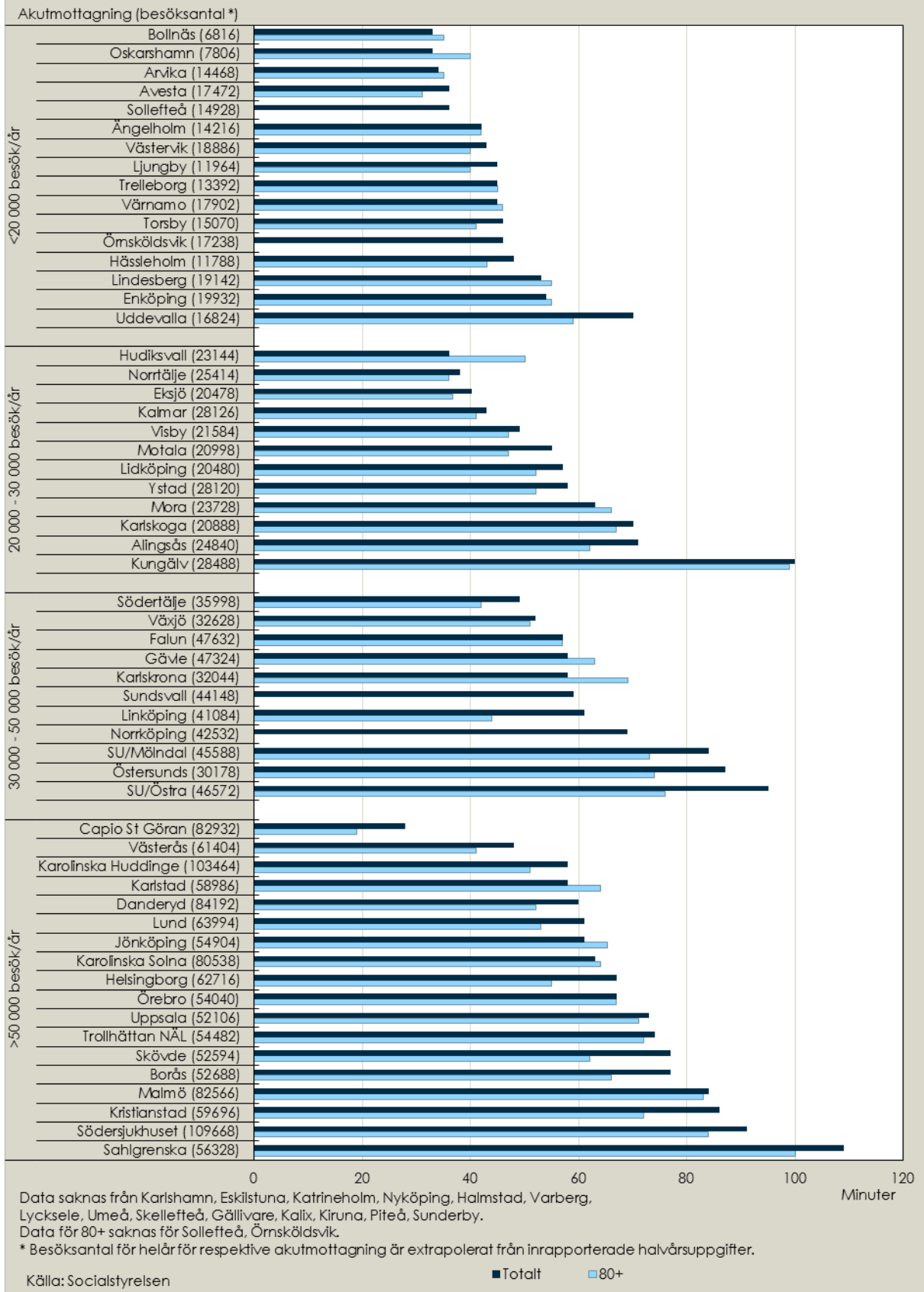
Figur 7 visar spridningen i TTL inom respektive storleksgrupp. De kraftiga skillnader som tidigare konstaterats mellan längsta och kortaste TVT inom varje storleksgrupp, återfinns även för TTL.

Gruppen akutmottagningar med mer än 50 000 besök per år uppvisar även för TTL den största differensen med 1 timme och 21 minuter mellan Capio S:t Görän och Sahlgrenska.

En patient får vänta i genomsnitt nästan fyra gånger så lång tid på att bli undersökt av läkare vid Sahlgrenska, 1 timme och 49 minuter, som på akutmottagningen vid Capio S:t Görän, 28 minuter.

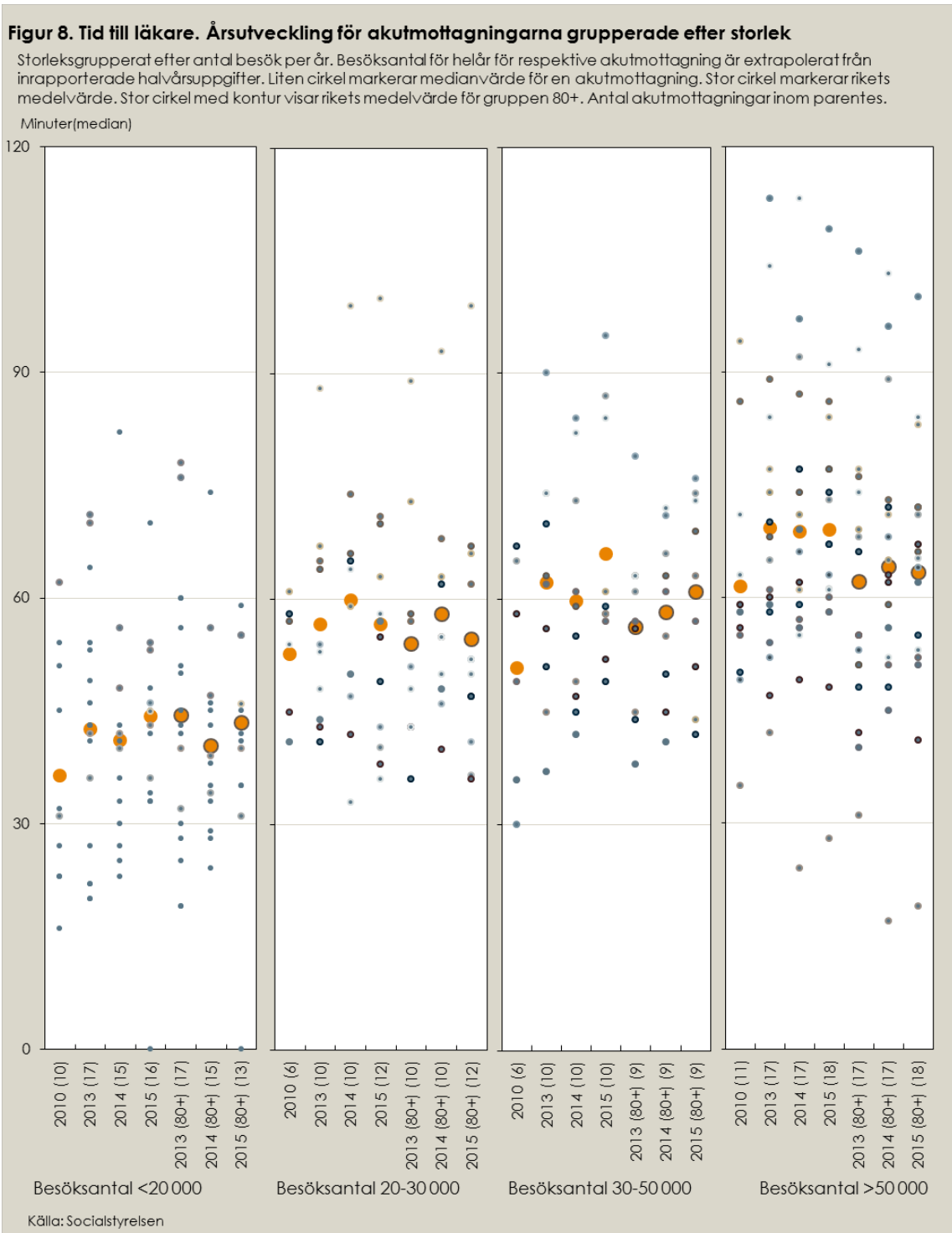
Figur 7. Tid till läkare första halvåret 2015

Tid till första läkarbedömning i minuter (medianvärde). Jämförelse mellan akutmottagningar storleksgrupperat.



Årsutveckling av tid till läkarbedömning

I figur 8 är akutmottagningarna fördelade i grupper efter storlek och figuren visar spridning för de ingående akutmottagningarnas TTL. Medianvärdena inom varje grupp uppvisar inga tydliga trender. Däremot framgår det tydligt att den genomsnittliga mediantiden ökar stadigt i grupperna med de större akutmottagningarna. I samma grupp finner vi dessutom den största spridningen av medianväntetider.



Medianväntetiderna till första läkarbedömning för de enskilda akutmottagningarna återfinns i tabell 10 i bilaga 3. Denna tabell visar även utvecklingen för respektive akutmottagning 2010 till 2015.

Tid till läkarbedömning inom 1 timme

De flesta landsting följer upp måttet *tid till läkare* även med måttet *andel inom 1 timme*. Detta mått tar inte heller hänsyn till allvarlighetsgraden i patientens tillstånd. Även om måttet inte ingår som en tidsindikator i Socialstyrelsens nationella uppföljningsmodell, så använder vissa landsting detta mått ofta kombinerat med en målnivå på 90 procent (se figur 9 i bilaga 3).

Olika samband mellan den totala vistelsetiden och väntetiden till läkarbedömning

Det finns ett positivt samband⁵ mellan tid till läkarbedömning och den totala vistelsetiden. Positivt samband⁶ finns även mellan den procentuella förändringen av besöksantalet och motsvarande förändring av total vistelsetid och tid till läkare.

Antal besök

För 2015 beräknas antalet besök vid landets sjukhusbundna mottagningar till 2,5 miljoner extrapolerat från första halvårets uppgifter (1,25 miljoner besök). Detta motsvarar en ökning på årsbasis med 2,9 procent mellan åren 2014 och 2015. För uppgift om antal besök per akutmottagning och landsting se tabell 11 i bilaga 3.

Antal besök per åldersgrupp

Antal besök vid landets akutmottagningar relaterat till ålder avgränsas i denna redovisning till åldrarna 20 år och äldre. Detta beroende på skilda organisatoriska lösningar i olika landsting för akutverksamheten för barn. För att möjliggöra jämförelser över åren har denna gräns valts trots att den vedertagna gränsen för gruppen barn inom sjukvården är 18 år.

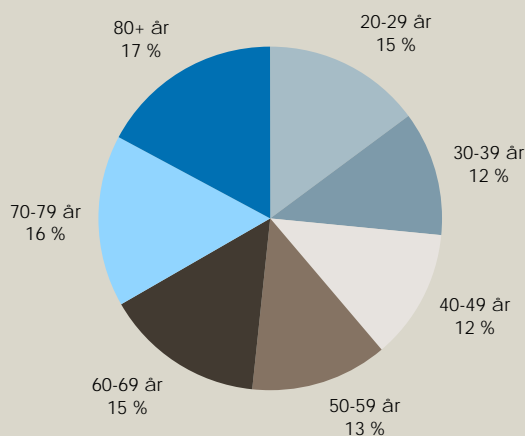
Figur 10 visar att antalet akutbesök i år, liksom tidigare år, är jämnt fördelade på alla åldersgrupper.

⁵ Korrelationskoefficient: 0,60. P-värde ≤ 0.0001 .

⁶ Korrelationskoefficient: 0,46. P-värde ≤ 0.001 .

Figur 10. Åldersfördelningen i procent av akutbesöken

Åldersfördelningen första halvåret 2015.



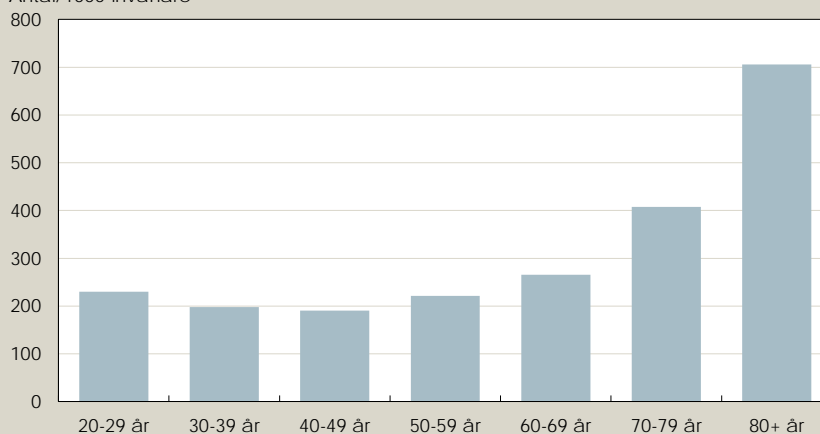
Källa: Socialstyrelsen

Fördelas däremot besöken relaterat till befolkningsstorleken i de olika åldersgrupperna ser vi ett helt annat sökmönster vilket visas i figur 11. Här framträder en tydlig bild av att antalet besök per 1 000 invånare ökar högst väsentligt i de äldre grupperna.

Figur 11. Antal besök per 1000 invånare

Antal besök vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare första halvåret 2015.

Antal/1000 invånare



Källa: Socialstyrelsen

Inskrivning i slutenvård

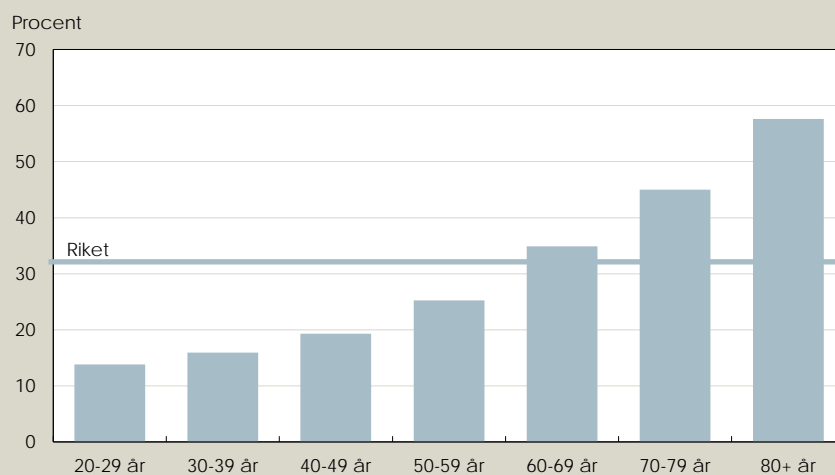
Totalt sett ligger andelen akutbesök som resulterar i inskrivning på 32 procent, vilket är samma nivå som tidigare år.

Andelen inskrivningar i slutenvård per åldersgrupp har varit i stort sett identisk mellan åren med en mycket tydlig ökning av andelen inskrivningar i takt med stigande ålder.

Som framgår av figur 12 har åldersgruppen 20–29 år lägst andel medan i gruppen 80 år och äldre blir 58 procent av patienterna inskrivna. Utvidgas åldregruppen till att gälla 70 år och äldre finner vi att över hälften av alla akutbesök, 53 procent, skrivs in i slutenvård. Gruppen 70 år och äldre står för en betydande del, 33 procent, av alla akutbesök för patienter över 20 år.

Figur 12. Andel inskrivna i slutenvård

Andel besök i olika åldersgrupper samt medel för riket som resulterar i en inskrivning i slutenvård första halvåret 2015.



Källa: Socialstyrelsen

Kartläggning och analys av patientflöden och väntetider

Grundläggande fakta om respektive akutmottagning redovisas i tabell 1 och tabell 2 i bilaga 1.

Patientflöden

Antal besök per akutmottagning

Det fanns lokala avvikelser i åldersfördelningen av patienterna mellan de olika akutmottagningarna (figur 13). Andelen äldre patienter över 60 år var något högre i Varberg, Växjö och Lund (kring 40 procent) jämfört med Örebro och Malmö (kring 35 procent). Varberg hade den minsta andelen patienter mellan 30 och 59 år (kring 20 procent).

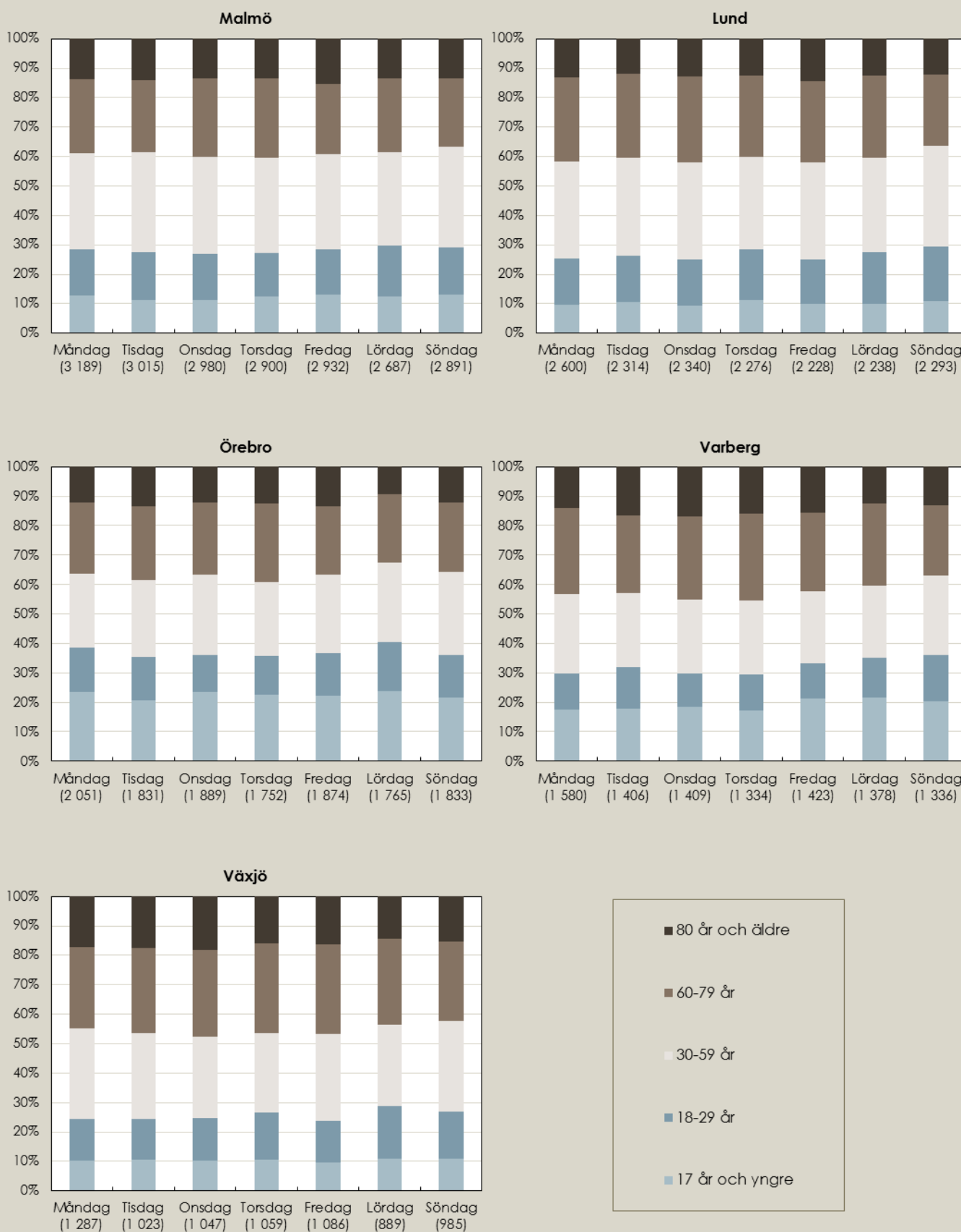
De lokala skillnaderna vad gäller åldersgrupper mellan veckodagarna skiljde sig inte mycket men det fanns en tendens mot att äldre patienter oftare besöker akutmottagningarna på vardagar än på helgerna.

Variationen i antal besök till akutmottagningarna per veckodag var låg men måndagar var en av de mest välbesökta dagarna på alla akutmottagningar (figur 13).

Figur 13 visar också att det totala besöksantalet var som störst i Malmö, därefter följde Lund, Örebro, Varberg och Växjö i fallande ordning. Ungefär 85 procent av de totala patientbesöken fördelade sig på de tre stora klinikerna medicin (25–42 procent), kirurgi (25–30 procent) och ortopedi (12–33 procent).

