

Väntetider och patientflöden på akutmottagningar

Rapport februari 2017

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 2017-2-16
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2017

Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en årlig uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar, i enlighet med uppdraget att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). Nytt för denna rapport är att underlaget till mätningarna kommer från patientregistret vid Socialstyrelsen. Därför beskrivs även kvalitetssäkringen av rapporterade data från landsting och regioner till patientregistret.

Uppdraget innefattar även att analysera orsakerna 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. En första del av arbetet redovisades i december 2015. I denna rapport slutredovisas resultaten av arbetet.

Socialstyrelsen vill tacka landstingen och regionerna för inrapporteringen av data till patientregistret och för deras medverkan vid kvalitetssäkringen av underlaget.

Socialstyrelsen vill också tacka representanterna för de fem akutmottagningar som har varit delaktiga i att ta fram grundmaterial samt aktivt deltagit i kartläggningen och analysen.

Statistiker har varit Anders Järleborg och Clara Larsson. Rapporten har utarbetats av experten Toralph Ruge, utredaren Mats Granberg och projektledaren Sevim Barbasso Helmers. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
De långa vistelsetiderna kvarstår	7
Läkares kompetens och överbeläggningar påverkar	7
Bättre stöd och överblickbarhet behövs	8
Ny metod för uppföljningssystem	8
Uppdrag	9
Bakgrund	9
Metod och avgränsningar	10
Uppföljningsmodell för akutmottagningen	10
Väntetider och volymer vid sjukhusbundna akutmottagningar	10
Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden vid fem akutmottagningar	12
Statistiska mått och analyser	13
Datakällor	15
Resultat	16
Väntetider juli 2015–juni 2016	16
Fördjupad analys vid fem akutmottagningar	29
Diskussion och slutsatser	40
Fortsatt långa vistelsetider	40
Oförändrade tider till läkare	40
Orsaker till långa vistelsetider på akutmottagningen	41
Konsekvenser av långa vistelsetider och hög arbetsbelastning	47
Nationellt uppföljningssystem för väntetider på akutmottagningar	48
Referenser	50
Bilaga 1. Kvalitetssäkring och täckningsgrad	55
Bilaga 2. Bakgrundsdata	59
Bilaga 3. Metodologiska principer	61
Bilaga 4. Jämförelse väntetider januari–juni 2015	63
Bilaga 5. Årsutveckling total vistelsetid och tid till läkare 2010–2016	71
Bilaga 6. Figurer till kartläggning och analys av patientflöden på fem akutmottagningar	76

Sammanfattning

De långa vistelsetiderna kvarstår

Socialstyrelsen konstaterar att de långa vistelsetiderna på akutmottagningarna kvarstår och att mediantiden nu är 3 timmar och 18 minuter. Var tionde patient väntar 6 timmar och 57 minuter eller längre på akutmottagningen. I jämförelse med senaste årliga mätningen har ingen förändring av vistelsetiden skett.

Hälften av alla patienter väntar nästan en timme eller mer på att träffa läkare vilket inte har förändrats sedan sista mätningen. Var tionde patient väntar 3 timmar och 30 minuter eller längre för sin läkarbedömning.

Patienternas väntetid för att bli undersökta av läkare och den totala vistelsetiden de tillbringar på akutmottagningarna fortsätter också att uppvisa en stor variation över landet och även inom samma akutmottagning. Skillnaden mellan akutmottagningen med längst mediantid och den med kortast mediantid är 1 timme och 19 minuter för tid till läkare, samt 2 timmar och 27 minuter för total vistelsetid.

Äldre har fortsatt längre vistelsetider

Patienter 80 år och äldre har även i år en längre total vistelsetid på akutmottagningen jämfört med patienter 19–79 år. Medianen skiljer sig med 25 minuter och är nu 3 timmar och 39 minuter. Var tionde äldre patient får vänta 7 timmar och 18 minuter eller längre på akutmottagningen innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården.

Patienter 80 år och äldre har något kortare väntetid till läkarbedömning jämfört med patienter 19–79 år.

Läkares kompetens och överbeläggningar påverkar

Med hjälp av en kartläggning och analys av väntetider vid akutmottagningarna i Malmö, Lund, Örebro, Varberg och Växjö kan Socialstyrelsen visa att lägre utbildningsnivå hos läkaren samt överbeläggningar på vårdavdelningar bidrar till längre vistelsetider för patienterna.

Patienter 60 år och äldre söker sig till akutmottagningarna främst på grund av besvär som hanteras av den medicinska specialiteten, vilken tidigare konstaterats vara en riskfaktor för längre vistelsetider. Dessa patienter har även högre medicinsk prioritet, som i sin tur är kopplad till kortare vistelsetid på akutmottagningen. Samtidigt skrivs de in i slutenvården oftare än yngre patienter, vilket i sig påvisats vara en riskfaktor för längre vistelsetider. Oavsett vilken kompetens läkaren har så är fördelningen av patienter jämn vad gäller patientens kön, ålder, utbildning och födelseland. Med kompetens menas i denna rapport läkarens utbildningsnivå och innefattar inte läkarens erfarenhet.