Figur 13. Andelen akutbesök per veckodag och åldersgrupper för respektive akutmottagning

Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Socialstyrelsen

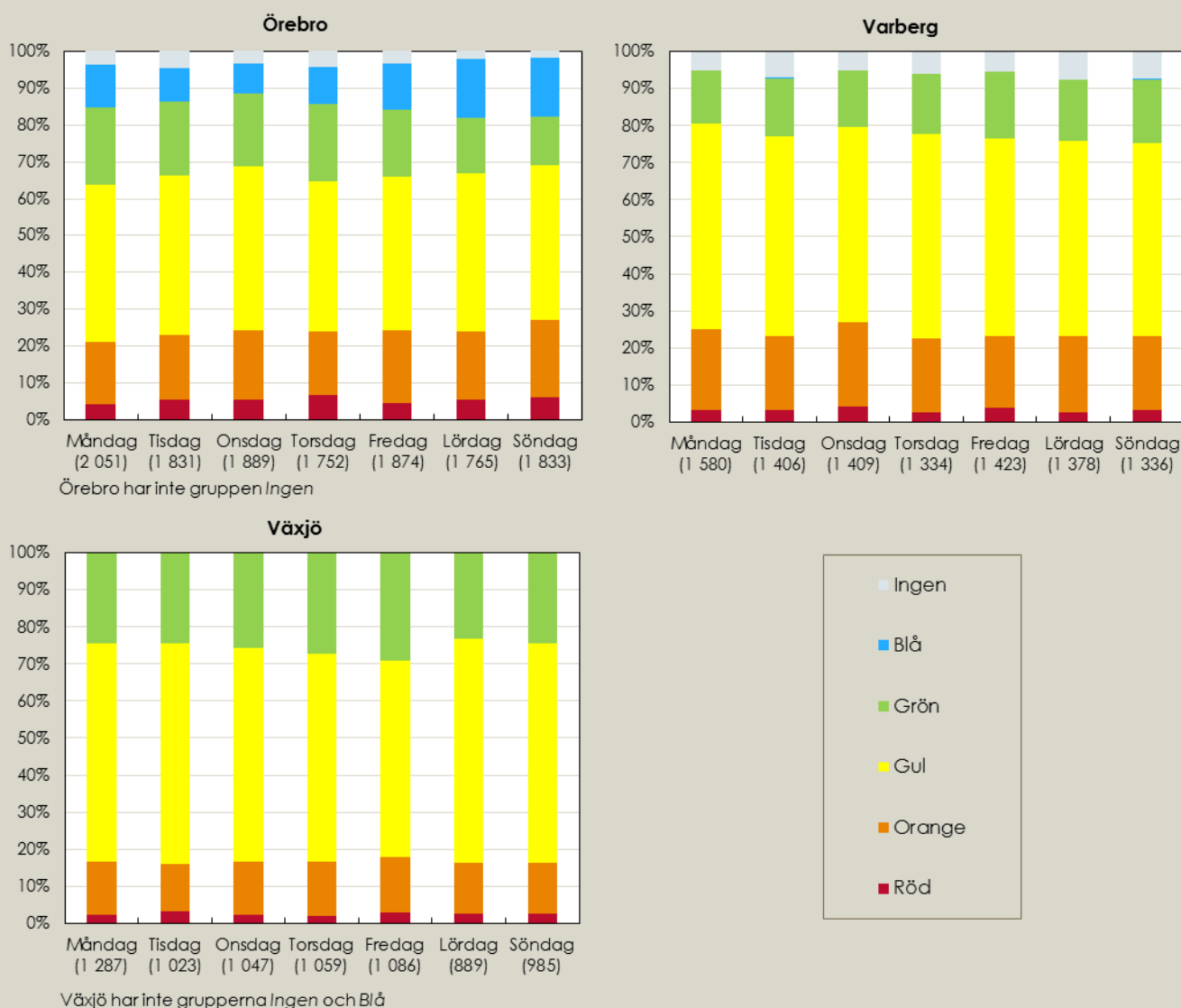
Angelägenhetsgrad och veckodag

Data från Malmö och Lund är inte inkluderade i analysen av angelägenhetsgrad på grund av ofullständig rapportering. Mellan 40 och 55 procent av de patienter som inkom till akutmottagningarna i Örebro, Varberg och Växjö erhöll en medicinsk angelägenhetsgrad benämnd ”gul” (figur 14).

Andelen patienter med benämningarna ”grön” och ”orange” uppgick till 15–25 procent. En mindre andel av patienterna erhöll en hög (röd) medicinsk angelägenhetsgrad (mindre än 5 procent).

Varberg och Örebro hade fler patienter med medicinsk angelägenhetsgrad ”orange” jämfört med Växjö.

Figur 14. Andelen akutbesök per angelägenhetsgrad och veckodag för respektive akutmottagning*
Antal patienter redovisas inom parentes.



* Data för akutmottagningarna i Malmö och Lund redovisas inte på grund av att variabeln triage (angelägenhetsgrad) är ofullständigt rapporterad. Källa: Socialstyrelsen

Läkemedelskonsumtion

Läkemedelsanvändningen ökar med tilltagande ålder och sjuklighet. Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att många förskrivna läkemedel ökar risken för akuta vårdkontakter [5].

Därför analyserades antalet förskrivna läkemedel hos patienterna för att studera samband mellan läkemedelsförskrivning och flöde på akutmottagningen.

De flesta patienterna på varje akutmottagning var förskrivna två eller färre läkemedel. Ett starkt samband mellan patientens ålder och förskrivna läkemedel observerades där en stigande ålder var förenad med fler förskrivna läkemedel (figur 15). Av patienterna med 10 eller fler förskrivna läkemedel var ungefär 75 procent äldre än 60 år. Förskrivningen av läkemedel för patienterna och för befolkningen i riket samt i respektive län redovisas per kön och åldersgrupper i tabell 12 i bilaga 4.

Synonymt med detta gällde också att fler förskrivna läkemedel var förenat med högre medicinsk angelägenhetsgrad (resultat endast från Örebro, Varberg och Växjö). Andelen ”röda” och ”orangea” patienter var 1,5–2 gånger högre bland patienter med 10 eller fler förskrivna läkemedel jämfört med patienter med 0–2 förskrivna läkemedel.

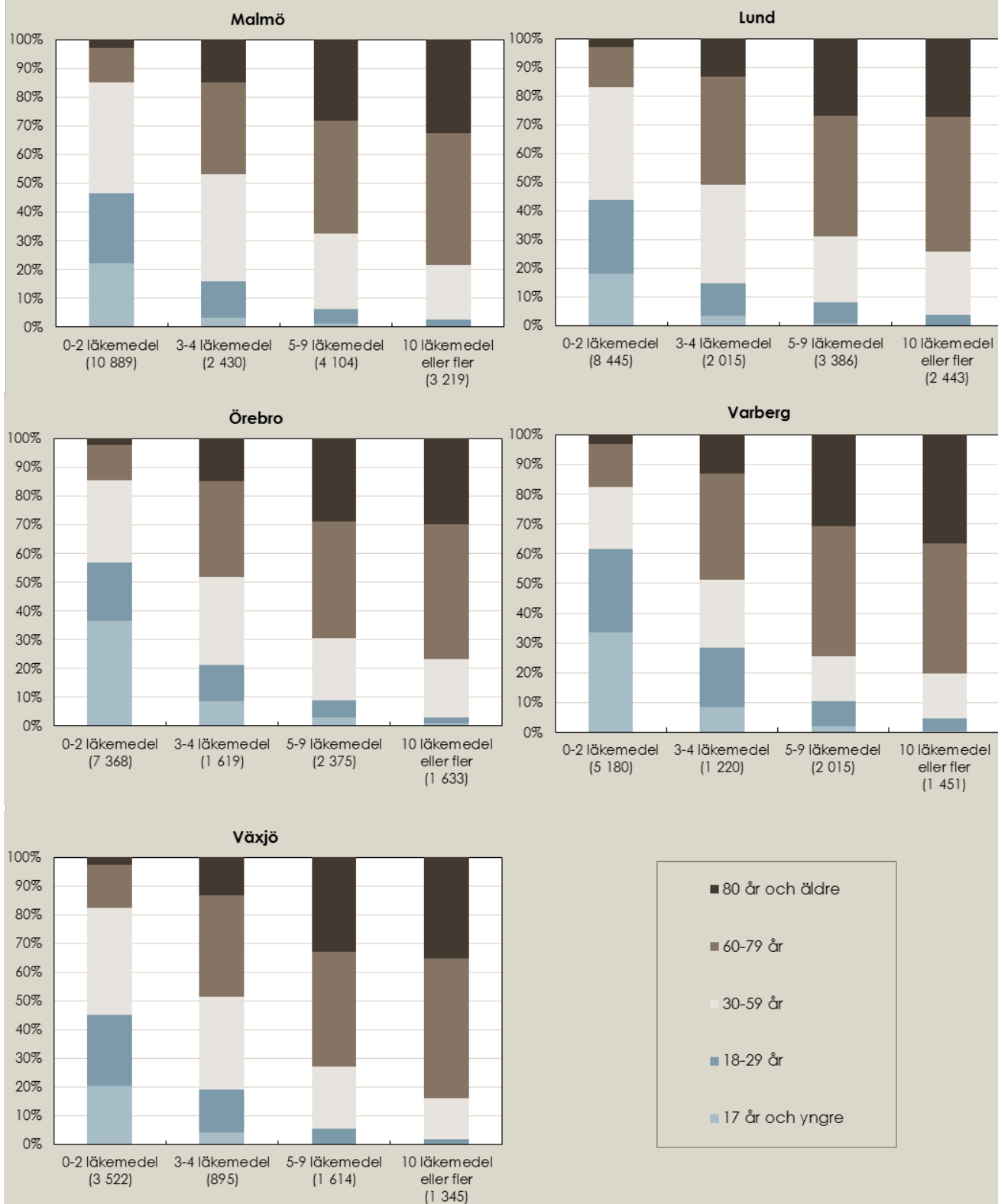
För gruppen kvinnor som hade fler än två läkemedel förskrivna fanns en svag överrepresentation (1,1–5,4 procent) gentemot motsvarande manliga grupp på alla fem akutmottagningarna (tabell 12 i bilaga 4).

Vid en jämförelse mellan förskrivningen av läkemedel i länet och förskrivningen av läkemedel hos patienterna på akutmottagningen framgick att andelen patienter äldre än 60 år och med fler än tio läkemedel var högre bland patienterna på akutmottagningarna jämfört med länssnittet.

Skillnaden var störst för patienter mellan 60–79 år; ungefär 10 procent av länets patienter var förskrivna tio eller fler läkemedel och motsvarande siffra för akutmottagningens patienter var 30 procent. Skillnaden var något mindre för patienter över 80 år; omkring 20 procent var förskrivna tio eller fler läkemedel i länet jämfört med 30–45 procent för motsvarande patienter på akutmottagningarna.

Figur 15. Andelen akutbesök fördelat på läkemedelskonsumtion och åldersgrupper för respektive akutmottagning.

Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Socialstyrelsen

Socioekonomisk status och födelse-land

Det har konstaterats ett samband mellan individers socioekonomiska status och vårdbehov [6-7]. Socialstyrelsen valde därför att kartlägga inflödet av patienter med avseende på utbildningsnivå och födelse-land för att studera sambandet mellan dessa variabler och vårdbehov.

Utbildning

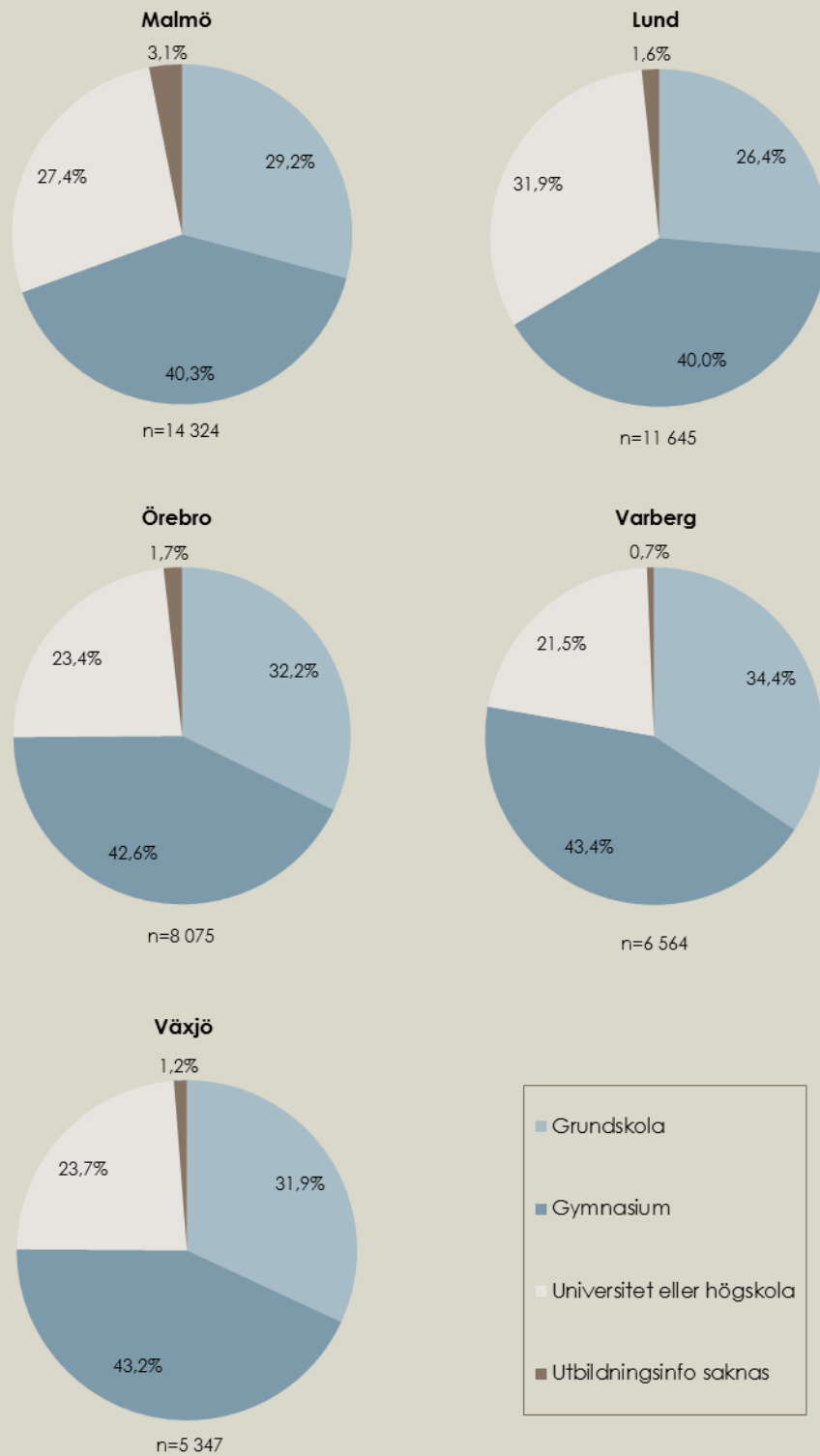
Utbildningsgrad omfattar åldrarna 30 år och äldre. I figur 16 kan observeras att de flesta patienterna i de olika akutmottagningarna (ungefär 70 procent) hade en grundskole- och en gymnasialutbildning (kring 30 respektive 40 procent).

Utbildningsnivån för patienterna och för befolkningen i riket samt i respektive län redovisas per kön och åldersgrupper i tabell 13 i bilaga 4.

Endast cirka 20–30 procent av patienterna hade en universitets- eller högskoleutbildning. Malmö och Lund hade en större andel patienter med universitetsutbildning, 29 respektive 32 procent jämfört med cirka 23 procent hos övriga sjukhus. Detta är i linje med motsvarande jämförelse i respektive läns befolkningsstatistik (tabell 13 i bilaga 4).

Det gick även att se att patienter yngre än 60 år oftare hade en universitetsutbildning (omkring 50 procent av patienterna) jämfört med patienter över 80 år (omkring 10 procent av patienterna), vilket överensstämmer med motsvarande läns statistik (tabell 13 i bilaga 4).

Figur 16. Andelen akutbesök fördelat på utbildningsgrad* för respektive akutmottagning



* Utbildningsgrad omfattar åldrama 30 år och äldre.
Källa: Socialstyrelsen

Födelse land

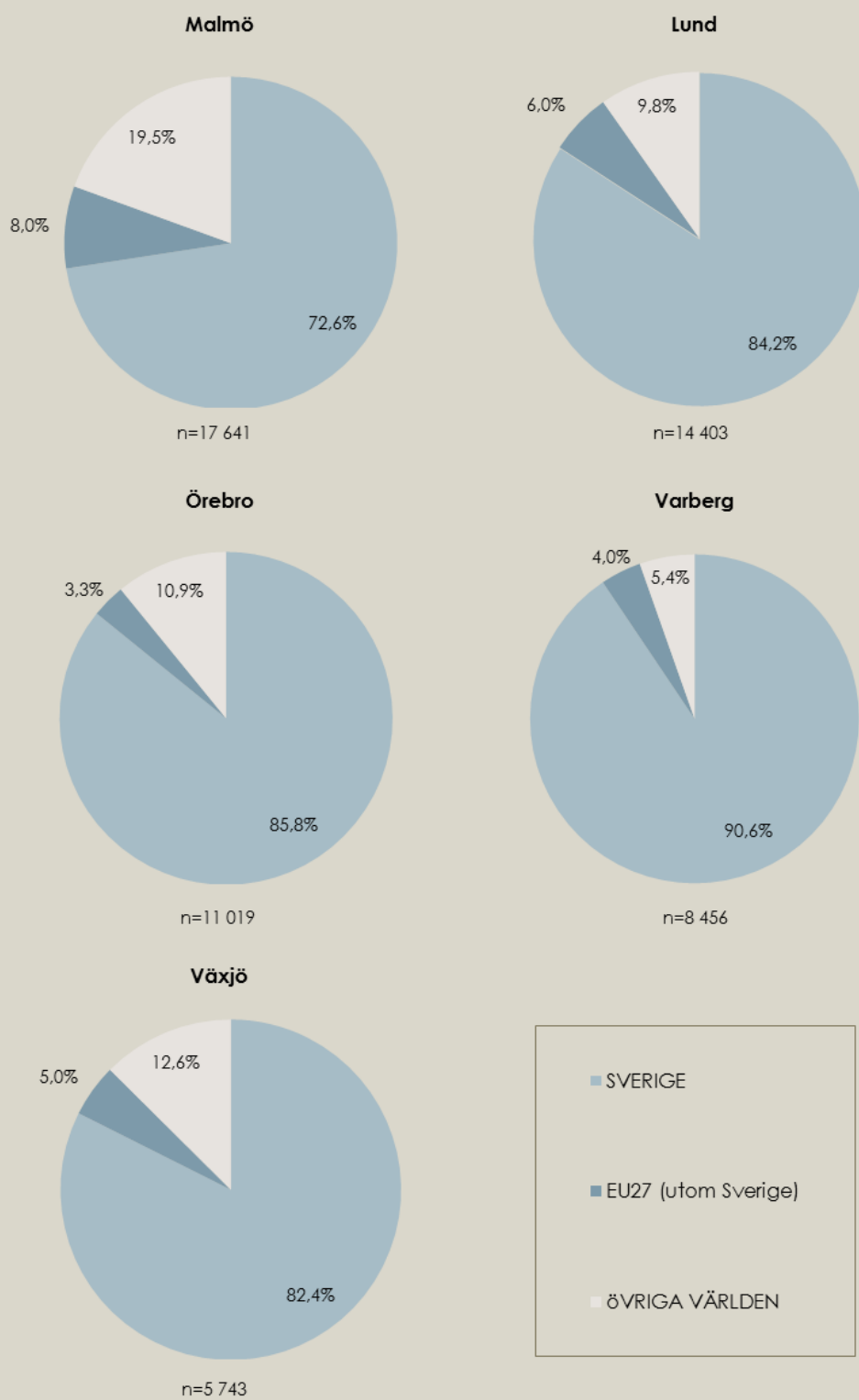
I figur 17 beskrivs akutmottagningarnas fördelning av svenskfödda och utrikesfödda patienter. Födelse land för patienterna och för befolkningen i riket samt i respektive län redovisas per kön och åldersgrupper i tabell 14 i bilaga 4.

Andelen patienter med ett födelse land utanför Sverige varierade mellan 9 procent (Varberg) och 27 procent (Malmö) (figur 17). Dessa siffror indikerar en stor spridning mellan sjukhusen som framför allt berodde på antalet patienter födda utanför EU. Jämfört med patienter födda i Sverige var dessa patienter oftast yngre än 60 år (tabell 14 i bilaga 4).

Ingen skillnad i medicinsk angelägenhetsgrad kunde observeras hos patienterna mellan de olika mottagningarna (resultat endast från Örebro, Varberg och Växjö). Ungefär 20 procent av patienterna hade hög medicinsk angelägenhetsgrad ("orangea" eller "röda").

Ingen större skillnad observerades vid jämförelse mot länet (tabell 14, bilaga 4) förutom i Malmö som hade högre andel födda utanför Sverige. Skillnaden representerar förmodligen det lokala upptagningsområdets patientunderlag och visar inte en verklig skillnad i sökbehov.

Figur 17. Andelen akutbesök fördelat på födelse land för respektive akutmottagning



Källa: Socialstyrelsen

Kontaktsätt

Under en period på tre veckor samlades information om hur alla patienter kommit i kontakt med akuten. Inflödet till akutmottagningen kan överordnat indelas i egeninitierade och hänvisade besök. Hänvisningarna kan i sin tur grupperas beroende på vilken instans som hänvisat patienten. Därutöver finns även patientgruppen som kommit till akutmottagningarna med ambulans.

Egeninitierade besök dominerade

Data från Örebro är inte inkluderade i analysen av kontaktsätt på grund av ofullständig rapportering. Även om en viss variation kan ses mellan akutmottagningarna så kommer de flesta (47–61 procent) på eget initiativ, det vill säga utan hänvisning (figur 18).