Resultaten pekar på en komplex bild där flera olika faktorer var för sig eller tillsammans leder till olika långa väntetider på akutmottagningen. Dessa faktorer är kopplade till det ökande och ojämna dygnsinflödet av patienter till landets akutmottagningar, arbetssättet och bemanningen på akutmottagningen samt beläggningssituationen på sjukhusets vårdavdelningar.

Bättre stöd och överblickbarhet behövs

Icke legitimerade läkare, såsom AT-läkare eller läkare med särskilt förordnande, har lägre utbildningsnivå än ST-läkare och specialister och behöver naturligt oftare fråga om råd om patientens behandling. För att undvika förlängda vistelsetider och tillhandahålla god vård är det därför viktigt att legitimerade läkare och specialister är tillgängliga på akutmottagningarna för stöd till dessa läkare.

Det råder inte balans mellan tillgängliga vårdplatser och flödet av patienter för inskrivning till slutenvården. Överbeläggningar är inte enbart en fråga för akutmottagningen, utan en angelägenhet för sjukhuset som helhet, så att patientflödet vad gäller in- och utskrivning av patienter anpassas till såväl den akuta som den planerade vården. För bättre överblickbarhet och tillgänglighet till lediga vårdplatser behövs ett effektivt system, exempelvis i form av arbetsorganisation eller tekniska lösningar, för hela sjukhuset och inte enbart för akutmottagningarna.

Ny metod för uppföljningssystem

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport för första gången väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar med data som inrapporterats till patientregistret vid Socialstyrelsen. Måtten som redovisas är total vistelsetid på akutmottagning och tid till läkarbedömning för 12-månadersperioden från och med juli 2015 till och med juni 2016. Denna metod ger möjligheter till en mer nyanserad bild av den variation som finns i riket och inom akutmottagningarna.

Av de tidigare 71 sjukhusbundna akutmottagningarna är det totalt 63 akutmottagningar som numera omfattas av definitionen *akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade*. På grund av kvalitetsbrister i inrapporterad data har endast 45 respektive 41 akutmottagningar ingått i denna mätning av total vistelsetid respektive tid till läkare. I bortfallet förekommer flera stora akutmottagningar i landet.

Eftersom framtida nationella uppföljningar av den akuta öppenvårdens tillgänglighet kommer att ske med data från patientregistret, är det av största vikt att täckningsgraden och kvaliteten på inrapporterade data är tillräckligt god för att tillgängligheten över landet ska vara uppföljningsbar och jämförbar.

Uppdrag

Socialstyrelsen fick i januari 2016 ett fortsatt regeringsuppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). Arbetet är en del i en långsiktig uppbyggnad av ett uppföljningssystem som ska åskådliggöra patientens väg genom vården inom olika områden.

I uppdraget ingår att årligen redovisa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar, samt att analysera orsaker och konsekvenser av skillnader i väntetiderna. I uppdraget redovisas den 15 februari 2017 även en delrapport om att utveckla uppföljningen av tillgänglighet vid kroniska sjukdomar och tillstånd. Det samlade uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2018.

Bakgrund

Socialstyrelsen har även tidigare verkat för att kvalitetssäkra arbetet på akutmottagningarna, genom riktade tillsyner till och med 2013 och sedan 2010 genom årliga uppföljningar av akutvården [1-5].

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

I ett utvecklingsprojekt om att analysera och utvärdera orsaker till skillnader i väntetider inom akutvården, redovisades i den förra årliga rapporten de första delresultaten av en kartläggning vid akutmottagningarna i Malmö, Lund, Örebro, Varberg och Växjö [5]. Resultaten visade att omkring en fjärdedel av patienterna kom till akutmottagningen med ambulans och att runt hälften av de övriga besöken var initierade av patienten utan tidigare hänvisning av sjukvårdsinstans. Analysen visade också att gemensamt för alla fem mottagningar var sannolikheten att tillbringa fyra timmar eller mer på akutmottagningen relaterat till patientens höga ålder, första mottagande klinik (medicin och kirurgi), vilken tidpunkt på dygnet patienten kommer till mottagningen (eftermiddag), samt att patienten skrivs in i slutenvård. Bilden är dock komplex och innehåller många fler samvarierande faktorer som leder till olika långa väntetider på akutmottagningen.

Årets rapport

Årets rapport är den sjunde och innehåller den femte uppföljningen av väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige. För första gången utgår akutvårdens väntetidsuppföljning från data som inrapporterats till patientregistret från respektive landsting och region. Tidigare rapporter har baserats på webbenkäter.

Årets rapport redovisar även den slutliga analysen av väntetider och patientflöden vid de fem akutmottagningarna från föregående rapport. Syftet är att ytterligare belysa faktorer som ligger bakom skillnader i väntetider och konsekvenser av dessa skillnader.

Metod och avgränsningar

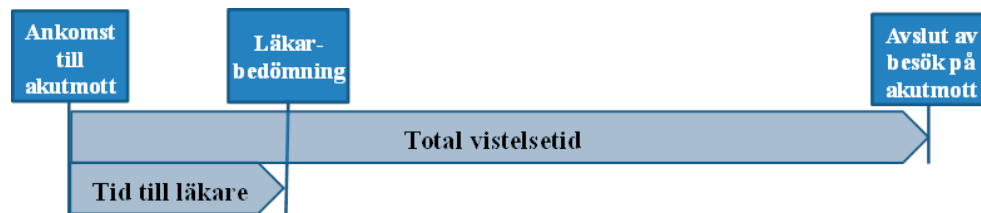
Uppföljningsmodell för akutmottagningen

Socialstyrelsen utvecklade i samband med den första årliga mätningen 2010 [1] nedanstående uppföljningsmodell (figur 1) för akutmottagningen. I modellen ingår 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 första läkarbedömning, fortsättningsvis benämnt ”tid till läkare” (TTL).

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

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



Väntetider och volymer vid sjukhusbundna akutmottagningar

Socialstyrelsens årliga väntetidsuppföljning av akutsjukvården är fortsättningsvis i huvudsak avgränsad till att gälla *akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade* vilket motsvarar det tidigare begreppet *sjukhusbunden akutmottagning*. Detta motsvarar 63 akutmottagningar, jämfört med tidigare års 70–71 sjukhusbundna akutmottagningar (se historik i bilaga 1).

Eftersom landstingen och regionerna sedan år 2015 [6, 7]¹ åläggs att rapportera in ett antal akutvariabler, däribland ovanstående mätpunkter, från sina akutverksamheter till patientregistret, möjliggörs även uppföljning av alla akuta öppenvårdsbesök inom den specialiserade vården oavsett var de handhas. I faktaruta 1 finns en sammanfattning av akutvariablerna från förtydligandedokumentet [7]. I den rapport som publicerades 2013 [3]

¹ Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707).

återfinns ytterligare uppgifter om de 70–71 traditionellt organiserade akutmottagningar som följts upp i de tidigare rapporterna.

Faktaruta 1

Sammanfattning av akutverksamhetsvariablerna 0–5 [6,7]¹

0 = Ej akutverksamhet

Alla ej akuta besök ska rapporteras med alternativ 0 = Ej akutverksamhet, oavsett om besöket skett inom den planerade specialiserade vården eller akutverksamheten.

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

Innefattar besök på somatisk akutmottagning med två eller fler specialiteter oavsett organisatorisk lösning för bemanningsmodell och specialitetsindelning. Tidpunkter för start och avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning samt bedömnings-tidpunkt rapporteras till patientregistret endast för denna variabel.

2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet

Innefattar besök på akutmottagning med endast en somatisk specialitet lokaliserad till annan plats (i förhållande till alternativ 1). Vanliga exempel är

- barnakutmottagning.
- infektionsakutmottagning
- gynekologisk akutmottagning.

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

Besök på den psykiatriska akutmottagningen rapporteras alltid som alternativ 3.

4 = Nära akut eller närsjukhus med jourmottagning

- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 4.
- Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.
- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både specialistvårdsmottagning och primärvårdsmottagning ska endast akuta besök på specialistvårdsmottagningen rapporteras.

5 = Övrig akutverksamhet

- I de fall där en verksamhet innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 5.
- Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.

De uppgifter som landsting och regioner ska rapportera in till patientregistret från och med 2015 för akutvariabel 1 (se faktaruta 1) är följande: *Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning, Tidpunkt för bedömning på akutmottagning, Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning samt Avbruten vård på akutmottagning* [6].

Mätningarna i denna rapport avser akutmottagningar inom verksamhetsområde 1 (se faktaruta 1), för 12-månadersperioden andra halvåret (juli–december) 2015 till och med första halvåret (januari–juni) 2016. Gränsen för att inkluderas i den nationella redovisningen av väntetidsindikatorerna har varit > 75 procents täckningsgrad per månad för > 75 procent av 12-månadersperioden (dvs. 9 månader). Utöver detta har krävts följsamhet till variablernas definitioner.

Mätningarna inkluderar 45 akutmottagningar som uppfyllde kvalitetssäkringskriterierna för total vistelsetid och 41 akutmottagningar som uppfyllde kvalitetssäkringskriterierna för tid till läkare, av totalt 63 akutmottagningar (läs mer om kvalitetssäkring i bilaga 1).