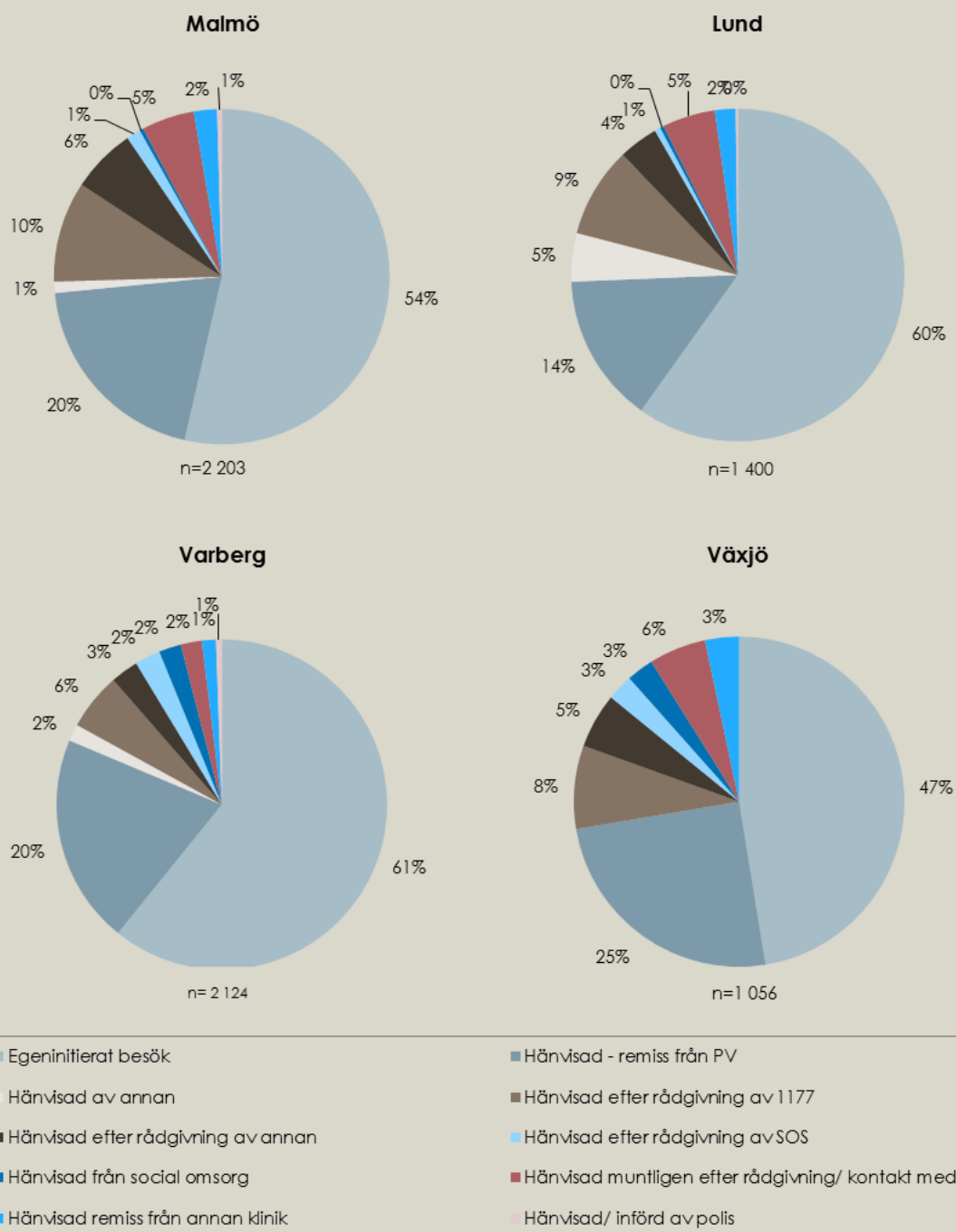
Av de hänvisade besöken var den största andelen från primärvården (14–25 procent) och efter rådgivning via 1177 (6–10 procent) (figur 18).

Ambulanspatienter hade högre medicinsk angelägenhetsgrad

Kartläggningen visar att mellan 20–30 procent av alla patienter kom med ambulans. Ambulanspatienterna på alla fem akutmottagningarna hade oftast en högre medicinsk angelägenhetsgrad; 30–50 procent av patienterna hade angelägenhetsgraderna ”orange” eller ”röd” jämfört med 10–20 procent för de övriga patienterna.

Patienterna som kom med ambulans var också äldre; 60–70 procent var över 60 år jämfört med 30–40 procent för patienter över 60 år som inte åkte ambulans.

Figur 18. Andelen akutbesök fördelat på kontaktsätt för respektive akutmottagning



* Data för akutmottagningen i Örebro redovisas inte på grund av att variabeln söksätt är ofullständigt rapporterad.

Källa: Socialstyrelsen

Akutmottagningens inflöde och beläggning

In- och utflöde

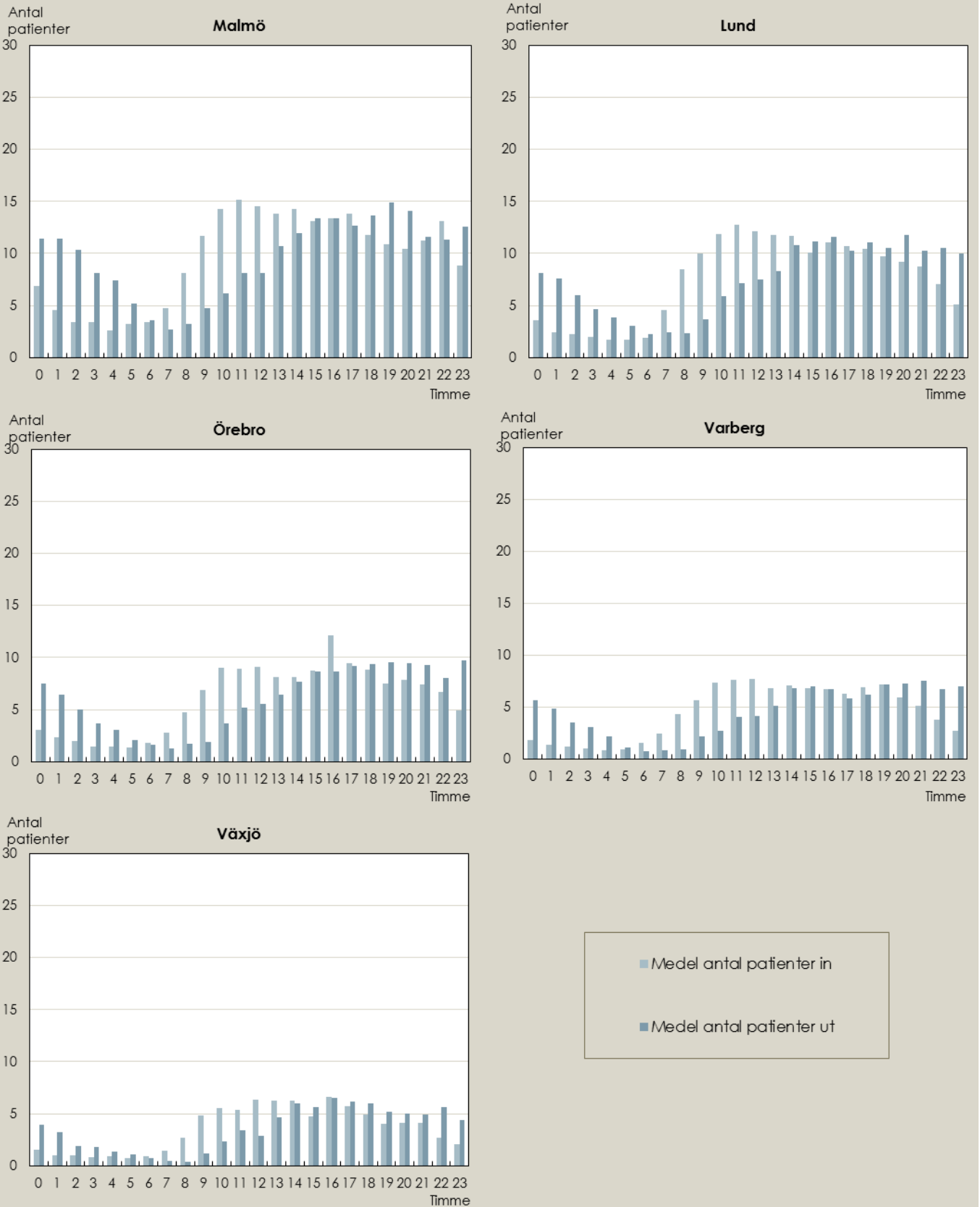
För att bättre kunna analysera de faktorer som är avgörande för patienternas omhändertagande och vistelsetid på akutmottagningen analyserades det genomsnittliga flödet av patienter in och ut per timme på alla fem akutmottagningarna (figur 19).

Den övergripande observationen var att ungefär 70–80 procent av alla patienter inkom dagtid. På samtliga akutmottagningar ökade inflödet tidigt på förmiddagen och avtog sen eftermiddag och tidig kväll. Figur 19 visar att det tidiga inflödet av patienter på förmiddagen inte motsvarades av ett parallellt utflöde på någon av de fem akutmottagningarna. Den faktiska beläggningen på akutmottagningen ökade därför snabbt på förmiddagen.

Utflödet var större än inflödet av patienter på sen kväll och natt och som en konsekvens av detta sjönk även beläggningen.

Figur 19 visar att beläggningen var högst i Malmö, tämligen lika i Örebro och Lund och minst i Varberg och Växjö.

Figur 19. Medelantalet akutbesök in och ut fördelat på dygnets timmar för respektive akutmottagning*



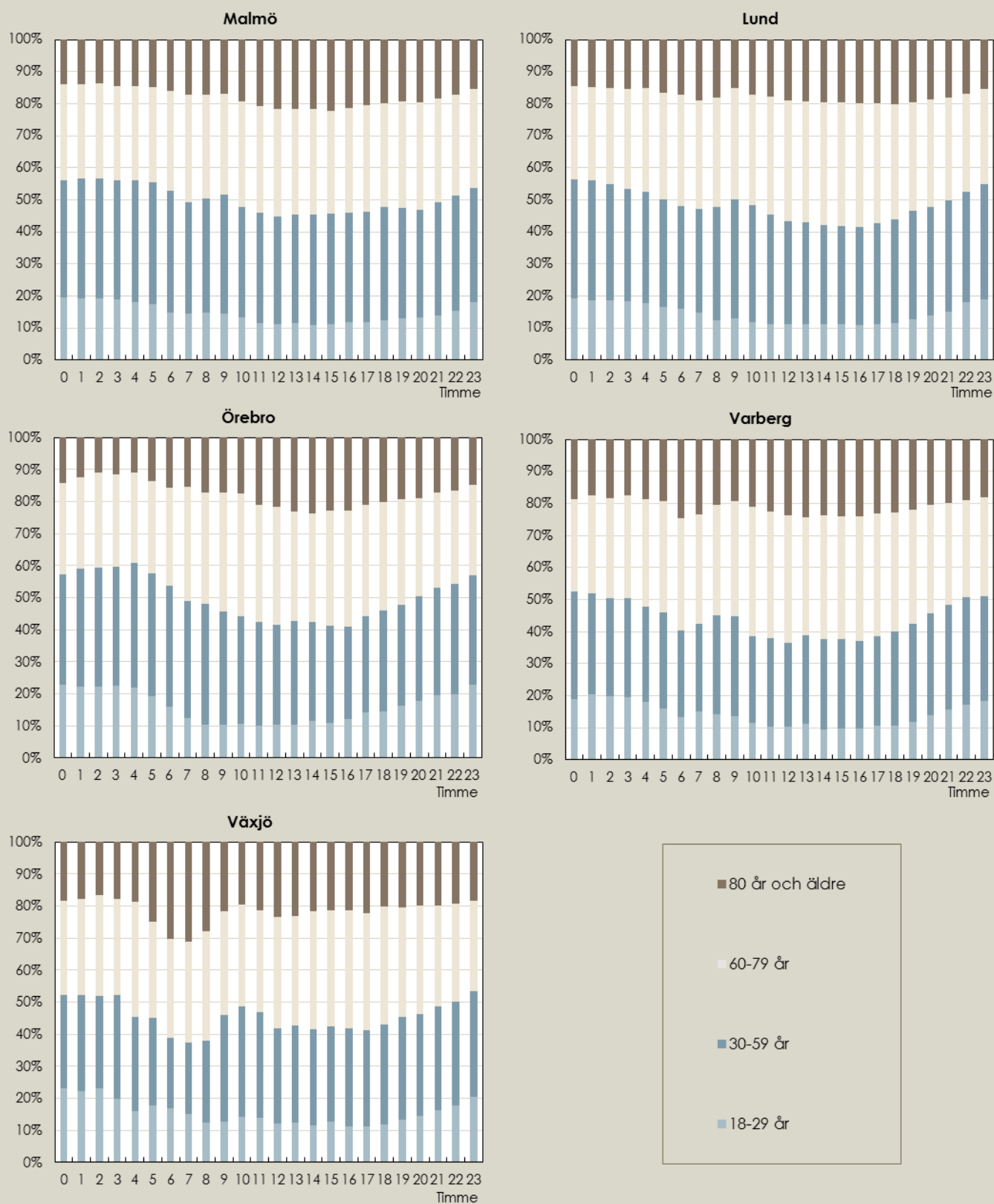
* Medelantalet akutbesök gäller för vardagar. Åldersgruppen 17 år och yngre är inte inkluderad i analysen för att data ska vara jämförbart mellan akutmottagningarna.
Källa: Socialstyrelsen

De äldre patienterna kommer framför allt på dagen

Figur 20 visar beläggningen på de fem akutmottagningarna per timme över dygnet uppdelade per ålderskategori. Här är observationen att de äldre patienterna framför allt sökte på förmiddag och eftermiddag samt tidig kväll medan de yngre patienterna besökte akutmottagningen främst på eftermiddag och kväll.

Figur 18 visar också att 40–60 procent av patienterna, beroende på sjukhus och tid på dygnet, av alla patienter som befann sig på de fem akutmottagningarna, var över 60 år.

Figur 20. Andelen patienter på akutmottagningarna per timme fördelat på ålder*



* Andelen akutbesök gäller för vardagar. Åldersgruppen 17 år och yngre är inte inkluderad i analysen för att data ska vara jämförbart mellan akutmottagningarna.
Källa: Socialstyrelsen

Patientflöden, beläggning och vistelsetider

Total vistelsetid

Figur 21 visar den totala beläggningen av patienter per timme mot patienternas totala vistelsetid indelad i 0–2, 2–4 och över 4 timmar uttryckt i procent.

Mellan 45–80 procent av alla patienter på alla fem akutmottagningarna hade vid varje timme en vistelsetid över 4 timmar. Denna siffra varierade över dygnet och var som mest uttalad på natten och eftermiddagen och kvällen men den varierade också mellan sjukhusen.

Vidare observeras en högre andel av patienterna på akutmottagningen med en vistelsetid över 4 timmar på akutmottagningen per timme i Lund och Malmö jämfört med de övriga akutmottagningarna.

Figur 21. Andelen patienter på akutmottagningarna per timme fördelat på total vistelseid*



* Andelen akutbesök gäller för vardagar. Åldersgruppen 17 år och yngre är inte inkluderad i analysen för att data ska vara jämförbart mellan akutmottagningarna. Källa: Socialstyrelsen

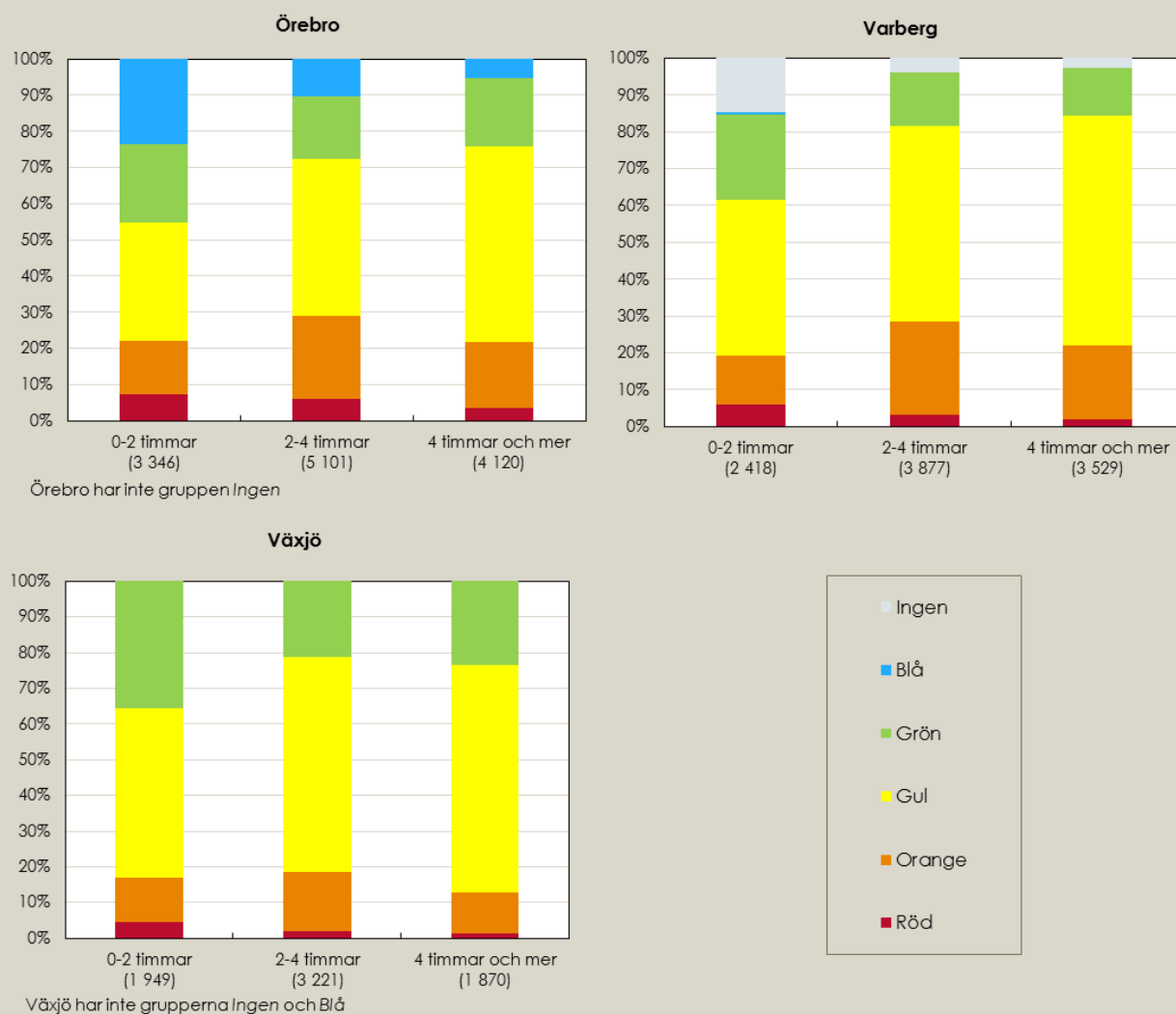
Medicinsk angelägenhetsgrad

Data från Malmö och Lund är inte inkluderade i analysen av angelägenhetsgrad på grund av ofullständig rapportering. I figur 22 visas hur den totala vistelsetiden för patienterna förhåller sig till den första medicinska prioriteringen. Figuren visar att andelen patienter med högst medicinsk angelägenhetsgrad (röd färg) är som högst hos patienter med kort TVT.

Figuren visar också att andelen patienter med ”gul” medicinsk angelägenhetsgrad ökar och att andelen patienter med ”grön” medicinsk angelägenhetsgrad minskar när TVT ökar. Figuren återger den primära medicinska prioriteringen och denna omvärderas kontinuerligt och kan ändras både till en högre och till en lägre angelägenhetsgrad på akutmottagningen.

Figur 22. Andelen akutbesök per angelägenhetsgrad och total vistelsetid för respektive akutmottagning*

Antal patienter redovisas inom parentes.



* Data för akutmottagningarna i Malmö och Lund redovisas inte på grund av att variabeln triage (angelägenhetsgrad) är ofullständigt rapporterad.

Källa: Socialstyrelsen

Samspel mellan total vistelsetid och tid till läkare

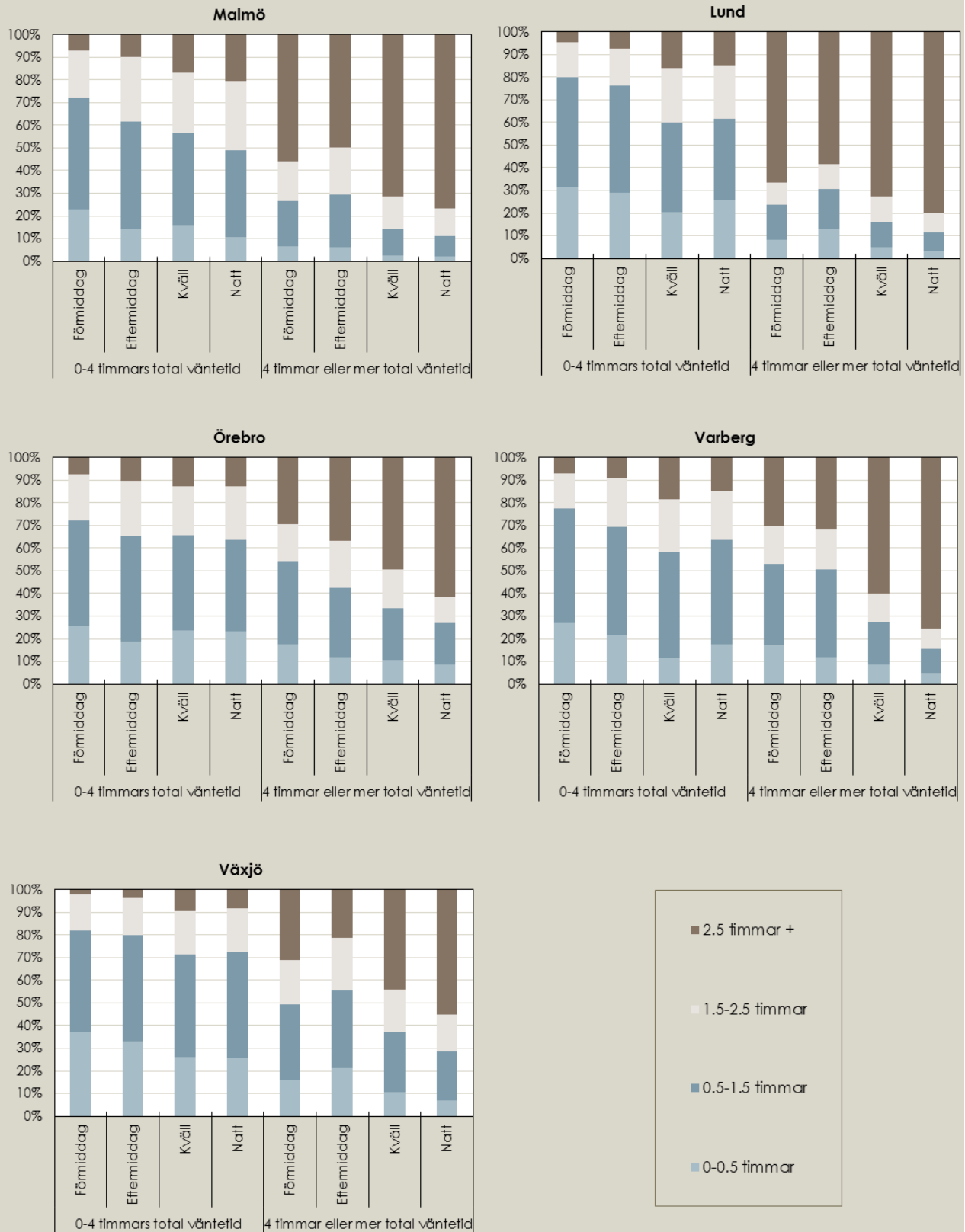
För att förstå hur TTL och TVT samverkar analyserades dessa parallellt över dygnet. I figur 23 illustreras den totala väntetiden uppdelat i 0–4 timmar respektive 4 timmar eller. Dessa är i sin tur fördelade över dygnet. Varje sådan fördelning visar därefter tid till läkare.

Figur 23 visar att när TVT ökar till 4 timmar eller mer så ökar också andelen patienter med TTL på 2,5 timmar eller mer. Detta gäller oavsett tidpunkt på dygnet och för alla akutmottagningar. Detta var dock mest uttalat på kvällen och natten då andelen patienter med en TTL på 2.5 timmar eller mer var omkring 70 procent i Malmö och Lund, 65 procent i Varberg samt 50 procent i Växjö och Örebro.

Omvänt gällde att 50–70 procent av patienterna, på alla akutmottagningar, med en TVT på 0–4 timmar hade en TTL som var mindre än 1.5 timmar oavsett tidpunkt på dygnet.

Sammanfattningsvis kan sambandet mellan TVT och TTL vara olika starkt och sannolikt beroende av många olika faktorer.

Figur 23. Andelen akutbesök fördelat på total vistelsetid och tid till läkare över dygnet*



* Andelen akutbesök gäller för vardagar. Åldersgruppen 17 år och yngre är inte inkluderad i analysen för att data ska vara jämförbart mellan akutmottagningarna.
Källa: Socialstyrelsen

Riskfaktorer för långa väntetider

Skillnader i väntetider mellan män och kvinnor

Tabell 15 visar att medianväntetiden för män är genomgående kortare än för kvinnor både vad gäller total vistelsetid och tid till läkare.

Tabell 15. Medianväntetid för män och kvinnor vad gäller total vistelsetid och tid till läkare på respektive akutmottagning.

Akutmottagning	Total vistelsetid Timmar och minuter (antal patienter)		Tid till läkare Timmar och minuter (antal patienter)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Malmö**/**	3.14 (10 301)	3.35 (10 290)	1.30 (8 836)	1.39 (8 978)
Lund**/**	3.23 (7 955)	3.37 (8 297)	1.21 (6 818)	1.27 (7 141)
Örebro**/**	2.50 (6 445)	3.06 (6 541)	1.02 (5 862)	1.08 (5 988)
Varberg**/*	3.05 (5 003)	3.20 (4 821)	1.09 (1 051)	1.18 (965)
Växjö**/**	2.46 (3 659)	2.54 (3 717)	0.49 (3 475)	0.55 (3 525)

* P-värde ≤ 0.05 (gällde enbart för Varberg vad gäller *tid till läkare*). ** P-värde ≤ 0.01 (gällde samtliga akutmottagningar, förutom för Varberg, för både *total vistelsetid* och *tid till läkare*).

Skillnaderna i medianväntetider mellan män och kvinnor var statistiskt signifikanta för alla akutmottagningar vad gäller både total vistelsetid och tid till läkare (se tabell 15). I denna analys har hänsyn inte tagits till andra faktorer.

Sannolikheten att tillbringa fyra timmar eller mer på akutmottagningen

Kön och andra möjliga påverkansfaktorer testades vidare i en statistisk modellering (log linjär modell analys) för att beräkna den relativa risken för att vistas 4 timmar eller mer på akuten, samt risken att vänta 1 timme eller mer på läkare.

De variabler som ingick i den statistiska modelleringen var: kön, ålder, utbildning, födelseland, diagnos, om patienten är mångbesökare, medicinsk angelägenhetsgrad, om patienten kommit in med ambulans, första klinik (medicinsk specialitet), tidpunkt för ankomst, veckodag för ankomst och om patienten har skrivits in i slutenvård eller inte. I modellen justeras dessa variabler mot varandra.

I tabell 16 visas de påverkansfaktorer som hade samband gemensamt för alla akutmottagningar, eller med andra ord, de faktorer som tycks vara viktiga påverkansfaktorer för vistelsetiden, oavsett vilken mottagning patienten besöker.

I modellen identifierades inte kön som en gemensam riskfaktor för långa väntetider. Gemensamt för alla mottagningar är att sannolikheten att tillbringa 4 timmar eller mer på akutmottagningen påverkas av:

- patientens ålder
- första mottagande klinik (medicinska specialitet)
- vilken tidpunkt på dygnet patienter kommer till mottagningen
- inskrivning av patient i slutenvård.

Ju äldre en patient är desto större är sannolikheten att få vänta 4 timmar eller mer på akuten. Tidpunkten då patienter kommer in spelar roll, men vilken tidpunkt som ökar risken mest varierar mellan mottagningar. Detta gäller både total vistelsetid och tid till läkare.

Tabell 16. Riskfaktorer för långa väntetider - risken att vänta fyra timmar eller mer på akuten samt risken att vänta en timme eller mer på läkarbedömning.

		Malmö		Lund		Örebro		Varberg		Växjö	
		Antal	RR (95 % KI)	Antal	RR (95 % KI)	Antal	RR (95 % KI)	Antal	RR (95 % KI)	Antal	RR (95 % KI)
Risk att få vänta fyra timmar eller mer på akuten											
Ålder	80 år och äldre	2 846	Referens	2 068	Referens	1 585	Referens	1 468	Referens	1 169	Referens
	17 år och yngre	2 556	0,61 (0,52-0,71)**	1 653	0,68 (0,56-0,81)**	2 931	0,32 (0,26-0,39)**	1 884	0,51 (0,43-0,61)**	740	0,56 (0,44-0,72)**
	18-39 år	5 678	0,78 (0,71-0,85)**	4 344	0,75 (0,68-0,84)**	3 010	0,73 (0,65-0,82)**	1 916	0,73 (0,65-0,83)**	1 684	0,93 (0,79-1,09)
	40-59 år	4 364	0,86 (0,8-0,93)**	3 704	0,77 (0,71-0,84)**	2 296	0,85 (0,76-0,95)**	1 860	0,85 (0,76-0,95)**	1 393	0,91 (0,78-1,06)
	60-79 år	5 150	0,96 (0,9-1,03)	4 503	0,91 (0,85-0,98)*	3 155	0,88 (0,8-0,96)**	2 698	0,9 (0,82-0,99)*	2 048	0,93 (0,82-1,06)
Första klinik (medicinska specialitet)	ORT	3 820	Referens	3 790	Referens	1 506	Referens	2 636	Referens	1 749	Referens
	KIR	2 818	1,16 (1,05-1,28)**	3 110	1,31 (1,19-1,43)**	3 774	1,53 (1,27-1,83)**	2 303	1,32 (1,17-1,48)**	1 677	1,36 (1,18-1,56)**
	MED	2 886	1,43 (1,30-1,57)**	5 115	1,19 (1,08-1,31)**	4 177	1,35 (1,12-1,63)**	3 763	1,41 (1,25-1,6)**	2 952	1,38 (1,22-1,58)**
	URO ¹	557	0,88 (0,74-1,06)	259	0,88 (0,7-1,1)	254	0,97 (0,72-1,32)	399	1,17 (0,95-1,45)	-	-
Tidpunkt in till akuten	Förmiddag	4 980	Referens	4 364	Referens	3 124	Referens	2 573	Referens	1 682	Referens
	Eftermiddag	7 250	1,11 (1,05-1,18)**	6 069	1,09 (1,03-1,16)**	4 875	1 (0,92-1,08)	3 650	1,15 (1,06-1,25)**	2 876	0,93 (0,83-1,04)
	Kväll	5 955	1,11 (1,05-1,18)**	4 473	1,13 (1,06-1,21)**	3 835	0,88 (0,81-0,96)**	2 826	1,02 (0,93-1,12)	1 895	0,85 (0,75-0,96)**
	Natt	2 409	0,91 (0,83-0,99)*	1 378	0,94 (0,86-1,04)	1 143	0,71 (0,62-0,81)**	777	0,72 (0,62-0,85)**	581	0,6 (0,49-0,73)**
Utskriven till	Hem	13 845	Referens	10 422	Referens	9 540	Referens	6 684	Referens	4 260	Referens
	Inskriven i slutenvård	5 483	1,13 (1,07-1,19)**	4 121	1,01 (0,96-1,08)	3 430	1,17 (1,07-1,27)**	2 918	1,17 (1,07-1,26)**	2 706	1,21 (1,09-1,34)**
Risk att få vänta mer än en timma på att få träffa läkare											
Tidpunkt in till akuten	Förmiddag	4 893	Referens	4 131	Referens	3 022	Referens	527 ^a	Referens	1 669	Referens
	Eftermiddag	7 081	1,29 (1,23-1,35)**	5 633	1,29 (1,22-1,36)**	4 684	1,13 (1,06-1,21)**	838 ^a	1,11 (0,95-1,29)**	2 863	1,21 (1,1-1,33)**
	Kväll	5 573	1,31 (1,24-1,38)**	4 075	1,51 (1,42-1,6)**	3 702	1,17 (1,09-1,26)	578 ^a	1,3 (1,11-1,53)	1 849	1,3 (1,18-1,44)**
	Natt	2 198	1,22 (1,14-1,31)**	1 278	1,36 (1,24-1,48)**	1 094	0,89 (0,8-1)*	146 ^a	0,94 (0,71-1,23)**	573	1,06 (0,92-1,23)

RR=relativ risk, KI=konfidensintervall, ORT=ortopedi, BAR=barnmedicin, KIR=Kirurgi, MED=Internmedicin, URO=urologi.

¹Vid akutmottagningen i Växjö ingår urologin inom kirurgin.

^aOmfattar patienter som enbart ingått i den manuella insamlingen.

* P-värde ≤ 0,05, ** P-värde ≤ 0,01.

Slutsatser och diskussion

I årets uppföljning av väntetider vid de sjukhusbundna akutmottagningarna presenterar Socialstyrelsen en årsutveckling som kan utläsas dels för varje enskild akutmottagning, dels för akutmottagningarna indelade gruppvis efter storlek sedan Socialstyrelsen genomfört väntetidsmätningar 2010.

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen av tillgängligheten, mätt i väntetider, på landets sjukhusbundna akutmottagningar är följande i jämförelse med tidigare års mätningar:

- Antalet patientbesök till landets akutmottagningar har ökat med 2,9 procent, från 2 453 402 till 2 525 440 besök per år från 2014 till 2015. Från år 2013 till år 2015 är ökningen 4,2 procent. Antalen för helår är extrapolerade från inrapporterade halvårsuppgifter.
- Medianvistelsetiden för första halvåret 2015 var 2 timmar och 59 minuter, vilket är 9 minuter längre än 2014 och utgör en ökning med 5 procent. Detta betyder att vid hälften av besöken, cirka 1,25 miljoner, vistas patienterna mer än 2 timmar och 59 minuter på akutmottagningen.
- Medianvistelsetiden har ökat med 31 minuter från 2010 till 2015.
- Patientgruppen 80 år och äldre har en vistelsetid som är 41 minuter längre än för gruppen samtliga patienter på akutmottagningen.
- Andelen patienter med en total vistelsetid mindre än 4 timmar varierar mellan 44 och 89 procent mellan akutmottagningarna.
- Fortfarande är det cirka hälften av patienterna som kommer till akutmottagningen som blir undersökta av läkare inom 1 timme.
- Andelen patienter med en väntetid till första läkarundersökning på mindre än 1 timme varierar mellan 32 och 78 procent mellan akutmottagningarna.
- Total vistelsetid och tid till läkarbedömning uppvisar en stor variation över landet.

Socialstyrelsen kan, på grundval av den kartläggning och analys av patientinflödet som genomförts på de fem akutmottagningarna i Malmö, Lund, Örebro, Växjö och Varberg, ytterligare sammanfatta:

- Patienter med medicinska angelägenhetsgraden gul, grön och blå står för omkring 80 procent av det totala patientunderlaget på akutmottagningarna i Varberg, Växjö och Örebro.
- Runt hälften av patienterna som inte kommer med ambulans, kommer utan föregående kontakt med eller hänvisning från annan vårdinstans.
- Patienter äldre än 60 år utgör 40–60 procent av akutmottagningens beläggning per timme över dygnet.
- Patienter med vistelsetider över 4 timmar står för en betydande del av akutmottagningens beläggning per timme över dygnet.
- Patienter med en TVT på 4 timmar eller mer har oftare lång TTL än patienter med en TVT på 0–4 timmar.

- Med hänsyn till de olika lokala förutsättningarna i form av patientunderlag och arbetssätt har gemensamma riskfaktorer för TVT och TTL räknats fram:
 - TVT: hög ålder, medicinsk specialitet, tidpunkt på dygnet patienten besöker akutmottagningen samt inskrivning i slutenvård.
 - TTL: tidpunkt då patienten sökte akutmottagningen.

Orsaker till långa väntetider på akutmottagningen

Den aktuella kartläggningen och analysen har hittills kunnat påvisa ett antal generella riskfaktorer för lång total vistelsetid och för lång tid till första läkarbedömningen. Övergripande nationella studier med avsikt att studera orsaker till skillnader i vistelsetider på akutmottagningar har tidigare saknats och endast internationella rapporter har funnits att tillgå [8–16].

Riskfaktorerna som kartläggningen presenterar speglar patientflödet på akutmottagningen från olika vinklar och pekar på patientinflödet, arbetsprocesserna på akutmottagningen och utflödet av patienter från akutmottagningen men även på patienternas olika förutsättningar. De olika faktorerna diskuteras nedan.

Patientinflöden

Såsom tidigare år [3–4] och liksom andra rapporter [17–19] påvisar Socialstyrelsens nationella analyser att antalet besök till akutmottagningarna ökar. Ökningen beror sannolikt på att flera faktorer samspelar. Dessa faktorer kan vara förändringar i patientunderlaget (en ökning av besök från gruppen unga vuxna och framför allt unga kvinnor [17]), förändrat upptagningsmönster (patienter söker från andra upptagningsområden [18]), ett förändrat besöksbeteende (ett ökad inflödet av patienter till akutmottagningarna från primärvården [18–21]).

Såsom tidigare visat bekräftar kartläggningen att de flesta patienterna som kommer till akutmottagningen har låg medicinsk angelägenhetsgrad [22]. Mönstret att yngre patienter söker oftare sen eftermiddag och kväll avviker jämfört med en jämförande nationell studie [23] och skulle kunna tyda på ett nytt sökmönster där äldre patienter fortsätter att komma på dagtid men där yngre patienter söker oftare på kvällen. Detta skulle möjligtvis kunna vara en effekt av det ökade antal besök som observerats. Dessa data behöver dock analyseras vidare och bekräftas samt inkludera andra alternativ för akut vård.

Kartläggningen påvisar dessutom att det föreligger skillnader lokalt i fördelningen av patienternas ålder mellan akutmottagningarna och att denna skillnad också kan förklara skillnader i vistelsetider.

Gemensamt för alla akutmottagningar var att de flesta patienter kom till akutmottagningen utan föregående hänvisning eller kontakt med vården. Anledningen till varför en större andel patienter söker akutmottagningen utan hänvisning är oklart och behöver studeras vidare. Denna kartläggnings grundmaterial inbegriper inte de respektive akutmottagningarnas närområde i fråga om alternativt vårdutbud och därför är det inte möjligt att undersöka

skillnader mellan akutmottagningarna i olika hänvisningsursprung och dra slutsatser om hur detta ser ut nationellt.

Primärvårdens tillgänglighet skiljer sig åt och sannolikt bidrar en lokalt välfungerande primärvård till mindre hänvisningar till akutsjukvården. Kännedomen om Sjukvårdsupplysningen 1177 är generellt sett hög och högre bland yngre jämfört med äldre [24]. Det är oklart om hur välkänd sjukvårdsupplysningen är bland utlandsfödda svenskar vilket också behöver klarläggas [25]. Olika lokala skillnader i kännedom behöver analyseras liksom varför så många patienter kommer utan tidigare kontakt med vården trots den höga kännedomen om 1177.

Arbetsprocessen på akutmottagningen

Belastning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde 2014 en tillsyn av patientsäkerheten på akutmottagningarna i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion [17] vilken omfattade arton akutmottagningar. Tillsynen gjordes med anledning av allvarliga Lex Maria-anmälningar och klagomål där akutmottagningarnas behandling fått allvarliga konsekvenser för patienter.

Slutsatsen i IVO:s tillsynsrapport är att akutmottagningarna i landet står inför stora utmaningar och att patientsäkerhetsrisker bland annat ligger i bristande kompetens och otillräcklig bemanning. En för hög belastning ("emergency department crowding") [26–27] på akutmottagningen i form av ett för stort antal patienter relativt bemanning och lokaler är relaterad till patientsäkerhetsrisker men även till förlängda vistelsetider [16, 27–29].

En svensk definition på belastning är under utarbetning [30]. Socialstyrelsen planerar att under 2016 presentera analyser från de fem akutmottagningarna där belastning analyseras parallellt med vistelsetider.

Kartläggningen kan dock redan nu presentera indirekta resultat på att belastningen på akutmottagningen är relaterad till vistelsetider. Exempel på dessa indirekta resultat är sambandet mellan vistelsetider och tidpunkt på dygnet när patienten kommer, som sammanfaller med ett ökat inflöde och en hög beläggning. Dessutom fördelar sig huvuddelen av patienterna framför allt på tre mottagande kliniker (medicinska specialiteter); kirurgi, medicin och ortopedi. Patienter som mottas av dessa medicinska specialiteter har högre risk till längre TVT. Detta kan tolkas som en konsekvens av en hög belastning på dessa medicinska specialiteter.

Olika försök till att underlätta patientens väg genom akutsjukvården har beskrivits: Bland annat införande av speciella snabbspår för utvalda patientgrupper och ett ökat teamarbete mellan olika kompetenser på akutmottagningen, men också samarbetet mellan primärvården och akutmottagningarna. Akutmottagningarna har också lyft fram behovet av klinikegna läkare och specialistutbildade sjuksköterskor [19].

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) menar i en rapport från 2010 [31] att tidig läkarbedömning, team-triage, snabbspår, ett flödesorienterat arbetssätt samt röntgenremisser skrivna av sjuksköterskor kan minska väntetider, såsom tid till läkare och total tid på akuten, samt att främja patientsäkerheten, men detta behöver analyseras ytterligare. Flera nationella rapporter har påvisat att en läkarledd triagering av patienten

minskar vistelsetider och beläggning vilket kanske kan vara den mest effektiva metoden att minska beläggningen på akutmottagningarna [32–35].

Medicinsk prioritering

Den medicinska prioriteringsprocessen på akutmottagningar har som mål att identifiera de mest sjuka patienterna. Dessa behöver oftast snabb vård och skrivs också in i slutenvård i högre utsträckning [31].

Våra analyser indikerar också att dessa patienter har kortare vistelsetider. Resultaten här ska tolkas med en viss försiktighet eftersom analysen har gjorts på den primära medicinska prioriteringen och inte beaktat eventuell sekundär prioritering (patienter observeras regelbundet på akutmottagningen och vid en eventuell förbättring eller försämring sker en upp- respektive nedprioritering), vilket kan påverka den totala vistelsetiden. Resultaten tyder på att en omprioritering har gjorts eftersom vi observerat patienter med hög medicinsk angelägenhetsgrad och långa vistelsetider, vilket anses som orimligt. Dessa antaganden behöver dock bekräftas.

Kartläggningens resultat är alltså ingen överraskning i detta avseende. Att andelen patienter med grön medicinsk angelägenhetsgrad också har en kort vistelsetid beror sannolikt på att deras medicinska besvär relativt snabbt går att ta om hand och inte kräver någon vidare utredning.

Patienter med gul medicinsk angelägenhetsgrad har högre sannolikhet för längre vistelsetider och förklaringen är troligen att denna grupp är mer svårdiagnostiserad jämfört med patienter med lägre medicinsk angelägenhetsgrad.