För respektive sjukhusbunden akutmottagning redovisas också en jämförelse mellan aggregerade data från webbenkäten januari–juni 2015 (föregående rapportens resultat) [5] och inrapporterade data till patientregistret för motsvarande period vad gäller tid till läkare och total vistelsetid.

Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden vid fem akutmottagningar

Denna rapport är en fortsättning på föregående års rapport vad gäller kartläggningen av patientflöden vid fem akutmottagningar² som skiljer sig åt vad gäller storlek och upptagningsområde. Bakgrundsinformation för respektive akutmottagning redovisas i tabell 3 i bilaga 2.

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

- inflödet av patienter till akutmottagningen (beskrivet i föregående rapport) [5]
- de faktorer som påverkar patientflödet inne på akutmottagningen (denna rapport)
- utflödet av patienter från akutmottagningen (denna rapport).

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, kompetens, beläggning) i en omgivning som akutmottagningen inte kan påverka (till exempel demografi, privata vårdalternativ, primärvård och social omsorg). Systemavgränsningen är dock inte självklar, exempelvis till andra delar av det sjukhus där mottagningen finns. Systemets utfall går att mäta på olika sätt och i denna analys ligger tonvikten på måttet väntetid.

² 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).

Statistiska mått och analyser

Väntetider vid akutmottagningar

Denna årliga mätning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar baseras på ett nationellt insamlat material av individbaserade data till patientregistret. Väntetiderna för varje akutmottagning presenteras som median samt kvartiler/percentilvärden (10, 25, 50, 75 och 90 percentilen). Se förklaring av kvartiler/percentiler i faktaruta 2. Redovisningen av rikets medianväntetid samt kvartiler/percentilvärden baseras på det totala antalet individer som inkluderats i mätningen.

I tidigare rapporter har ett genomsnittligt medianvärde för samtliga akutmottagningar använts som rikets medianvärde eftersom data inhämtats i aggregerad form. Från och med årets mätning används ett mer korrekt värde som tar hänsyn till den stora variationen i antal besök per akutmottagning. Alla beräkningar görs på individbaserade data.

Vid jämförelsen mellan inrapporterade aggregerade data från webbenkäten januari–juni 2015 (föregående rapports resultat) [5] och inrapporterade data till patientregistret för motsvarande period vad gäller tid till läkare och total vistelsetid, redovisas dels detta genomsnittliga medianvärde för jämförelse mot tidigare år, dels det mer korrekta individbaserade medianvärdet för det totala antalet akutbesök i riket.

Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden

Vid kartläggningen av väntetider och patientflöden på de fem akutmottagningarna redovisas i resultatdelen antal eller andelar akutbesök fördelat på olika kategoriska variabler såsom kön, ålder, triage, dygnstid³ för akutbesöket, avslutssätt och besöksorsak.

För att förstå orsaker till skillnaderna i patienternas vistelsetid på akutmottagningen kartlades och analyserades ovanstående faktorer i relation till de tre största kliniska specialiteterna⁴ (medicin, kirurgi, ortopedi) som patienten hänvisats till, samt den första läkarkompetens (AT⁵-läkare, ST⁶-läkare och specialister) som patienterna möter under sitt besök på akutmottagningen på respektive specialitet. Vilken klinisk specialitet patienten hänvisas till beror på besöksorsaken, dvs. om det är medicinska, kirurgiska eller ortopediska besvär som patienten söker för.

Som en del i att förstå skillnader i patienternas vistelsetid på akutmottagningen analyserades även sambandet mellan TVT och överbeläggningssituationen på respektive specialitets vårdavdelningar (se metodologisk princip i bilaga 3).

³ Dygnskategorier: morgon (kl. 06.00) till förmiddag (kl. 12.00), lunch (kl. 12.00) till eftermiddag (kl. 16.00), middag (kl. 16.00) till midnatt (kl. 24.00), och midnatt (kl. 24.00) till kl. 05.00.

⁴ Patientinflödet till de kliniska specialiteterna medicin, kirurgi och ortopedi motsvarar 85 procent av det totala patientinflödet.

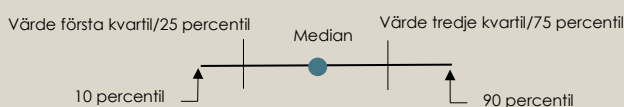
⁵ Examinerad läkare som genomför allmäntjänstgöring (AT) för att bli legitimerad läkare. Denna grupp inkluderade även ej legitimerade läkare som inte har AT-tjänst. Benämningen AT-läkare används genomgående för denna grupp.

⁶ Legitimerad läkare som genomför specialisttjänstgöring (ST) för att bli specialist i någon vald specialitet.