Förhållandet mellan den medicinska prioriteringen och TTL är komplex och behöver studeras närmare. Den medicinska prioriteringen innebär per definition att patienter med hög angelägenhetsgrad ska ha kort TTL och de med låg angelägenhetsgrad kan få längre TTL. Den stora majoriteten av patienter på akutmottagningarna har dock en låg angelägenhetsgrad vilket enligt RETTS innebär att det medicinska behovet av att träffa en läkare kan vänta [21].

Den skillnad vi ser i TTL beror sannolikt på att olika faktorer såsom inflöde, bemanning och andelen högre prioriterade patienter samspelar med varandra. Den faktor som bortsett från den medicinska prioriteringen gemensamt hade störst effekt på TTL var tidpunkt på dygnet då akutbesöket skedde, vilket tyder på en nära koppling till akutmottagningens belastning, speglad i form av patientbeläggning.

Kartläggningen påvisar också en koppling mellan lång TTL och lång TVT under förhållanden med förmodat hög belastning. Hur detta samband mellan TVT och TTL ser ut när inflödet är lägre är dock oklart och behöver analyseras närmare.

Utfloppet av patienter från akutmottagningen

Av analysen framgår tydligt att vistelsetiden var längre för de patienter som skrevs in i slutenvård än för de patienter som gick hem från akutmottagningen. Liknande resultat kan ses i den nationella uppföljningen och har rapporterats internationellt [29].

Brist på disponibla vårdplatser på sjukhuset och därmed väntan på frigörande av en sängplats för de patienter som skrivs in i slutenvård är enligt många verksamhetsföreträdare en viktig orsak till lång total vistelsetid på akutmottagningen.

Socialstyrelsen har samlat in data om total vistelsetid för dem som skrivs in i vården för att se om TVT för denna grupp är längre än för dem som lämnar sjukhuset.

Gruppen som skrivs in i slutenvård har en längre TVT, 25 minuter, i jämförelse med det totala antalet patienter. För gruppen 80+ råder det motsatta förhållandet nämligen att TVT för dem som blir inskrivna är kortare. Dessa divergerande tidsskillnader visar på att enbart måttet TVT inte är tillräckligt för att fastställa orsakssambanden mellan inskrivning på sjukhus och förlängd vistelsetid då det finns ytterligare faktorer som förlänger vistelsetiden förutom väntan på vårdplats.

Ålder och läkemedel

Den fördjupade analysen av de fem akutmottagningarna visar, liksom Socialstyrelsens väntetidsrapporter [2–4], att patienter över 80 år har en längre total vistelsetid än yngre patienter. Liknande observationer har gjorts tidigare och vid en jämförelse med yngre patienter kunde det påvisas att äldre patienter träffade fler läkare med lägre kompetens samt genomgick fler undersökningar vilket var förenat med en längre vistelsetid [36].

Kartläggningen påvisar också att denna grupp har högre medicinsk angelägenhetsgrad och fler förskrivna läkemedel samt att de flesta av dessa äldre patienter också kommer till akutmottagningen när beläggningen är som störst. Dessa faktorer samverkar och förstärker varandra i olika hög utsträckning vilket behöver analyseras vidare. Även processerna i det akuta omhändertagandet av dessa patienter på akutmottagningen kan behöva klarläggas.

Paradoxen i en lång TVT och en hög inläggningsgrad behöver också ytterligare belysas då flera frågetecken kvarstår om underliggande orsaker. Det akuta omhändertagandet av äldre patienter har nyligen belysts i en SBU-rapport [37] och kortfattat föreslås ett anpassat geriatriskt omhändertagande av ett multidisciplinärt team med mål att minska komplikationer och vårdtid för patienterna.

Geriatriska snabbspår som går vid sidan om akutmottagningen är ett annat alternativ som innebär att patienten går direkt till en vårdavdelning för att bli omhändertagen. Exempel på detta är styrningen av geriatriska patienter direkt till vårdavdelningen utan tidigare kontakt med akutmottagningen inom Stockholms läns landsting.

Lokala lösningar med anpassade akuta geriatriska multidisciplinära omhändertaganden finns etablerade på flera ställen i landet såsom till exempel i Östergötland (ALMA-teamen) och Västra Götaland (23-timmars platser).

Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att läkemedelsbiverkningar står bakom ungefär 8 procent av de äldres akuta vårdkontakter som leder till inläggning på sjukhus och att patienter med 3–4 läkemedel löper en fördubblad risk för besök på akutmottagningen [5, 38].

I denna rapport kan det konstateras att akutmottagningens besökare i hög ålder var ordinerade fler läkemedel än motsvarande åldersgrupp i riket och i respektive län, vilket bekräftar Socialstyrelsens tidigare fynd om att det finns ett samband mellan antalet läkemedel som har förskrivits och risken för akuta läkarbesök [38]. Detta aktualiserar frågan om hur stor andel av de akuta besöken som förorsakas av läkemedelsbiverkningar.

Nationellt uppföljningssystem

Det system som Socialstyrelsen arbetat fram för att följa upp väntetider och kvalitet i akutsjukvården har fram till nu baserats på enkäter till landstingen och presenterats i årliga rapporter. Detta har starkt begränsat möjligheterna till fördjupad uppföljning och analys.

Arbetet med att övergå till nationellt insamlade, individbaserade data presenterades 2012 i utvecklingsplanen för det nationella patientregistret (PAR) [39]. I den planeringen ingick att uppföljningen av akutsjukvården 2015 skulle ske på basis av de månadsvisa inrapporterade uppgifterna till PAR. Det visade sig dock redan under första kvartalet 2015 att inrapporteringen inte höll tillräckligt hög kvalitet, varför Socialstyrelsen beslutade att 2015 års uppföljning skulle ske via enkät.

Från och med 2016 kommer uppföljning av den akuta öppenvårdens tillgänglighet att kunna ske med data från PAR. För kommande års nationella uppföljningar kommer Socialstyrelsen att förfoga över ett individbaserat patientmaterial som öppnar för ytterligare möjligheter att beskriva och genomlysas akutsjukvårdens verksamhet över landet.

Socialstyrelsen arbetar vidare med att utforma presentations- och publiceringsformer för den specialiserade vårdens akutuppgifter via myndighetens statistikdatabas. Målet är att med det individbaserade grundmaterialet skapa förutsättningar för både lokala och nationella uppföljningar.

Referenser

1. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; Slutrapport mars 2011.
2. Uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; Delrapport 2013.
3. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; Slutrapport december 2013.
4. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport december 2014.
5. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre: Kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm. Socialstyrelsen; Rapport 2014.
6. Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burstrom B. Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: an example from Stockholm, Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(3):318-25.
7. Wastesson JW, Fors S, Parker MG, Johnell K. Inequalities in health care use among older adults in Sweden 1992-2011: a repeated cross-sectional study of Swedes aged 77 years and older. *Scandinavian journal of public health*. 2014;42(8):795-803.
8. Kreindler SA, Cui Y, Metge CJ, Raynard M. Patient characteristics associated with longer emergency department stay: a rapid review. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2015.
9. Perez N, Nissen L, Nielsen RF, Petersen P, Biering K. The predictive validity of RETTS-HEV as an acuity triage tool in the emergency department of a Danish Regional Hospital. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2014.
10. Wiler JL, Handel DA, Ginde AA, Aronsky D, Genes NG, Hackman JL, et al. Predictors of patient length of stay in 9 emergency departments. *The American journal of emergency medicine*. 2012;30(9):1860-4.
11. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Cjem*. 2003;5(3):155-61.
12. Nielsen RF, Perez N, Petersen P, Biering K. Assessing time to treatment and patient inflow in a Danish emergency department: a cohort study using data from electronic emergency screen boards. *BMC research notes*. 2014;7:690.
13. Sorup CM, Jacobsen P, Forberg JL. Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013;21:62.
14. Casalino E, Choquet C, Bernard J, Debit A, Doumenc B, Berthoumieu A, et al. Predictive variables of an emergency department quality and performance indicator: a 1-year prospective, observational, cohort study evaluating hospital and emergency census

- variables and emergency department time interval measurements. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2013;30(8):638-45.
15. Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, et al. Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *Cjem*. 2011;13(5):300-9, E28-43.
 16. Kocher KE, Meurer WJ, Desmond JS, Nallamotheu BK. Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2012;19(5):525-34.
 17. Hur står det till med våra akutmottagningar. Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. IVO; 2015-76.
 18. Genomlysningen av Stockholms fem akutmottagningar. Stockholms läns landsting; Slutrapportering oktober 2013.
 19. Hur har ni det på akuten? En intervjuundersökning om akutsjukvårdens organisation vid tiosvenska sjukhus. Eva Törnvall, Agneta Andersson. FoU - enheten för närsjukvården. Landstinget i Östergötland; 2012-09-06.
 20. Wexler R, Hefner JL, Sieck C, Taylor CA, Lehman J, Panchal AR, et al. Connecting Emergency Department Patients to Primary Care. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2015;28(6):722-32.
 21. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American journal of managed care*. 2013;19(1):47-59.
 22. Widgren BR, Jourak M. Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of emergency medicine*. 2011;40(6):623-8.
 23. Ekelund U, Kurland L, Eklund F, Torkki P, Letterstal A, Lindmarker P, et al. Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. A basis for ANSWER, A National Swedish Emergency Registry. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:37.
 24. Befolkningsundersökning 2013: Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Sveriges kommuner och landsting; 2014.
 25. Ruud SE, Aga R, Natvig B, Hjortdahl P. Use of emergency care services by immigrants-a survey of walk-in patients who attended the Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic. *BMC emergency medicine*. 2015;15:25.
 26. Crawford K, Morphet J, Jones T, Innes K, Griffiths D, Williams A. Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: a literature review. *Collegian*. 2014;21(4):359-66.

27. Higginson I. Emergency department crowding. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2012;29(6):437-43.
28. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*. 2014;46(2):106-15.
29. Bernstein SL, Asplin BR. Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emergency medicine clinics of North America*. 2006;24(4):821-37.
30. Wretborn J, Khoshnood A, Wieloch M, Ekelund U. Skane Emergency Department Assessment of Patient Load (SEAL)-A Model to Estimate Crowding Based on Workload in Swedish Emergency Departments. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130020.
31. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. SBU; april 2010.
32. Ziegler B, Almroth H, Bergman J, Jansson E, Rylander L, Wickbom A. Early team assessment relieves the emergency department. *Lakartidningen*. 2014;111(9-10):392-4.
33. Burstrom L, Engstrom ML, Castren M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Upsala journal of medical sciences*. 2015:1-7.
34. Ruben F, Widgren BR. [Shorter waiting time in emergency departments with physicians in the triage team. Comparison of standard and emergency physician triage]. *Lakartidningen*. 2011;108(7):340-2.
35. Cheng I, Castren M, Kiss A, Zwarenstein M, Brommels M, Mittmann N. Cost-effectiveness of a physician-nurse supplementary triage assessment team at an academic tertiary care emergency department. *Cjem*. 2015:1-14.
36. Brouns SH, Stassen PM, Lambooi SL, Dieleman J, Vanderfeesten IT, Haak HR. Organisational Factors Induce Prolonged Emergency Department Length of Stay in Elderly Patients - A Retrospective Cohort Study. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135066.
37. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt. SBU; december 2015.
38. Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör. Stockholm. Socialstyrelsen; Rapport 2012.
39. Utvecklingsplan för patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; Rapport 2013.

Bilaga 1. Bakgrundsdata

Tabell 1. Sammanfattning av bakgrundsdata för de ingående akutmottagningarna.

	Malmö	Lund	Örebro	Varberg	Växjö
Upptagningsområde (antal invånare)	320 000	320 000	285 000	180 000	130 000
Årsbesök AKM	78 348	66 406	54 700	36 000	30 500
AKM lokalyta (m2)	5 000	4 900	2 240	1 860	1 680
Ändamålsenliga lokaler enligt sjukhusen själva	Ja	Nej	Nej	Ja	ja
Disponibla vårdplatser					
Totalt sjukhus	550	450	538	240	305
AVA	24	53 (MAVA+KAVA)	27	6	28
Behandlingsplatser					
<i>Akutmottagning</i>					
Akutrum	4 (5)	4 (5)	3	2	2
Behandlingsrum	43	30	20	32	21
Övervakningsplats	16	26	5	4	6
Bemanning					
Årsarbetare (läk:ssk:usk)	33:93:66	28:65:57	5:75:20	16.7:51:25	0:45:28 ¹
Egna läkare (tid/dygn)	Dygn	Dygn	Dag, enstaka kväll	Dygn, kväll	Jour övriga kliniker
Personalomsättning	10,0 %	10,6 %	8,0 %	< 10,0 %	8,0 %
Snabbspår					
Patientgrupper (antal besök)	Rädda hjärnan(273) Höfter (408)	Rädda hjärnan (162) Höfter (300) PCI (819) ²	Rädda hjärnan (154) Höfter (59) PCI (200)	Rädda hjärnan ³ Höfter ³ PCI ³	Höfter (50) Stroke ³
Triage					
Bemanning	ssk, usk	ssk, sekr	ssk, usk	ssk	ssk, usk
Yttre triage	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Hänvisning till annan vårdinstans	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

AKM = akutmottagning, AVA = akutuårdsavdelning, MAVA = medicinsk akutuårdsavdelning, KAVA= kirurgisk akutuårdsavdelning, PCI = percutan coronar intervention, läk = läkare, ssk = sjuksköterska, usk = undersköterska, sekr = sekreterare.

¹ Inkluderar bemanningen av AVA.

² Patienter från Malmö transporteras till Lund.

³ Information saknas.

Källa: Respektive akutmottagning.

Tabell 2. Akutmottagningarnas egna beskrivningar av sina lokaler, bemanning, omhändertagande/arbetsätt och hemgång.

Bakgrunds- område	Lund	Malmö	Växjö	Varberg	Örebro
Lokaler	Upplevs till den nuvarande belastningen som för små. Trots god överblick av patienter blir det ofta stressigt då antalet patienter ökar. God överblick även i 3 av 4 väntrum. Information till patienter finns på en TV i väntrummet och ges för övrigt med broschyrer och muntlig info.	Lokalerna inkluderande väntrummet, yttre och inre, dimensionerades egentligen för en dubbelt så stor patientmängd varför de upplevs som goda. Information ges till patienter med hjälp av i första hand broschyrer och muntlig information.	Lokalerna är nyrenoverade och utökades 2011. Det finns ett stort väntrum som övervakas av 2 kameror samt att sekreteraren har god insyn i väntrummet. Information ges till patienter i väntrummet med hjälp av ett ständigt rullande bildspel som beskriver hur akutbesöket går till och vad som orsakar eventuell väntetid. Information ges dessutom muntligen en gång per timme, broschyrer finns.	Lokalerna är nyrenoverade 2013 och fungerar bra. Dock upplevs vissa delar av akutmottagningen som för små i relation till patientinflödet. Sekreterare har god översyn av väntrummet under hela dygnet. Information ges till patienter med hjälp av en TV-skärm, broschyrer och muntlig information.	Ombyggnation av lokalerna har pågått i 2 år och är fortsatt ej färdigt. Det finns tre väntrum för vuxna som övervakas av varsin kamera. Information ges till patienter i väntrummet med hjälp av en TV med ständigt rullande information. Övrig information muntlig vid behov. Ingen aktuell väntetidsinformation finns. Broschyrer finns.
Bemanning	Akutmottagningens bemanning är anpassad till variationerna i det dagliga flödet av patienter, det vill säga högre på eftermiddag och kväll alla dagar i veckan. På dagtid finns tre team som bemannas av akutmottagare och ytterligare ett "ortoped-team". Till detta tillkommer läkare från övriga specialiteter. Patienterna fördelas in på teamen för en så jämn arbetsfördelning som möjligt. Övriga specialistläkare till exempel kirurgiläkare rör sig mellan teamen vid behov. Läkarbemanningen nattid stöds med hjälp av hyrläkare.	Bemanningen är anpassad till patientinflödet men det skulle behövas fler läkare kvällstid men på grund av läkarbrist går det ej att bemanna upp. Läkarteamen är uppdelade i specialiteter, två team för internmedicin, ett team för kirurgi, ett team för ortopedi inkluderande täckandet av övervakningsplatserna och ambulans triaget. Bemanningen i teamen skiftar under dygnet och skiljer sig en del i hur personalkategorierna är fördelade. Under dagtid och till viss del kvällar bemannas teamen med akutmottagare tillsammans med läkare för de olika specialiteterna. På kirurgen respektive medicin finns det flödesansvarig överläkare som har överblick över alla patienter, delaktiga i planeringen av patienterna och är beslutsstöd för underläkarna.	Bemanningen är anpassad till patientinflödet. Ytterligare anpassning kan medföra mera obekvämt arbetstid och att medarbetare slutar. Sjuksköterskor och undersköterskor samarbetar i sektionlösa team medan läkarna arbetar utifrån sin egen respektive klinik. Det finns en ledningsansvarig sjuksköterska som samordnar och operativt leder arbetet.	Bemanningen är till en del anpassad efter patientinflödet med högre bemanning på sjuksköterskesidan från klockan 11-23. Dock med mindre bemanning på helger. En högre bemanning eftermiddag och kväll vore önskvärd speciellt på helger. Under våren har akutmottagare bemannat medicin sidan till klockan 13 då förstärkning från medicin kliniken anlät. Teamen består då av 2 sjuksköterskor 1 undersköterska 1 akutmottagare på medicin 1 sjuksköterska 1 undersköterska och 1 yngre läkare på ort och kir sidan. Även här finns en akutmottagare. Ytterligare en akutmottagare finns i tjänst 8-17 tillhörande triaget. Klockan 1-19 finns en van sköterska som koordinator (dock inte helger). Bakjourer finns i huset. Patienterna följer klinikillhörighet och akutmottagarna tar patienter efter	Bemanningen är anpassad till patientinflödet per dag och tid. Traditionella grundspecialiteter (medicin, kirurgi, urologi, barnmedicin, neurologi dygnet runt, infektion, ortopedi, Öron-Näsa-Hals jourtid) är representerade på akuten och därtill finns akutmottagare som arbetar övergripande inom alla specialiteter. Akutmottagarna arbetar dagpass, kvällspass och helgdagpass. Akutmottagarna hanterar i dagsläget patienter från medicin, kirurgi, urologi, neurologi, infektion och ortopedi. Akutmottagarna har inskrivningsrätt på samtliga vårdavdelningar. I praktiken sker detta ofta efter avstämning med relevant jour. Man tillämpar också i hög grad "korsvis" inskrivningar, där icke-akutmottagare skriver in på andra klinikers avdelningar efter kontakt med relevant jour, i syfte att undvika

Tabell 2. Akutmottagningarnas egna beskrivningar av sina lokaler, bemanning, omhändertagande/arbetsätt och hemgång.

Bakgrunds- område	Lund	Malmö	Växjö	Varberg	Örebro
				<p>prioritering. Nattetid finns en primärjour och en husjour på medicin och kirurgklinikerna. Omhändertagande: Dag och kväll tar patient en nummerlapp (val finns för akuta andningsbesvär/bröstsmärta). De kallas in av en triage sjuksköterska och registreras samtidigt av sekreterare. Nattetid anmäler patienten sig i luckan och sekreteraren meddelar sjuksköterska att patient kommit (sökning via telefon). Andel inlagda patienter får inte längre ut ur ekonomisystemen. Vårdplatskoordinator finns 7:30–21.00 måndagar, torsdagar och söndagar mellan 12-21. Denne fördelar patienterna på lediga vårdplatser. Pat rapporteras muntligt av sjuksköterska.</p>	<p>överremittering. Teamarbete (läkare, två sjuksköterskor, undersköterska) i samband med omhändertagande av larmpatienter. Vi bedriver därutöver specialistläkarledd teamtriagering avseende medicinpatienter klockan 10.00–18.30 vardagar. I övrigt "traditionellt" upplägg där läkarkollektivet arbetar tillsammans med sjuksköterskekollektivet, utan egentlig teamindelning. Barn och Öron-Näsa-Hals är de kliniker som inte har AT-läkare på sin primärjour. Övriga jourlinjer har AT/ST-läkare som primärjour. Kompetensen är inte statisk utan varierar dag från dag. Tyvärr gå det inte att specificera exakt kompetens/dag och jourlinje.</p>
Omhänder- tagande/ arbetsätt	<p>Patienter erhåller en nummerlapp och blir sedan uppropade till luckan där triage sker i samband med anmälan. Som mål finns att färdigbehandla de flesta tillstånd och undvika onödig slutenvård, ungefär 75 % av patienterna skickas hem. Till sin hjälp startade man under våren 2015 en speciell CDU (Clinical Decision Unit)-enhet med 6 övervakningsplatser avsedda för patienter med tillstånd såsom bröstsmärta där troponinserie ska följas, allergiska reaktioner,</p>	<p>Patienten tar nummerlapp och väntar sedan på pre-triage som sker i en lucka. På kvällstid kan patienterna själva välja att ta nummerlapp till kvällsöppen primärvård som finns i direkt angränsande lokaler. Många patienter tar lappar till båda i tron att det kommer att gå fortare då. I luckan registreras patienten och visas sedan in i inre väntrum i väntan på inre triage och på respektive specialitet, alternativt hänvisas</p>	<p>Patienterna tar en nummerlapp när man anländer. Den finns i en lucka i väntrummet där en sekreterare finns tillgänglig för frågor men det är ingen anmälningslucka. Luckan är alltid bemannad. Grunden i det sektionslösa arbetssättet är att teamet (undersköterska och sjuksköterska) ska triagera patienten och därefter vårda patienten under hela besöket på akutmottagningen. Under triage görs allt klart inför</p>	<p>Det är stor brist på slutenvårdsplatser vilket gör att många patienter färdigbehandlas på akutmottagningen för att undvika inläggning. Detta märks tydligt på ökade handläggningstider och minskad inläggningsfrekvens. Resurserna på AKM (akutmottagning) är dock inte dimensionerade för detta. En AVA (akutvårdsavdelning) med 5-6 platser finns tillhörande medicinkliniken.</p>	<p>Patienterna anmäler sig i en lucka och blir föremål för en yttre (sjuksköterska) och inre triage (sjuksköterska, undersköterska). I pretriagen försöker vi fånga de som är svårast sjuka alt. få blå triage. Alla barn går via vuxenakuten och registreras men triageras och omhändertas på barnakuten. Röda barnpatienter handläggs ute på vuxenakuten med en barn sjuksköterska och "vuxen" sjuksköterska. Där fångar vi ev.</p>

Tabell 2. Akutmottagningarnas egna beskrivningar av sina lokaler, bemanning, omhändertagande/arbetsätt och hemgång.

Bakgrunds- område	Lund	Malmö	Växjö	Varberg	Örebro
	<p>intoxikationsövervakningar, övervakning efter konvertering, patienter med DVT (Djup ven trombos), commotio-observationer. Specialist läkare har på AKM (akutmottagning) rätt att skriva in patienten på AVA (akutvårdsavdelning) men ingen utskrivningsrätt. Vårdplatserna ses över kontinuerligt och anpassas till inflödet av patienter. Överförandet av patienter till slutenvården sker ej friktionsfritt trots upparbetade rutiner. En anledning kan vara att klinikegna vårdplatser inte räcker till för de stora klinikerna och att därför de akuta patienterna hamnar i kläm med inliggande.</p>	<p>till annan vårdgivare. Som mål finns att färdigbehandlade flesta tillstånd och undvika onödigt slutenvård, ungefär 75 % av patienterna skickas hem. Samband mellan effektivare beslutstagande och fler specialistkompetenta läkare ses och prioriteras. Specialistläkare har inskrivningsrätt på AVA (akutvårdsavdelning). Vårdplatserna ses över kontinuerligt och anpassas till inflödet av patienter. Överförandet av patienter till slutenvården sker ej friktionsfritt trots upparbetade rutiner. En anledning kan vara att klinikegna vårdplatser inte räcker till för de stora klinikerna och att därför de akuta patienterna hamnar i kläm med inliggande. Geriatriken har endast en vårdavdelning och omfattas också av det akuta inflödet.</p>	<p>läkarundersökningen. Sjuksköterska skriver röntgenremiss vid misstanke om skelettskada i extremiteter. Teamet följer nu sina patienter från det de anländer till dess de lämnar AKM (akutmottagning). Enligt lokal överenskommelsen kring akutvårdsgarantin ska ungefär 90 % av besöken färdigbehandlas. Ungefär cirka 10 % av besöken är betjänta av att besöket tar längre tid för att patienten ska kunna åka hem. Detta innebär att en del patienter har handläggningstider på 6-8 timmar för att hinna med exempelvis dubbla radiologiundersökningar. Dagtid vardagar finns sjukgymnast att tillgå som kan slutbehandla patienter. Läkarna har in och utskrivningsrätt på AVA (akutvårdsavdelning). Utskrivningar från sjukhuset anpassas i möjligaste mån till morgondagen och det fungerar bra för AVA men sämre för övriga avdelningar. Det finns dagtid vardagar beläggningskoordinatorer som planerar in de akuta patienterna till respektive avdelning. Kvälls- och helgtid övergår ansvaret till bakjourer. Ledningsansvarig sjuksköterska på akutmottagningen handlägger men har inte mandat att besluta. Detta fungerar bra dagtid vardagar men med stor variation och</p>	<p>Fram till mars månad 2015 har dessa enkelrum med egen toalett mestadels utnyttjas till patienter med befarad smitta (mag-tarm). Patienter med förmodad commotio vårdas också här. Ingen monitorering möjlig. Platserna har i första hand varit avsedda för 24 timmar vård. Akutläkarna har full inläggningsrätt på HSV. Rondning sker av respektive kliniks hus eller dagbakjour. För inskrivning på exempelvis öron och infektion måste kontakt tas med respektive bakjour. Geriatrisk klinik finns ej.</p>	<p>patient med smitta vilket är av vikt för det fortsatta flödet/omhändertagandet. Pat. registreras av sekreterare för att sedan handläggas av triage-teamen. Om möjlighet ges så har vi våra akutläkare i triagen för att få en snabbare bedömning. Pre-triagen är alltid bemannad med en sjuksköterska. Vid högt flöde kan vi öppna en pre-triage/lucka till. Läkarna har in men ej utskrivningsrätt på AVA (akutvårdsavdelning). Utskrivningar från sjukhuset anpassas i möjligaste mån till morgondagen (förmiddag, eftermiddag). Det finns vårdkoordinatorer på alla tre sjukhusen. De har koll på vårdplatssituationen och ordnar fram en vårdplats. Läkaren överrapporterar till sjuksköterska på avd. sjuksköterska på station/disk ordnar transport alt går själv med patient till avdelningen beroende på triagefärg. På de olika stationerna arbetar sjuksköterska/undersköterska med respektive jourlinje. Vi försöker även markera ut vilka sjuksköterska om är akut/trauma personal på respektive pass. Det finns en sjukhusövergripande samverkansgrupp för akuta patientflöden där övriga kliniker liksom akutmottagningen är</p>

Tabell 2. Akutmottagningarnas egna beskrivningar av sina lokaler, bemanning, omhändertagande/arbetsätt och hemgång.

Bakgrunds- område	Lund	Malmö	Växjö	Varberg	Örebro
			ganska ofta bristfälligt på jourtid. Samarbetet med övriga kliniker fungerar bra, särskilt med medicinkliniken. Övriga kliniker är kontakten mestadels på verksamhetschefs nivå.		representerade. Det hålls även regelbundna möten med respektive klinik som bedriver sin akuta verksamhet på akutmottagningen.
Hemgång	<p>Patienter skickas hem alla tider på dygnet, för de patienter som ska tillbaka till ett SäBo (särskilda boendeformer) eller liknande lämnas ett skriftligt meddelande till en distriktssköterska men den här rutinen fungerar ej fullt ut då man arbetar mot tio kommuner. Har patienten kontakt med hemsjukvård tas kontakt med dem via telefon. Patienten erhåller muntlig information vid hemgång och vid behov även skriftlig.</p>	<p>Patienter skickas hem alla tider på dygnet, för de patienter som ska tillbaka till ett SäBo (särskilda boendeformer) eller liknande rings ansvariga distriktssköterska upp och information förmedlas, men den här rutinen fungerar ej fullt ut då man på jourtid har svårt att få tag på ansvarig sköterska. Har patienten kontakt med hemsjukvård tas kontakt med dem via telefon. Patienten erhåller muntlig information vid hemgång och vid behov även skriftlig.</p>	<p>Inget tydligt samarbete med SäBo (särskilda boendeformer). Patient kan även bli utskriven från AVA till SäBo utan att vårdplaneras. Eventuell överrapportering sker muntligt. I övrigt är det mycket upp till person på respektive servicehus hur man hanterar emottagande av patienter. Patienten erhåller muntlig information vid hemgång och vid behov även skriftlig. Läkarna skriver vid behov utskrivningsmeddelande.</p>	<p>Pat skickas hem hela dygnet från mottagningen. Kommunikation med kommunens sjuksköterska och vårdboenden sker via skriftligt meddelande i Meddix och telefonkontakt sjuksköterska-sjuksköterska</p>	<p>Patienterna kan inte bli hemskrivna från avdelningen över dygnets alla timmar, det finns en planering kring samverkansprojekt med geriatriken. Inget tydligt samarbete med SäBo (särskilda boendeformer). Patienten erhåller muntlig information vid hemgång och vid behov även skriftlig. Vi skriver ut patienten oavsett tid på dygnet från akuten. För patienter som finns i den kommunala omsorgen har vi ett elektroniskt överrapporteringssystem Meddix där läkaren skriver vilken medicinsk behandling som getts på akuten samt att vi får information om anledning till besöket. Sjuksköterska ringer till kommunsjuksköterska/hemtjänst och meddelar att pat. får återgå till hemmet/boendet samt ordnar sjuktransport hem. Väntan på sjuktransport kan vara allt mellan 30 min upp till 2 h. Vi har samma problem som Malmö med att kunna nå sjuksköterska inom kommunen nattetid.</p>

Tabell 3. Antal patienter som besökte respektive akutmottagning*.

Akutmottagning	Kön och åldersgrupp	Antal patienter
Malmö	Kvinnor	10 291
	17 år och yngre	1 094
	18-29 år	1 592
	30-59 år	3 336
	60-79 år	2 548
	80 år och äldre	1 721
	Män	10 303
	17 år och yngre	1 462
	18-29 år	1 663
	30-59 år	3 451
	60-79 år	2 602
	80 år och äldre	1 125
	Totalsumma	20 594
Lund	Kvinnor	8 315
	17 år och yngre	749
	18-29 år	1 425
	30-59 år	2 731
	60-79 år	2 175
	80 år och äldre	1 235
	Män	7 974
	17 år och yngre	904
	18-29 år	1 285
	30-59 år	2 610
	60-79 år	2 336
	80 år och äldre	839
	Totalsumma	16 289
Örebro	Kvinnor	6 545
	17 år och yngre	1 385
	18-29 år	971
	30-59 år	1 728
	60-79 år	1 527
	80 år och äldre	934
	Män	6 450
	17 år och yngre	1 547
	18-29 år	900
	30-59 år	1 714
	60-79 år	1 638
	80 år och äldre	651
	Totalsumma	12 995
Varberg	Kvinnor	4 838
	17 år och yngre	847
	18-29 år	640
	30-59 år	1 290
	60-79 år	1 246
	80 år och äldre	815
	Män	5 028
	17 år och yngre	1 040
	18-29 år	642
	30-59 år	1 228
	60-79 år	1 463
	80 år och äldre	655
	Totalsumma	9 866
Växjö	Kvinnor	3 717
	17 år och yngre	343
	18-29 år	622
	30-59 år	1 047
	60-79 år	1 012
	80 år och äldre	693
	Män	3 659
	17 år och yngre	429
	18-29 år	491
	30-59 år	1 092
	60-79 år	1 127
	80 år och äldre	520
	Totalsumma	7 376

* Antal patienter som besökt respektive akutmottagning under perioden 2015-04-01 till och med 2015-06-30.

Källa: Respektive akutmottagnings patientadministrativa system.

Bilaga 2. Filspecifikation

Kartläggning och analys av akutmottagningars patientflöden

Uppgifter om patienter som under tiden 2015-04-01–2015-06-30 besökt akutmottagningarna.

Tabell 4. Fil med variabler/uppgifter från patientadministrativt system alternativt journalsystem.

Uppgift	Beskrivning
Personnummer	Om personnummer inte finns, får det ersättas med samordningsnummer eller reservnummer.
Mångbesökare	1 = ja Mångbesökare: ≥ 4 besök under de 12 månader som föregått det aktuella besöket. Planerade återbesök exkluderas. Alternativ är att överföra en separat fil för tiden 2014-04-01 – 2015-06-30 innehållande endast personnummer, ankomsttidpunkt och avslutstidpunkt för de patienter som besökt akutmottagningen under insamlingsperioden.
Kontaktsätt	1 = Egeninitierat besök 2 = Hänvisad – remiss från PV 3 = Hänvisad – muntligen efter rådgivning/kontakt med PV 4 = Hänvisad – remiss från annan klinik 5 = Hänvisad från social omsorg 6 = Hänvisad efter rådgivning av 1177 7 = Hänvisad efter rådgivning av SOS 8 = Hänvisad efter rådgivning av annan 9 = Hänvisad/införd av polis 10 = Hänvisad av annan
Ambulans	1 = ja
Första klinik/specialitet	Specialitetens första 3 bokstäver. T.ex.: KIR
Första klinik: Kontaktansvarig läkare	Namn på kontaktansvarig läkare
Första klinik: Handlagd av kategori/kompetens	<ul style="list-style-type: none"> • ATEL (AT ej legitimerad) • ATL (AT legitimerad) • ST • SPEC • AKUT
Sista klinik/specialitet	Specialitetens första 3 bokstäver. T.ex.: KIR
Antal klinikkontakter under besöket	Avser kontakter som journalförts
Besöksorsak	Text eller läsbar kod från register
Diagnos	ICD-10 SE. Diagnoskod alternativt Symtomdiagnoskod (enligt kapitel R)
Triagefärg	Första triageringen efter ankomst till akutmottagningen eller övertagen triagering från ambulans. Avser ej omtriagering som sker senare under vistelsen på AKM. Röd, Orange, Gul, Grön, Blå
Ankomsttidpunkt till akutmottagning	Tidpunkt när en person fysiskt anländer till akutmottagningen
Triagetidpunkt	Tidpunkt för första triagering efter ankomst till akutmottagningen eller övertagen triagering från

Tabell 4. Fil med variabler/uppgifter från patientadministrativt system alternativt journalsystem.

Uppgift	Beskrivning
	ambulans. Avser inte omtriagering som sker senare under vistelsen på AKM.
Läkarbedömningstidpunkt	Tidpunkt när läkare utreder patienten för första gången och gör en bedömning som ligger till grund för den fortsatta undersökningen eller behandlingen.
Medicinskt färdigbehandlad tidpunkt	Avser tidpunkt när akutmottagningens undersökning/behandling är avslutad och patienten anses klar att gå hem eller skrivas in i slutenvård
Avslutstidpunkt för besök på akutmottagning	Tidpunkt när patienten fysiskt lämnar den sjukhusbundna akutmottagningen.
Avslutssätt	1 = Hem 2 = Inskriven i slutenvård 3 = Överförd till annan vårdinrättning 4 = Avliden
Avvikit på eget initiativ	1 = ja Oavsett när i processen patienten avviker
Utskrivning från AVA	Anges även i de fall patienten överförs till ordinär vårdavdelning
Utskrivning från vårdavdelning	
Prov skickat	Första prov
Provsvar meddelat	Första prov
Röntgenremiss skickad	Första röntgen
Röntgenremissvar meddelat	Första röntgen

Tabell 5. Fil med besöksdatum 15 mån för bestämning av mångbesökare.

Uppgift	Beskrivning
Personnummer	Om personnummer inte finns, får det ersättas med samordningsnummer eller reservnummer.
Ankomsttidpunkt till akutmottagning	Tidpunkt när en person fysiskt anländer till akutmottagningen
Avslutstidpunkt för besök på akutmottagning	Tidpunkt när patienten fysiskt lämnar den sjukhusbundna akutmottagningen.

Tabell 6. Fil med uppgifter från manuell insamling av patientdata.

Uppgift	Beskrivning
Personnummer	Om personnummer inte finns, får det ersättas med samordningsnummer eller reservnummer.
Besöksdatum	
Kontaktsätt	1 = Egeninitierat besök 2 = Hänvisad – remiss från PV 3 = Hänvisad – muntligen efter rådgivning/kontakt med PV 4 = Hänvisad – remiss från annan klinik 5 = Hänvisad från social omsorg 6 = Hänvisad efter rådgivning av 1177 7 = Hänvisad efter rådgivning av SOS 8 = Hänvisad efter rådgivning av annan 9 = Hänvisad/införd av polis 10 = Hänvisad av annan
Ambulans	1 = ja

Tabell 7. Fil med beläggningsuppgifter.

Sjukhus	Avd/Specialitet	Datum	Disp vpl	Antal pat	Beläggning
---------	-----------------	-------	----------	-----------	------------

Tabell 8. Fil med bakgrundsdata besvarade av akutmottagningarna.

Lokalyta (m ²) (exkl ambulanshall)
Anser ni att era lokaler är ändamålsenliga?
Väntrum: patientsäkerhet/överblickbarhet?
Antal behandlingsplatser fördelat på <ul style="list-style-type: none"> a) akutrum b) behandlingsrum c) övervakningsplatser
Hur sker information till väntande patient avseende: frekvens, orsak, beräknad väntetid, muntlig info, whiteboard, ljustavla etc
Bemanning på AKM <ul style="list-style-type: none"> a) Anställda årsarbetare/kategori(Läk, Ss, Us) b) Tjänstgöring på AKM för läkare (tim/dygn, andel av dygn?) c) Personalomsättning
Hur är bemanningen anpassad till patientinflödet?
Uppdelning mellan specialiteter/sektioner <ul style="list-style-type: none"> • Personalmässigt och lokalmässigt (vårdlag samlokaliserade?)
Snabbspår (direktinskrivning, direkt till behandling) där patienten passerar akutmottagningen <ul style="list-style-type: none"> a) Vilka patientgrupper? b) Antal patienter?
Streaming. Patienten handläggs inom akutmottagningen. <ul style="list-style-type: none"> a) Vilka patientgrupper? b) Antal patienter? (Finns möjlighet att markera patient i PAS-filen?)
System för patientanmälan: Nummerlapp/Lucka?
Initialbedömning yttre triage/pretriage <ul style="list-style-type: none"> • Bemanning/kompetens • Tidsåtgång
Triage <ul style="list-style-type: none"> a) Bemanning/kompetens b) Tidsåtgång c) Provtagning?
Snabbprover/KemLab (Vilka möjligheter finns att mäta på akuten)
Bilddiagnostik (finns röntgenutrustning på akutmottagningen eller skickas patienten till röntgenavdelning?)
Fyslab/U-Jud (finns utrustning på akutmottagningen eller skickas patienten till fys.lab?)

Tabell 8. Fil med bakgrundsdata besvarade av akutmottagningarna.

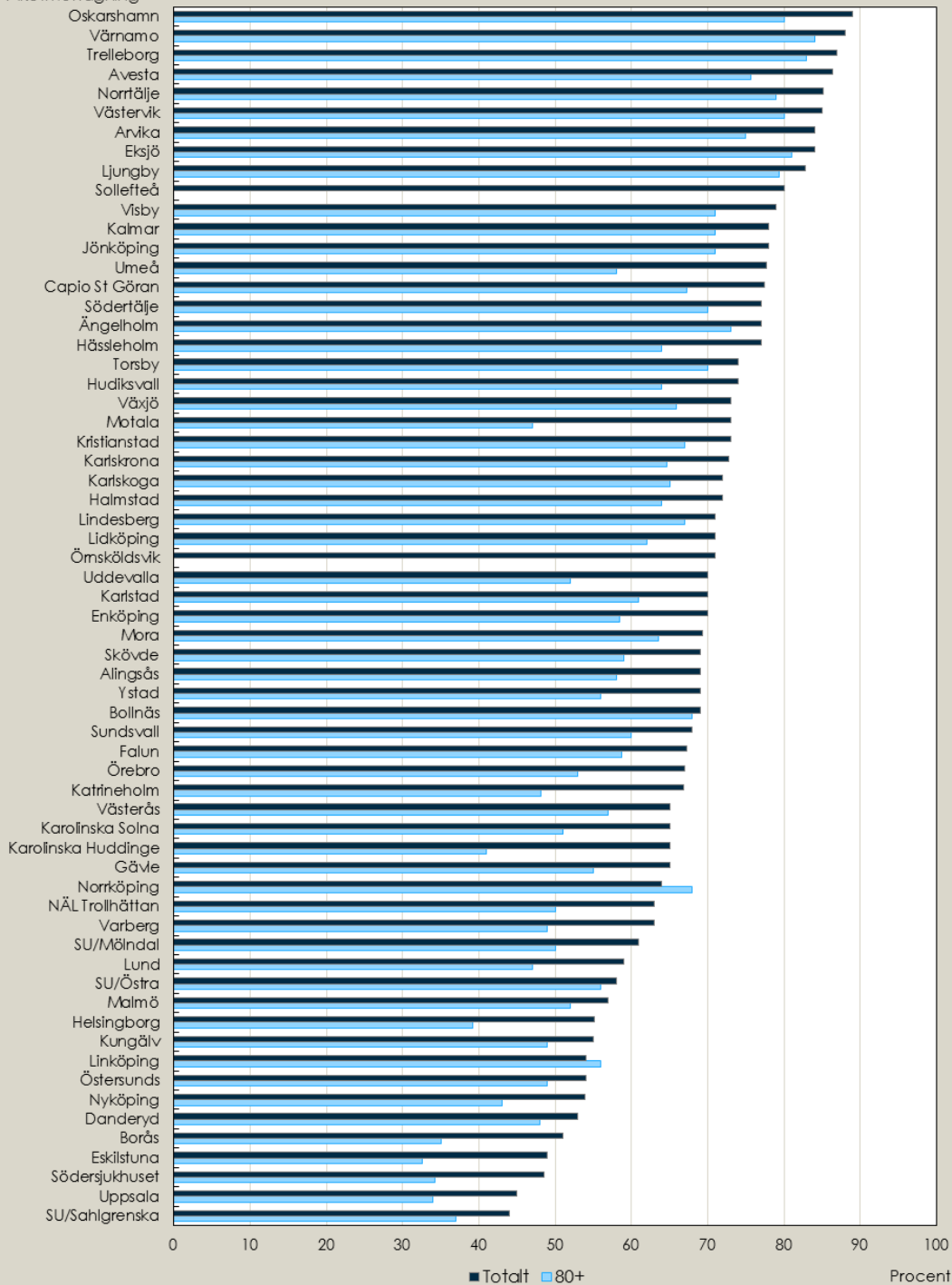
Dimensionering av behandlingsresurser (för att möta krav på ökad "färdigbehandling" i stället för inskrivning i slutenvård)
Dito för behandlingslokaler a) Övervakningsrum/platser b) Behandlingsrum
AVA: Antal vårdplatser
AVA: In- och utskrivningsrätt för AKM?
Anpassning av utskrivningsrutiner/tider från vårdavd (fm/em/kväll) (så att vårdplatser frigörs tidigare på dagen)
Finns upparbetat samarbete med SocOmsorg för SäBo-patienter och även andra (vilket bl.a. kan göra det möjligt att skicka hem patient över dygnets timmar)
Vilken information får enskilde/anhörig med sig hem om sitt tillstånd och fortsatta behandling?
Hur sker informationsöverföringen till mottagande vård/omsorgsorganisation?
Hur ser slutenvårdens löpande anpassning/planering av lediga vårdplatser för akuta patienter ut?
Beskriv samarbetet med stora inskrivningskliniker a) Internmedicin b) Kirurgen c) Geriatriska
Antal vårdplatser totalt vid sjukhuset (akutbeläggningsbara)
Antal innevånare i upptagningsområdet

Bilaga 3. Total vistelsetid och Tid till läkare 2010-2015

Figur 5. Total vistelsetid inom 4 timmar första halvåret 2015

Andel besök med en total vistelsetid ≤ 4 timmar. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80+ vid 63 akutmottagningar.