För analys av möjliga konsekvenser av längre väntetider jämfört med kortare väntetider analyserades kvalitetsindikatorerna *åter in inom 72 timmar* och *mortalitet inom 7 dygn* (se metodologisk princip i bilaga 3).

Risken att tillbringa tre timmar eller mer på akutmottagningen analyserades med logistisk regressionsanalys. Den relativa risken (oddskvoten) beräknades med 95 procents konfidensintervall. Tretimmarsgränsen har valts för att rikets medianvistelsetid var tre timmar i föregående rapport [5], vilket ger ett jämnare antal observationer på vardera sidan om gränsen och därmed bättre statistiskt underlag.

Faktaruta 2 Median och kvartiler/percentiler



Ett sätt att beskriva spridningen runt medianen är att storlekssortera och dela in observationsvärdena i fyra lika stora grupper så att man får kvartiler, vilket betyder fjärdedelar.

- värdet för första kvartilen delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar; 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen
- det mittersta värdet (ifyllda cirkeln på stolpdiagrammen), dvs. medianen, delar de storlekssorterade observationsvärdena i två lika stora delar; hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen
- värdet för tredje kvartilen delar övre halvan av materialet i två lika stora delar; 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika tredje kvartilen.

Gör man en uppdelning av observationsvärdena i hundradelar istället benämner man dessa hundradelar som percentiler. Första kvartilen motsvarar då den 25:e percentilen (P25), medianen som är andra kvartilen motsvarar den 50:e percentilen (P50) och tredje kvartilen motsvarar den 75:e percentilen (P75). P10 uttrycker att 10 procent av observationsvärdena är mindre än eller lika med detta värde. P90 uttrycker att 10 procent av observationsvärdena är större än eller lika med detta värde.

Datakällor

Väntetider och volymer vid akutmottagningar

Nytt för Socialstyrelsens uppföljning av väntetider och volymer vid landets sjukhusbundna akutmottagningar är att data är inhämtade från patientregistret vid Socialstyrelsen och inte via webbaserade enkäter till landsting och regioner, såsom tidigare år. Datauttaget som ligger till underlag för denna rapport gjordes från patientregistret den 15 december 2016. Se kvalitetssäkring samt täckningsgrad för inrapporteringen till patientregistret i bilaga 1. Jämförelse mellan resultat från webbenkät- och patientregisterdata januari 2015–juni 2015 redovisas i bilaga 4.

Kartläggning och analys av väntetider och patientflöden

Underlaget till kartläggningen av de fem akutmottagningarna kommer från respektive akutmottagnings journalsystem (se föregående rapport; filspecifikation i tabell 4–8, bilaga 2) [5]. Variabeln triage (medicinsk angelägenhetsgrad) beskrivs i faktaruta 3.

Patienter som besökt de fem deltagande akutmottagningarna under perioden 2015-04-01 till och med 2015-06-30 inkluderades i kartläggningen i föregående rapport [5]. Analyserna i denna rapport är en fortsättning på det materialet, som inkluderar även manuellt insamlat material under tre veckor⁷ av den totala insamlingsperioden (se föregående rapport; tabell 6, bilaga 2). Akutmottagningarnas egna beskrivningar av sina lokaler, bemanning, omhändertagande, arbetssätt och hemgång beskrevs i föregående rapport i tabell 2, i bilaga 1. Bakgrundsdata för de ingående akutmottagningarna finns i denna rapport (tabell 3, bilaga 2). Datakällor för patienternas födelse-land, utbildningsnivå och läkemedelskonsumtion beskrivs i föregående rapport.

Faktaruta 3

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, vilket innebär en helhetsbedömning av patientens vitalparametrar, anamnes och symtom. 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 angelägenhetsgrad och här rekommenderas akutsjukvård direkt. Gul och grön färg innebär låg angelägenhetsgrad och dessa patienter kan vänta eftersom den medicinska risken bedöms som låg. Blå färg innebär inget behov av akutsjukvård.

⁷ 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.

Resultat

Väntetider juli 2015–juni 2016

Total vistelsetid

Hälften av alla patienter som är 19 år och äldre vistas 3 timmar och 18 minuter eller mer på akutmottagningen. Tio procent av patienterna väntar mindre än 1 timme och 20 minuter, medan de tio procent som väntar längst får vänta 6 timmar och 57 minuter eller längre på akutmottagningen.

Skillnaden i medianvistelsetid är 2 timmar och 27 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 28 minuter) och kortast tid (2 timmar och 1 minut).

Patienter 80 år och äldre uppvisar en medianvistelsetid på 3 timmar och 39 minuter, dvs. 25 minuter längre än för övriga patienter (19–79 år). Tio procent av patienterna 80 år och äldre får vänta 7 timmar och 18 minuter eller längre på akutmottagningen innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården.