Akutmottagning



Data saknas från Karlshamn, Lycksele, Skellefteå, Gällivare, Kalix, Kiruna, Piteå, Sunderby.
Data för 80+ saknas för Sollefteå, Ömsköldsvik.

Källa: Socialstyrelsen

Tabell 9. Total vistelsetid (minuter). Förändring av medianvistelsetid mellan 2010 och 2015.

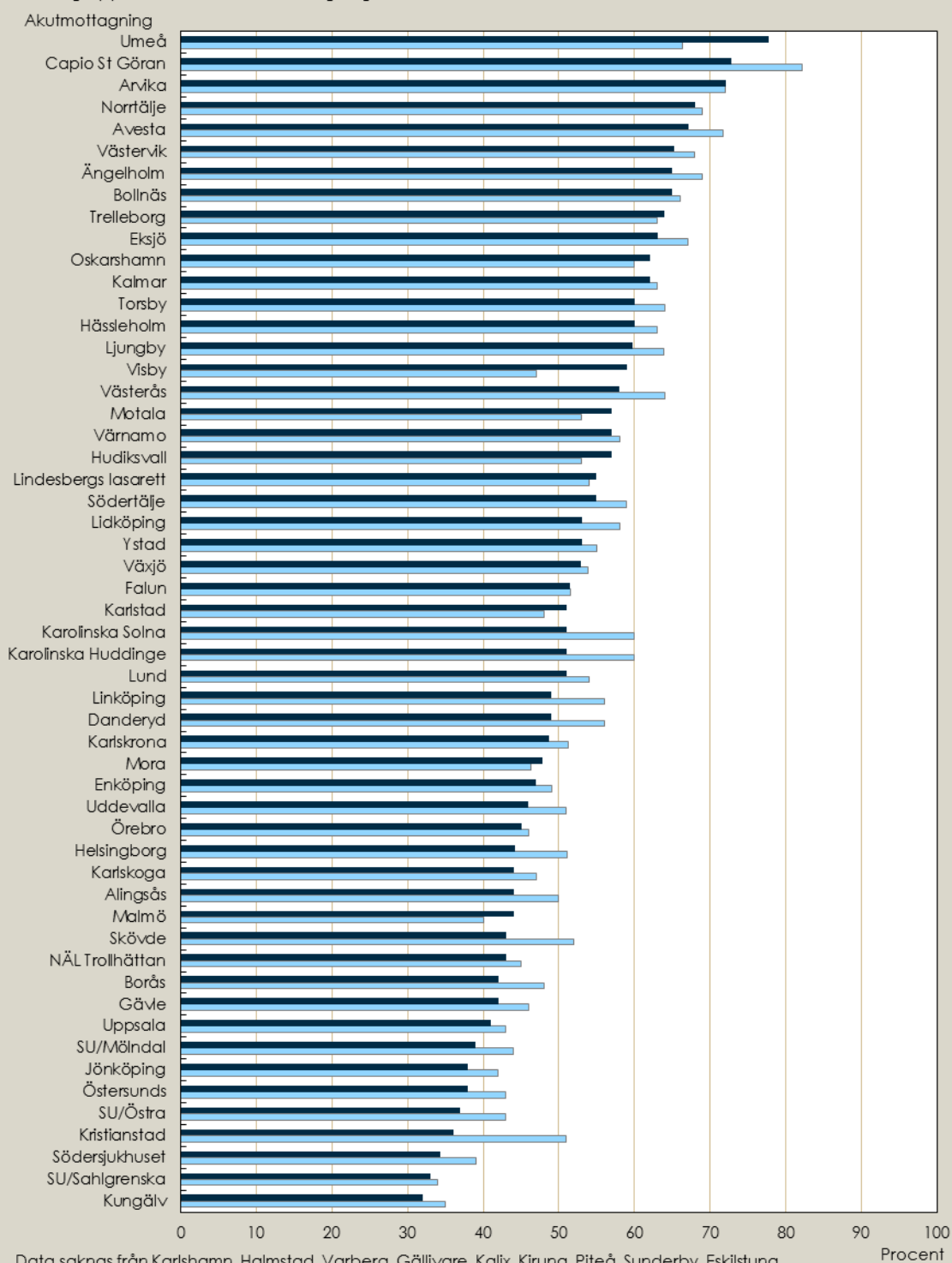
Akutmottagning	2010	2013	2013 80+	2014	2014 80+	2015	2015 80+
Alingsås		168	207	175	215	173	214
Arvika		150	175	139	162	134	162
Avesta	88	108	146	116	150	122	159
Bollnäs		174	243	128	184	171	182
Borås		233	295	233	291	228	298
Capio S:t Göran	128	201	232	162	190	167	195
Danderyd	158	199	225	207	233	230	262
Eksjö		128	141	134	134	145	151
Enköping		170	206	166	206	173	213
Eskilstuna						227	305
Falun	151	179	188	176	200	186	214
Gällivare	32	116	143	141	186		
Gävle	193	171	204	177	212	189	223
Halmstad	144	196		176	215	164	188
Helsingborg	148	159	236	196	241	221	288
Hudiksvall	153	154	197	155	199	161	197
Hässleholm	133	154	225			151	219
Jönköping		137	168	137	159	149	175
Kalix	115	127	140	152	177		
Kalmar	149	158	165	154	182	151	176
Karlshamn							
Karlskoga	151	158	193	153	176	172	198
Karlskrona		188	192	188	198	222	228
Karlstad		174	195	163	174	164	201
Karolinska Huddinge	163	189	251	204	273	196	289
Karolinska Solna	163	178	241	203	281	208	281
Katrineholm						173	244
Kiruna	123	129	174	158	211		
Kristianstad	161	152	197	151	202	161	222
Kungälv		199	224	216	239	218	243
Lidköping	144	155	173	166	198	172	206
Lindesberg	168	194	206	160	160	175	188
Linköping				186	243	227	275
Ljungby	127	129	142	126	147	137	150
Lund	174	209	262	195	262	220	310
Lycksele	75						
Malmö	187	169	236	184	247	209	280
Mora	157	174	189	167	188	178	195
Motala				155	197	165	206
Norrköping				177	213	193	239
Norrtälje	140	148	177	145	170	141	168
Nyköping						225	268
Oskarshamn		122	161	110	141	120	158
Piteå	115	128	131	142	154		
Sahlgrenska		260	288	242	271	248	295
Skellefteå							
Skövde	158	158	184	170	196	182	215
Sollefteå	105					118	
SU/Möndal		209	248	217	260	191	239

Tabell 9. Total vistelsetid (minuter). Förändring av medianvistelsetid mellan 2010 och 2015.

Akuttagning	2010	2013	2013 80+	2014	2014 80+	2015	2015 80+
SU/Östra		216	238	205	232	190	215
Sunderby	128	137	166	164	218		
Sundsvall		128	169	105		180	212
Södersjukhuset	182	228	282	248	304	247	307
Södertälje	171	171	194	159	192	159	186
Torsby		144	159	155	171	159	170
Trelleborg	120	127	180			117	157
Trollhättan		196	224	206	239	188	239
Uddevalla		158	223	177	248	156	229
Umeå	135						
Uppsala		221	258	254	292	261	305
Varberg	160					197	240
Visby	165	145	169	173	198	145	178
Värnamo		132	143	129	146	132	156
Västervik		121	126	134	144	135	152
Västerås	186	187	218	214	214	192	217
Växjö	164	160	180	153	168	173	201
Ystad	142	164	205	174	226	181	242
Ängelholm	218	140	179	153	197	162	198
Örebro	153	162	187	156	156	180	229
Örnsköldsvik						177	
Östersund	182	192	219	181	207	201	235

Figur 9. Tid till läkare inom 1 timme första halvåret 2015

Andel besök med en väntetid till första läkarbedömning < 1 timme. Jämförelse mellan samtliga och åldersgruppen 80+ vid 54 akutmottagningar.



Data saknas från Karlshamn, Halmstad, Varberg, Gällivare, Kalix, Kiruna, Piteå, Sunderby, Eskilstuna, Katrineholm, Nyköping, Lycksele, Skellefteå, Sollefteå, Sundsvall, Örnsköldsvik, Norrköping.

Källa: Socialstyrelsen

■ Totalt ■ 80+

Tabell 10. Tid till läkarbedömning (minuter). Förändring av mediantid till läkarbedömning mellan 2010 och 2015.

Akutmottagning	2010	2013	2013 80+	2014	2014 80+	2015	2015 80+
Alingsås		65	57	74	68	71	62
Arvika		43	42	36	38	34	35
Avesta	31	36	32	40	34	36	31
Bollnäs		20	25	33	34	33	35
Borås		68	51	74	59	77	66
Capio S:t Göran	35	42	31	24	17	28	19
Danderyd	55	61	55	57	51	60	52
Eksjö						40	37
Enköping		71	76	56	56	54	55
Eskilstuna							
Falun	49	62	57	61	61	57	57
Gällivare	32	22	28	27	33		
Gävle		45	45	49	55	58	63
Halmstad							
Helsingborg	50	58	48	59	48	67	55
Hudiksvall		48	48	33	50	36	50
Hässleholm	45	53	60			48	
Jönköping						61	65
Kalix	23	22	19	23	24		
Kalmar		54	51	47	46	43	41
Karlshamn							
Karlskoga	57	64	58	66	55	70	67
Karlskrona		63	63	59	63	58	69
Karlstad		74	69	71	65	58	64
Karolinska Huddinge	49	54	40	56	45	58	51
Karolinska Solna	49	52	53	66	68	63	64
Katrineholm							
Kiruna	27	27	30	30	29		
Kristianstad	86	89	76	87	73	86	72
Kungälv		88	89	99	93	100	99
Lidköping	41	44	43	50	48	57	52
Lindesberg	62	70	78	48	47	53	55
Linköping						61	44
Ljungby	16	43	45	43	45	45	40
Lund	63	84	74	55	52	61	53
Lycksele							
Malmö	94	77	77	61	71	84	83
Mora	61	67	73	59	63	63	66
Norrköping							
Motala						55	47
Norrköping	45	43	43	42	40	38	36
Nyköping							
Oskarshamn		49	51	42	35	33	40
Piteå	23	20	19	25	28		
Sahlgrenska		113	106	97	96	109	100
Skellefteå							
Skövde	58	59	51	69	56	77	62
Sollefteå			-			36	

Tabell 10. Tid till läkarbedömning (minuter). Förändring av mediantid till läkarbedömning mellan 2010 och 2015.

Akutmottagning	2010	2013	2013 80+	2014	2014 80+	2015	2015 80+
SU/Mölnadal		74	63	82	72	84	73
SU/Östra		90	79	84	71	95	76
Sunderby	36	37	38	42	41		
Sundsvall		70		45		59	
Södersjukhuset	71	104	93	113	103	91	84
Södertälje	67	51	44	55	50	49	42
Torsby		46	50	48	46	46	41
Trelleborg	54	54	56			45	45
Trollhättan		70	66	77	72	74	72
Uddevalla		64	60	82	74	70	59
Umeå	30						
Uppsala		65	68	92	89	73	71
Varberg							
Visby	58	41	36	65	62	49	47
Värnamo						45	46
Västervik		42	40	42	39	43	40
Västerås	56	47	42	49	63	48	41
Växjö	58	56	56	47	45	52	51
Ystad	54	53	43	64	55	58	52
Ängelholm	51	41	43	41	43	42	42
Örebro	59	60	55	62	62	67	67
Örnsköldsvik						46	
Östersund	65	74	61	73	66	87	74

Tabell 11. Antal akutbesök¹ per akutmottagning och landsting.

Landsting/Region	Akutmottagning	Antal besök helår 2013	Antal besök helår 2014	Antal besök helår 2015			
Blekinge	Karlshamn	10 846	40 374	10 986	41 722	11 218	43 262
	Karlskrona	29 528		30 736		32 044	
Dalarna	Avesta	19 112	85 992	17 830	87 676	17 472	88 832
	Falun	45 884		47 864		47 632	
	Mora	20 996		21 982		23 728	
Gotland	Visby	19 980	19 980	20 032	20 032	21 584	21 584
Gävleborg	Bollnäs	5 624	72 750	14 440	80 622	6 816	77 284
	Gävle	42 740		43 760		47 324	
	Hudiksvall	24 386		22 422		23 144	
Halland	Halmstad	76 086	76 086	76 142	76 142	41 600	78 176
	Varberg					36 576	
Jämtland	Östersund	32 562	32 562	34 348	34 348	30 178	30 178
Jönköping	Eksjö	22 084	80 184	20 608	89 466	20 478	93 284
	Ryhov	40 064		51 246		54 904	
	Värnamo	18 036		17 612		17 902	
Kalmar	Kalmar	35 800	68 830	36 380	71 420	28 126	62 624 ²
	Oskarshamn	12 244		16 154		15 612	
	Västervik	20 786		18 886			
Kronoberg	Ljungby	11 764	42 248	11 226	41 802	11 964	44 592
	Växjö	30 484		30 576		32 628	
Norrbotten	Gällivare	9 318	65 786	9 568	65 608		65 608 ³
	Kalix	6 666		6 584			
	Kiruna	7 338		7 234			
	Piteå	10 468		11 058			
	Sunderby	31 996		31 164			
Skåne	Helsingborg	71 194	342 082	63 260	330 048 ⁴	62 716	336 488
	Hässleholm	12 674				11 788	
	Kristianstad	46 636		48 244		59 696	
	Lund	63 940		66 406		63 994	
	Malmö	85 168		78 348		82 566	
	Trelleborg	19 048				13 392	
	Ystad	27 492		27 636		28 120	
	Ängelholm	15 930		14 432		14 216	
Stockholm	Capio S:t Göran	77 690	489 856	76 904	487 160	82 932	522 206
	Danderyd	81 750		77 978		84 192	
	Karolinska Huddinge	80 002		82 484		103 464	
	Karolinska Solna	80 350		81 780		80 538	
	Norrtälje	24 754		24 546		25 414	
	Södersjukhuset	111 834		108 522		109 668	
	Södertälje	33 476		34 946		35 998	
Sörmland	Eskilstuna	40 286	81 360	44 012	84 836	46 658	88 010
	Katrineholm	16 686		17 034		17 686	
	Nyköping	24 388		23 790		23 666	
Uppsala	Enköping	18 560	68 766	18 066	70 392	19 932	72 038
	Uppsala	50 206		52 326		52 106	
Värmland	Arvika	14 662	83 912	14 536	85 286	14 468	88 524
	Karlstad	54 682		56 422		58 986	
	Torsby	14 568		14 328		15 070	

Tabell 11. Antal akutbesök¹ per akutmottagning och landsting.

Landsting/Region	Akutmottagning	Antal besök helår 2013		Antal besök helår 2014		Antal besök helår 2015	
Västerbotten	Lycksele	10 016	70 380	10 232	70 590	11 104	76 922
	Skellefteå	27 114		26 140		27 014	
	Umeå	33 250		34 218		38 804	
Västernorrland	Sollefteå	12 996	67 382	13 242	70 102	14 928	76 314
	Sundsvall	39 204		40 528		44 148	
	Örnsköldsvik	15 182		16 332		17 238	
Västmanland	Västerås	56 426	56 426	56 948	56 948	61 404	61 404
Västra Götaland	Alingsås	24 914	383 432	25 968	384 360	24 840	398 884
	Borås	50 214		51 080		52 688	
	Kungälv	28 838		28 738		28 488	
	Lidköping	19 276		25 038		20 480	
	Mölnadal	41 206		37 868		45 588	
	Sahlgrenska	52 524		47 646		56 328	
	Skövde	50 316		51 160		52 594	
	SU/Östra	45 662		44 562		46 572	
	Trollhättan/NÄL	54 994		54 016		54 482	
	Uddevalla	15 488		18 284		16 824	
Örebro	Karlskoga	19 374	84 582	19 290	91 966	20 888	94 070
	Lindesberg	17 984		17 940		19 142	
	Örebro	47 224		54 736		54 040	
Östergötland	Linköping	42 702	109 392	45 072	112 876	41 084	104 614
	Motala	21 506		22 350		20 998	
	Norrköping	45 184		45 454		42 532	
RIKET			2 422 362		2 453 402		2 525 440

¹ Antal akutbesök för helår är extrapolerat från rapporterat antal för första halvåret respektive år.

² Totalsumman för Kalmar 2015 är beräknad med Västerviks besöksantal från 2014.

³ Totalsumman för Norrbotten 2015 är beräknad på besöksantalet från 2014.

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

Bilaga 4. Patient- och befolkningsstatistik

Tabell 12. Läkemedelsförskrivning¹ hos patienterna i respektive akutmottagning samt hos befolkningen i riket och respektive län².

Riket/ AKM län	Kön och åldersgrupp	Antal		0-2 läkemedel (%) ³		3-4 läkemedel (%) ³		5-9 läkemedel (%) ³		10 läkemedel eller fler (%) ³	
		Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.
Riket	Kvinnor	-	4 875 115	-	71,7	-	11,8	-	12,1	-	4,4
	17 år och yngre	-	963 929	-	96,0	-	2,9	-	1,0	-	0,1
	18-29 år	-	755 391	-	87,6	-	8,4	-	3,6	-	0,4
	30-59 år	-	1 838 005	-	77,3	-	12,1	-	8,5	-	2,1
	60-79 år	-	1 008 755	-	44,7	-	20,4	-	25,5	-	9,4
	80 år och äldre	-	309 035	-	12,1	-	18,9	-	45,9	-	24,8
	Män	-	4 872 240	-	78,7	-	9,2	-	9,4	-	2,8
	17 år och yngre	-	1 021 353	-	95,8	-	3,1	-	1,1	-	0,1
	18-29 år	-	795 880	-	94,8	-	3,7	-	1,4	-	0,1
	30-59 år	-	1 897 951	-	84,9	-	8,3	-	5,6	-	1,1
	60-79 år	-	966 683	-	47,8	-	19,7	-	24,8	-	7,6
	80 år och äldre	-	190 373	-	14,2	-	20,8	-	46,1	-	20,4
	Totalsumma	-	9 747 355	-	75,2	-	10,5	-	10,8	-	3,6
	Malmö/ Skåne	Kvinnor	10 339	648 935	47,1	72,1	12,7	11,4	21,9	12,1	18,3
17 år och yngre		1 094	128 766	95,6	96,2	2,7	2,7	1,6	1,1	0,1	0,1
18-29 år		1 592	103 100	75,3	88,8	12,5	7,6	8,9	3,3	3,3	0,4
30-59 år		3 336	244 408	54,9	77,7	15,1	11,7	18,6	8,5	11,4	2,1
60-79 år		2 548	131 517	22,9	44,0	14,8	19,9	31,0	25,9	31,3	10,2
80 år och äldre		1 769	41 144	11,8	12,1	11,4	18,8	39,5	45,8	37,4	24,7
Män		10 303	639 973	58,5	78,8	10,9	8,8	17,8	9,4	12,9	3,0
17 år och yngre		1 462	135 997	94,4	95,8	3,6	3,0	2,0	1,1	0,1	0,1
18-29 år		1 663	104 057	87,4	95,0	6,6	3,5	4,4	1,4	1,6	0,1
30-59 år		3 451	250 394	68,8	85,3	11,5	8,0	13,0	5,5	6,7	1,2
60-79 år		2 602	124 487	26,8	46,7	15,4	19,2	31,5	25,5	26,3	8,7
80 år och äldre		1 125	25 038	10,7	13,9	14,1	20,1	41,2	45,8	34,0	21,5
Totalsumma		20 642	1 288 908	52,8	75,4	11,8	10,1	19,9	10,7	15,6	3,8
Lund/ Skåne		Kvinnor	8 315	648 935	47,2	72,1	13,4	11,4	22,8	12,1	16,6
	17 år och yngre	749	128 766	94,4	96,2	4,0	2,7	1,2	1,1	0,4	0,1
	18-29 år	1 425	103 100	70,8	88,8	11,3	7,6	12,4	3,3	5,5	0,4
	30-59 år	2 731	244 408	55,7	77,7	14,9	11,7	17,1	8,5	12,3	2,1
	60-79 år	2 175	131 517	25,1	44,0	17,4	19,9	32,3	25,9	25,1	10,2
	80 år och äldre	1 235	41 144	11,5	12,1	11,2	18,8	43,6	45,8	33,7	24,7
	Män	7 974	639 973	56,7	78,8	11,3	8,8	18,7	9,4	13,3	3,0
	17 år och yngre	904	135 997	92,4	95,8	4,8	3,0	2,7	1,1	0,2	0,1
	18-29 år	1 285	104 057	88,9	95,0	5,1	3,5	5,1	1,4	0,9	0,1
	30-59 år	2 610	250 394	69,3	85,3	10,7	8,0	12,2	5,5	7,7	1,2
	60-79 år	2 336	124 487	27,3	46,7	16,5	19,2	30,7	25,5	25,6	8,7
	80 år och äldre	839	25 038	11,2	13,9	14,9	20,1	44,0	45,8	29,9	21,5
	Totalsumma	16 289	1 288 908	51,8	75,4	12,4	10,1	20,8	10,7	15,0	3,8
	Örebro/ Örebro	Kvinnor	6 545	144 260	52,3	71,3	13,1	12,1	19,8	12,2	14,8
17 år och yngre		1 385	28 257	92,1	96,3	5,1	2,6	2,2	1,0	0,6	0,1
18-29 år		971	22 502	74,6	88,0	13,5	8,2	9,7	3,4	2,3	0,4
30-59 år		1 728	52 114	55,6	77,1	15,6	12,4	16,6	8,5	12,2	2,1
60-79 år		1 527	31 624	25,0	45,9	15,7	20,8	32,1	24,1	27,2	9,2
80 år och äldre		934	9 763	8,8	12,4	15,4	19,6	42,4	46,3	33,4	23,5
Män		6 450	143 890	61,1	78,4	11,8	9,3	16,7	9,5	10,3	2,9
17 år och yngre		1 547	30 076	92,1	96,4	4,5	2,6	2,8	0,9	0,6	0,1
18-29 år		900	23 657	85,8	94,8	8,1	3,7	5,0	1,4	1,1	0,1
30-59 år		1 714	53 741	66,8	85,1	13,0	8,2	13,4	5,6	6,8	1,1

Tabell 12. Läkemedelsförskrivning¹ hos patienterna i respektive akutmottagning samt hos befolkningen i riket och respektive län².

Riket/ AKM län	Kön och åldersgrupp	Antal		0-2 läkemedel (%) ³		3-4 läkemedel (%) ³		5-9 läkemedel (%) ³		10 läkemedel eller fler (%) ³	
		Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.
Varberg/ Halland	60-79 år	1 638	30 616	31,1	48,4	18,3	19,8	28,8	24,1	21,7	7,7
	80 år och äldre	651	5 800	14,1	15,6	15,1	22,3	44,2	44,4	26,6	20,0
	Totalsumma	12 995	288 150	56,7	74,9	12,5	10,7	18,3	10,8	12,6	3,7
	Kvinnor	4 838	155 754	48,2	70,9	13,0	12,1	22,1	12,4	16,7	4,7
	17 år och yngre	847	31 479	91,5	95,3	5,1	3,1	2,7	1,4	0,7	0,1
	18-29 år	970	21 806	68,5	85,9	17,1	9,6	11,3	4,1	3,1	0,4
	30-59 år	960	57 811	49,4	77,6	15,7	11,9	19,3	8,3	15,6	2,1
	60-79 år	1 246	34 218	26,0	45,4	15,5	20,2	34,0	25,1	24,5	9,3
	80 år och äldre	815	10 440	11,4	12,3	9,6	18,7	40,1	44,5	38,9	26,1
	Män	5 028	154 911	56,7	77,8	11,7	9,5	18,8	9,8	12,8	3,1
Växjö/ Kronoberg	17 år och yngre	1 040	33 678	92,0	94,9	5,9	3,5	1,8	1,4	0,3	0,1
	18-29 år	960	23 374	82,7	94,1	8,1	4,0	6,0	1,7	3,1	0,2
	30-59 år	910	58 187	66,0	85,2	13,7	8,3	12,9	5,4	7,4	1,0
	60-79 år	1 463	32 934	29,5	48,5	16,5	19,6	31,4	24,0	22,6	7,9
	80 år och äldre	655	6 738	10,1	14,0	12,7	19,8	44,7	46,9	32,5	21,9
	Totalsumma	9 866	310 665	52,5	74,3	12,4	10,8	20,4	11,1	14,7	3,9
	Kvinnor	3 717	93 410	43,1	70,5	12,7	11,7	23,5	12,8	20,7	5,2
	17 år och yngre	343	18 823	95,3	96,2	3,8	2,8	0,9	0,9	0,0	0,1
	18-29 år	622	14 155	69,1	87,7	16,6	8,5	10,0	3,4	4,3	0,4
	30-59 år	1 047	33 505	54,7	77,0	14,0	11,9	20,0	8,7	11,3	2,4
60-79 år	1 012	20 013	22,3	44,2	14,6	20,2	29,7	25,6	33,3	10,0	
80 år och äldre	693	6 914	6,6	10,1	8,7	16,7	43,0	47,8	41,7	28,2	
Män	3 659	95 718	52,5	77,8	11,6	9,3	20,3	9,9	15,7	3,2	
	17 år och yngre	429	19 991	93,5	96,2	5,6	2,8	0,9	1,0	0,0	0,0
	18-29 år	491	15 794	89,2	94,5	6,7	4,0	3,9	1,3	0,2	0,1
	30-59 år	1 092	35 441	67,2	84,8	12,9	8,4	13,2	5,6	6,7	1,3
	60-79 år	1 127	20 039	26,7	48,6	14,8	19,1	30,5	24,5	28,0	7,8
	80 år och äldre	520	4 453	8,8	12,1	11,3	20,2	44,2	47,8	35,6	22,7
	Totalsumma	7 376	189 128	47,7	74,2	12,1	10,5	21,9	11,3	18,2	4,2

¹ Antal uthämtade läkemedel per person under en fyramånadersperiod (för patienterna 300-180 dagar innan akutbesöket; för befolkningen 300-180 dagar innan 1 april 2015).

² Skåne län (Lunds och Malmös akutmottagningar), Örebro län (Örebros akutmottagning), Hallands län (Varbergs akutmottagning), och Kronobergs län (Växjös akutmottagning).

³Antalet decimaler i procenttalet har reducerats till en decimal och kan därför inte återge det exakta antalet individer i varje åldersgrupp. AKM = Akutmottagning, Pat. = Patienter, Bef. = Befolkning.

Källa: Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.

Tabell 13. Utbildningsgrad¹ för patienterna och befolkningen i riket samt i respektive län².

Riket/ AKM län	Kön och åldersgrupp	Antal		Grundskola (%) ²		Gymnasium (%) ²		Universitet eller högskola (%) ²		Saknas (%) ²	
		Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.
Riket	Kvinnor	-	3 155 795	-	19,7	-	41,1	-	38,0	-	1,3
	30-59 år	-	1 838 005	-	10,0	-	41,8	-	47,0	-	1,2
	60-79 år	-	1 008 755	-	26,6	-	43,1	-	29,2	-	1,1
	80 år och äldre	-	309 035	-	54,6	-	30,3	-	12,7	-	2,4
	Män	-	3 055 007	-	21,1	-	45,0	-	32,3	-	1,6
	30-59 år	-	1 897 951	-	13,4	-	48,0	-	36,7	-	1,9
	60-79 år	-	966 683	-	31,0	-	41,3	-	26,7	-	1,0
	80 år och äldre	-	190 373	-	48,2	-	32,6	-	17,3	-	1,9
	Totalsumma	-	6 210 802	-	20,4	-	43,0	-	35,2	-	1,5
Malmö/ Skåne	Kvinnor	7 406	417 069	31,4	20,2	37,8	39,8	27,3	38,3	3,5	1,7
	30-59 år	3 147	244 408	20,7	10,5	38,7	40,4	37,9	47,5	2,7	1,6
	60-79 år	2 540	131 517	31,6	27,7	39,8	41,6	25,4	29,2	3,1	1,5
	80 år och äldre	1 719	41 144	50,8	53,9	33,1	30,9	10,6	12,1	5,5	3,0
	Män	6 918	399 919	26,7	21,1	43,0	43,0	27,6	33,6	2,7	2,3
	30-59 år	3 213	250 394	20,4	13,8	45,0	45,5	32,0	38,0	2,6	2,7
	60-79 år	2 582	124 487	28,4	30,9	42,3	39,9	26,8	27,8	2,5	1,4
	80 år och äldre	1 123	25 038	41,1	45,5	38,8	33,7	16,9	18,3	3,1	2,5
	Totalsumma	14 324	816 988	29,2	20,7	40,3	41,4	27,4	36,0	3,1	2,0
Lund/ Skåne	Kvinnor	6 010	417 069	25,0	20,2	39,0	39,8	34,3	38,3	1,6	1,7
	30-59 år	2 608	244 408	13,8	10,5	41,1	40,4	43,2	47,5	1,9	1,6
	60-79 år	2 168	131 517	25,7	27,7	39,1	41,6	33,9	29,2	1,2	1,5
	80 år och äldre	1 234	41 144	47,5	53,9	34,6	30,9	16,0	12,1	1,9	3,0
	Män	5 635	399 919	27,9	21,1	41,0	43,0	29,4	33,6	1,7	2,3
	30-59 år	2 475	250 394	19,0	13,8	44,9	45,5	34,2	38,0	1,9	2,7
	60-79 år	2 323	124 487	30,8	30,9	38,6	39,9	29,5	27,8	1,0	1,4
	80 år och äldre	837	25 038	46,1	45,5	36,3	33,7	14,9	18,3	2,6	2,5
	Totalsumma	11 645	816 988	26,4	20,7	40,0	41,4	31,9	36,0	1,6	2,0
Örebro/ Örebro	Kvinnor	4 153	93 501	31,2	22,0	40,2	43,4	25,3	33,5	3,3	1,1
	30-59 år	1 703	52 114	15,5	11,3	45,9	45,6	34,1	42,1	4,5	1,0
	60-79 år	1 516	31 624	33,7	28,3	39,7	44,3	24,3	26,3	2,2	1,1
	80 år och äldre	934	9 763	55,8	58,9	30,5	28,8	10,8	10,4	2,9	1,9
	Män	3 922	90 157	32,5	23,2	44,2	49,5	20,8	26,2	2,6	1,0
	30-59 år	1 653	53 741	18,8	14,1	54,8	55,5	21,7	29,4	4,7	1,1
	60-79 år	1 622	30 616	38,7	33,9	38,7	42,4	22,3	23,0	0,4	0,8
	80 år och äldre	647	5 800	52,1	51,6	30,8	32,4	14,5	14,5	2,6	1,5
	Totalsumma	8 075	183 658	31,8	22,6	42,1	46,4	23,1	29,9	3,0	1,1
Varberg/ Halland	Kvinnor	3 290	102 469	31,9	20,2	43,0	42,9	24,4	36,0	0,7	0,8
	30-59 år	1 229	57 811	14,6	9,0	51,7	45,0	33,2	45,3	0,5	0,7
	60-79 år	1 246	34 218	31,5	28,1	43,1	43,4	24,8	27,7	0,6	0,8
	80 år och äldre	815	10 440	58,7	56,6	29,7	29,8	10,6	11,8	1,1	1,8
	Män	3 274	97 859	36,8	23,5	43,9	45,7	18,6	29,7	0,7	1,0
	30-59 år	1 165	58 187	19,7	13,8	58,4	51,5	21,3	33,5	0,7	1,1
	60-79 år	1 455	32 934	41,7	34,9	39,8	38,6	17,9	25,8	0,5	0,7

Tabell 13. Utbildningsgrad¹ för patienterna och befolkningen i riket samt i respektive län².

Riket/ AKM län	Kön och åldersgrupp	Antal		Grundskola (%) ²		Gymnasium (%) ²		Universitet eller högskola (%) ²		Saknas (%) ²	
		Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.
Växjö/ Kronoberg	80 år och äldre	654	6 738	56,4	51,2	27,2	30,8	15,4	16,3	0,9	1,6
	Totalsumma	6 564	200 328	34,4	21,8	43,4	44,3	21,5	33,0	0,7	0,9
	Kvinnor	2 685	60 432	32,2	22,2	42,1	43,1	24,0	33,2	1,7	1,6
	30-59 år	983	33 505	16,1	10,1	45,3	44,9	37,5	43,5	1,1	1,5
	60-79 år	1 009	20 013	30,7	29,4	47,3	44,9	20,1	24,1	1,9	1,6
	80 år och äldre	693	6 914	57,3	59,5	30,0	29,1	10,5	9,2	2,2	2,2
	Män	2 662	59 933	31,6	25,5	44,3	46,0	23,4	26,6	0,8	1,9
	30-59 år	1 025	35 441	19,0	15,0	50,5	51,9	29,6	31,2	0,9	2,0
	60-79 år	1 117	20 039	35,0	36,8	43,9	39,8	20,6	21,6	0,5	1,7
	80 år och äldre	520	4 453	49,2	58,3	32,7	27,2	17,1	12,4	1,0	2,0
	Totalsumma	5 347	120 365	31,9	23,8	43,2	44,5	23,7	29,9	1,2	1,7

Utbildningsgrad omfattar åldrarna 30 år och äldre.

¹ Skåne län (Lunds och Malmös akutmottagningar), Örebro län (Örebros akutmottagning), Hallands län (Varbergs akutmottagning), och Kronobergs län (Växjös akutmottagning).

² Antalet decimaler i procenttalet har reducerats till en decimal och kan därför inte återge det exakta antalet individer i varje åldersgrupp.

AKM = Akutmottagning, Pat. = Patienter, Bef. = Befolkning.

Källa: Utbildningsregistret vid Statistiska centralbyrån (SCB).

Tabell 14. Födelseland för patienterna i respektive akutmottagning samt för befolkningen i riket och respektive län¹.

Riket/ AKM län	Kön och åldersgrupp	Antal		Sverige (%) ²		EU27 (%) ^{2,3}		Övriga världen (%) ²	
		Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.
Riket	Kvinnor	-	4 883 224	-	83,7	-	5,0	-	11,3
	17 år och yngre	-	1 039 267	-	91,4	-	1,8	-	6,8
	18-29 år	-	798 597	-	81,9	-	3,5	-	14,6
	30-59 år	-	1 899 322	-	78,0	-	6,2	-	15,8
	60-79 år	-	962 164	-	86,8	-	7,2	-	6,0
	80 år och äldre	-	183 874	-	90,4	-	6,2	-	3,4
	Män	-	4 883 074	-	83,1	-	5,5	-	11,3
	17 år och yngre	-	980 525	-	91,5	-	1,8	-	6,6
	18-29 år	-	757 717	-	81,7	-	3,8	-	14,5
	30-59 år	-	1 839 566	-	76,9	-	6,2	-	16,9
	60-79 år	-	1 005 487	-	85,9	-	8,5	-	5,6
	80 år och äldre	-	299 779	-	88,3	-	7,9	-	3,9
	Totalsumma	-	9 766 298	-	83,4	-	5,3	-	11,3
Malmö/ Skåne	Kvinnor	9 108	641 414	72,4	80,6	8,3	6,7	19,3	12,7
	17 år och yngre	761	138 481	92,5	90,4	3,3	3,0	4,2	6,6
	18-29 år	1 344	104 322	74,0	78,5	3,0	5,1	23,1	16,4
	30-59 år	2 955	250 478	60,7	73,2	8,5	8,7	30,7	18,0
	60-79 år	2 404	123 961	74,1	84,8	10,5	7,8	15,3	7,4
	80 år och äldre	1 644	24 172	80,5	89,4	11,3	6,9	8,2	3,7
	Män	8 533	650 099	72,7	80,5	7,6	6,9	19,7	12,5
	17 år och yngre	1 115	131 047	90,9	90,6	3,0	2,9	6,2	6,5
	18-29 år	1 242	103 405	73,3	77,4	3,9	5,9	22,8	16,7
	30-59 år	2 682	244 610	61,7	73,2	8,2	8,2	30,1	18,6
	60-79 år	2 404	131 075	72,1	84,3	10,0	8,9	17,8	6,8
	80 år och äldre	1 090	39 962	81,7	88,1	10,0	8,1	8,3	3,8
	Totalsumma	17 641	1 291 513	72,6	80,6	8,0	6,8	19,5	12,6
Lund/ Skåne	Kvinnor	7 513	641 414	83,6	80,6	6,2	6,7	10,1	12,7
	17 år och yngre	587	138 481	91,8	90,4	3,6	3,0	4,6	6,6
	18-29 år	1 242	104 322	85,1	78,5	2,8	5,1	12,1	16,4
	30-59 år	2 454	250 478	75,9	73,2	6,4	8,7	17,7	18,0
	60-79 år	2 037	123 961	86,8	84,8	7,5	7,8	5,6	7,4
	80 år och äldre	1 193	24 172	88,5	89,4	8,5	6,9	2,9	3,7
	Män	6 890	650 099	84,8	80,5	5,8	6,9	9,4	12,5
	17 år och yngre	727	131 047	94,4	90,6	1,1	2,9	4,5	6,5
	18-29 år	979	103 405	86,1	77,4	2,2	5,9	11,6	16,7
	30-59 år	2 171	244 610	77,5	73,2	6,6	8,2	15,9	18,6
	60-79 år	2 203	131 075	86,4	84,3	7,4	8,9	6,2	6,8
	80 år och äldre	810	39 962	89,6	88,1	8,0	8,1	2,3	3,8
	Totalsumma	14 403	1 291 513	84,2	80,6	6,0	6,8	9,8	12,6
Örebro/ Örebro	Kvinnor	5 635	144 289	85,2	85,9	3,5	3,6	11,3	10,5
	17 år och yngre	928	30 599	96,8	91,2	0,6	1,2	2,6	7,7
	18-29 år	848	23 789	84,6	83,0	2,1	1,8	13,3	15,1
	30-59 år	1 565	53 812	74,8	81,9	3,4	4,0	21,9	14,1
	60-79 år	1 403	30 469	86,5	88,9	5,6	6,5	7,8	4,6
	80 år och äldre	891	5 620	90,2	91,0	4,6	6,0	5,2	3,0
	Män	5 384	144 600	86,5	85,7	3,0	4,0	10,5	10,3
	17 år och yngre	1 127	28 797	95,8	91,4	0,8	1,1	3,4	7,5
	18-29 år	731	22 627	77,2	84,0	2,3	2,0	20,5	14,1
	30-59 år	1 397	52 216	78,5	80,8	2,4	4,1	19,2	15,1
	60-79 år	1 504	31 510	89,0	88,8	5,3	6,8	5,7	4,3
	80 år och äldre	625	9 450	92,5	89,2	3,7	6,9	3,8	3,9
	Totalsumma	11 019	288 889	85,8	85,8	3,3	3,8	10,9	10,4

Tabell 14. Födelseland för patienterna i respektive akutmottagning samt för befolkningen i riket och respektive län¹.

Riket/ AKM län	Kön och åldersgrupp	Antal		Sverige (%) ²		EU27 (%) ^{2,3}		Övriga världen (%) ²	
		Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.	Pat.	Bef.
Varberg/ Halland	Kvinnor	4 223	155 326	89,4	88,5	4,7	4,0	5,9	7,6
	17 år och yngre	573	34 265	97,4	94,0	1,2	1,5	1,4	4,5
	18-29 år	869	23 337	84,6	85,8	4,4	2,8	11,0	11,4
	30-59 år	850	58 357	86,1	84,5	4,2	5,0	9,6	10,5
	60-79 år	1 154	32 819	90,4	90,8	6,3	5,4	3,3	3,8
	80 år och äldre	777	6 548	91,1	93,2	5,7	4,3	3,2	2,5
	Män	4 233	155 969	91,8	88,1	3,3	4,2	4,9	7,7
	17 år och yngre	753	31 998	97,2	94,0	0,5	1,4	2,3	4,6
	18-29 år	759	21 742	88,8	87,0	2,4	2,8	8,8	10,2
	30-59 år	723	57 944	87,0	83,8	4,1	4,8	8,9	11,4
	60-79 år	1 359	34 146	91,2	89,7	5,2	6,3	3,6	4,1
	80 år och äldre	639	10 139	95,3	91,2	3,0	6,0	1,7	2,8
	Totalsumma	8 456	311 295	90,6	88,3	4,0	4,1	5,4	7,6
	Växjö/ Kronoberg	Kvinnor	3 032	96 045	80,9	83,3	5,7	5,5	13,5
17 år och yngre		197	20 440	89,8	87,7	2,0	2,6	8,1	9,7
18-29 år		509	15 813	76,8	79,4	2,6	4,0	20,6	16,6
30-59 år		827	35 521	72,1	78,4	5,8	7,2	22,1	14,4
60-79 år		868	19 964	82,4	88,6	9,0	6,8	8,6	4,6
80 år och äldre		631	4 307	90,8	93,5	4,6	4,5	4,6	2,0
Män		2 711	93 575	84,1	83,3	4,3	5,7	11,5	11,0
17 år och yngre		256	19 186	94,9	88,3	0,0	2,7	5,1	9,0
18-29 år		296	14 159	79,1	80,2	1,4	4,1	19,6	15,6
30-59 år		729	33 572	71,1	77,0	6,7	7,4	22,2	15,6
60-79 år		960	19 943	88,6	88,1	4,9	7,2	6,5	4,7
80 år och äldre		470	6 715	92,6	93,1	3,6	4,5	3,8	2,3
Totalsumma		5 743	189 620	82,4	83,3	5,0	5,6	12,6	11,1

¹ Skåne län (Lunds och Malmös akutmottagningar), Örebro län (Örebros akutmottagning), Hallands län (Varbergs akutmottagning), och Kronobergs län (Växjös akutmottagning).

² Antalet decimaler i procenttalet har reducerats till en decimal och kan därför inte återge det exakta antalet individer i varje åldersgrupp.

³ EU27 utom Sverige.

AKM = Akutmottagning, Pat. = Patienter, Bef. = Befolkning.

Källa: För patienterna från Patientregistret vid Socialstyrelsen och för befolkningen från Befolkningsregistret, 31 mars 2015 och avser åldern 31 december 2014, vid Statistiska centralbyrån (SCB).