Rikets årsutveckling

För att kunna jämföra med tidigare år redovisas i figur 2 den totala vistelsetiden på data från patientregistret för åldern 0+ (0 år och äldre) och 80+ (80 år och äldre). Tiderna för åldersgrupperna 19+ (19 år och äldre), samt för 19–79 år presenteras också. Dessa kommer fortsättningsvis att redovisas i framtida väntetidsuppföljningar.

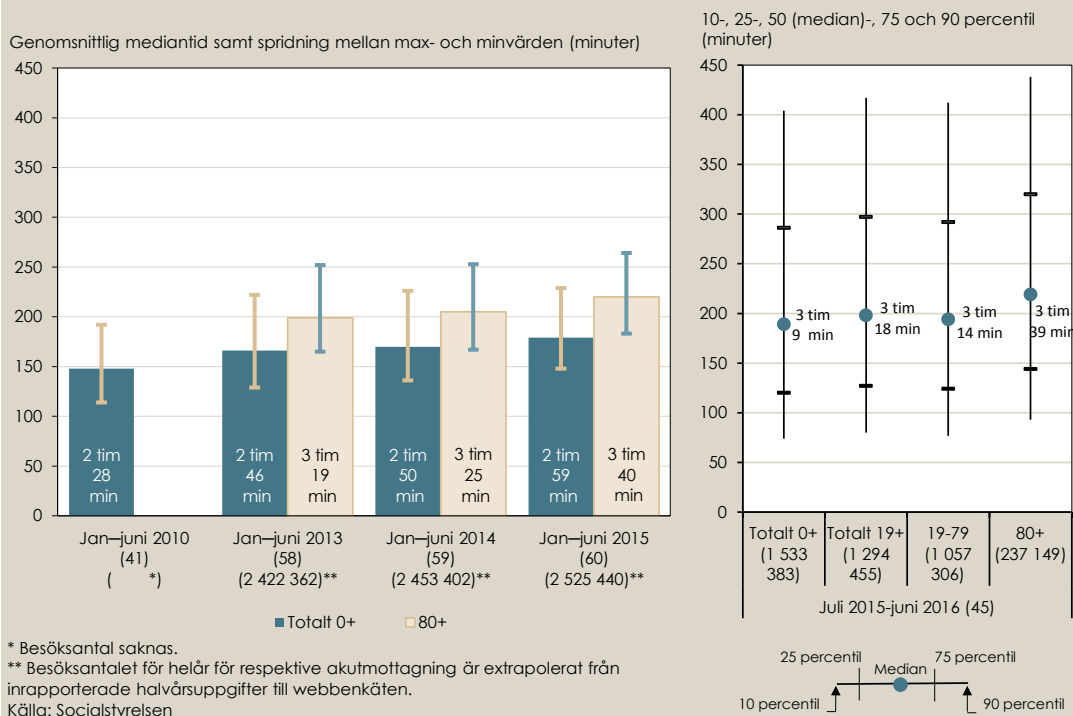
Figur 2 visar dels genomsnittligt medianvärde för den totala vistelsetiden från tidigare års rapporteringar baserade på halvårs aggregerade data som inhämtats via webbenkäter (vänstra delfiguren), dels medianvistelsetiden för denna rapportens inrapportering av 12-månadersperioden juli 2015–juni 2016 från patientregistrets individbaserade akutvårdsdata⁸ (högra delfiguren).

Rikets medianvistelsetid för 12-månadersperioden skiljer sig med 9 minuter mellan totalerna 0+ och 19+. Tiden för totalen 0+ skiljer sig med 10 minuter från den sist redovisade webbenkätbaserade halvårsperioden januari–juni 2015 (figur 2), men skiljer sig marginellt från patientregisterdata under motsvarande period (se jämförelse i bilaga 4). Man bör därför vara försiktig med tolkningen av skillnader upp till 10 minuter på grund av metodförändring för datainhämtning (se bilaga 4).

⁸ Baseras på akutvårdsdata från 45 av totalt 63 akutmottagningar som uppfyllde kvalitetssäkringskriterierna (läs mer om kvalitetssäkring i bilaga 1).

Figur 2. Total vistelsetid

Antal akutmottagningar och besöksantal för varje år anges inom parentes.



Akutmottagningar

Jämförelse mellan akutmottagningar totalt sett och även inom olika storleksgrupper är relevant eftersom det finns ett klarlagt samband mellan akutmottagningarnas storlek, mätt som antal besök, och den totala vistelsetiden [4].

I figurerna 3–6 redovisas medianvistelsetiden och variationen i den totala vistelsetiden för akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år (figur 3), 20 000–29 999 besök per år (figur 4), 30 000–50 000 besök per år (figur 5), samt fler än 50 000 besök per år (figur 6). Storleksgrupperingen baseras på 2015 års inrapporterade besöksantal [5].

Återigen finns en stor spridning mellan akutmottagningarna i alla storleksgrupper, men en stor variation av totala vistelsetiden uppvisas även inom samma akutmottagning. Den största spridningen mellan akutmottagningarna är 1 timme och 42 minuter vilken återfinns i gruppen med 20 000 till 30 000 besök per år.

Väntetidsmätningen baseras enbart på akutbesök som har båda mätpunkterna för väntetidsindikatorn *total vistelsetid* inrapporterat (se täckningsgrad i tabell 2, bilaga 1).

Medianvistelsetiderna för de enskilda akutmottagningarna återfinns även i tabell 6, bilaga 5. Tabellen visar också utvecklingen av medianvistelsetiden för respektive akutmottagning från 2010 till 2016.

Total vistelsetid på akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år

Totalt sett uppvisar de flesta akutmottagningarna med färre än 20 000 besök per år en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 3).

Skillnaden i medianvistelsetid är 1 timme och 31 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (3 timmar och 32 minuter) och kortast tid (2 timmar och 1 minut).

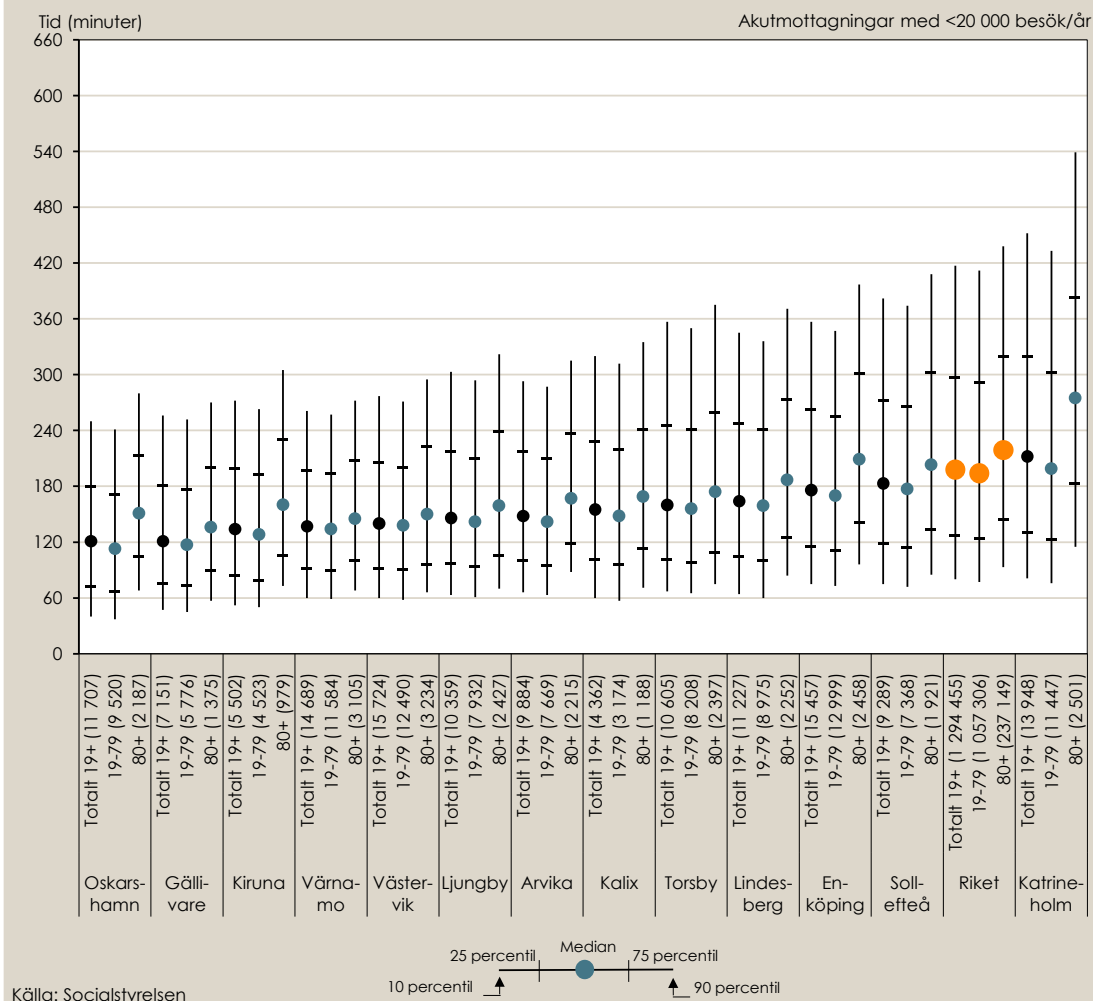
Genomgående för alla akutmottagningar i denna storleksgrupp är att patienter 80 år och äldre har en klart längre vistelsetid jämfört med yngre patienter. I mätningen av denna grupp ingår endast 13 akutmottagningar eftersom Avesta, Lycksele, Ängelholm och Örnsköldsvik är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 3. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Avesta, Lycksele, Ängelholm och Örnsköldsvik är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1).

Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen).

Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Total vistelsetid på akutmottagningar med 20 000–29 999 besök per år

Flera av akutmottagningarna med 20 000–29 999 besök per år uppvisar en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 4). Skillnaden i medianvistelsetid är 1 timme och 42 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 13 minuter) och kortast tid (2 timmar och 31 minuter).

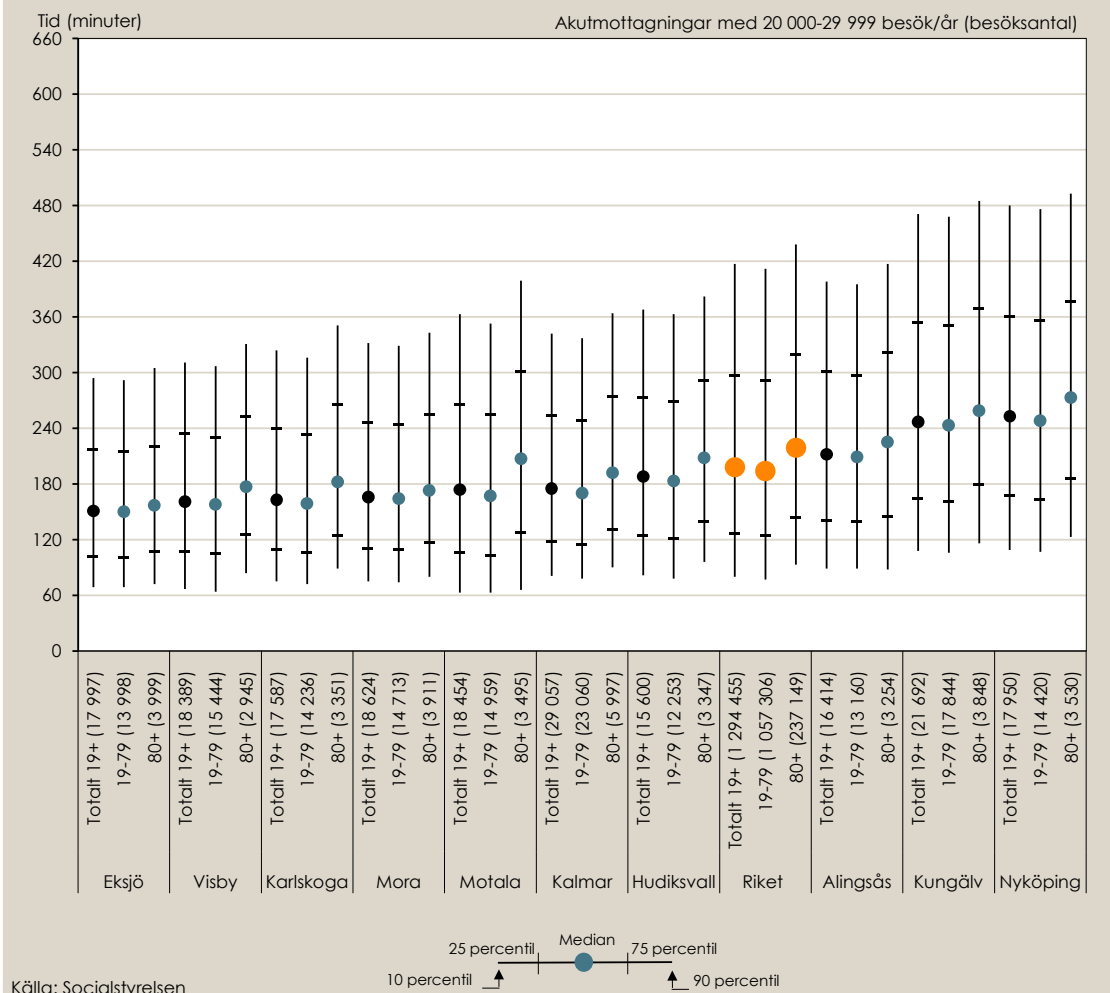
Genomgående för alla akutmottagningar i denna storleksgrupp är att patienter 80 år och äldre har en klart längre vistelsetid jämfört med yngre patienter. I mätningen av denna grupp ingår endast 10 akutmottagningar eftersom Norrtälje, Skellefteå och Ystad är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 4. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Norrtälje, Skellefteå och Ystad är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1).

Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen).

Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Total vistelsetid på akutmottagningar med 30 000–50 000 besök per år

Mer än hälften av akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år uppvisar en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 5). Skillnaden i medianvistelsetid är 1 timme och 32 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 28 minuter) och kortast tid (2 timmar och 56 minuter).

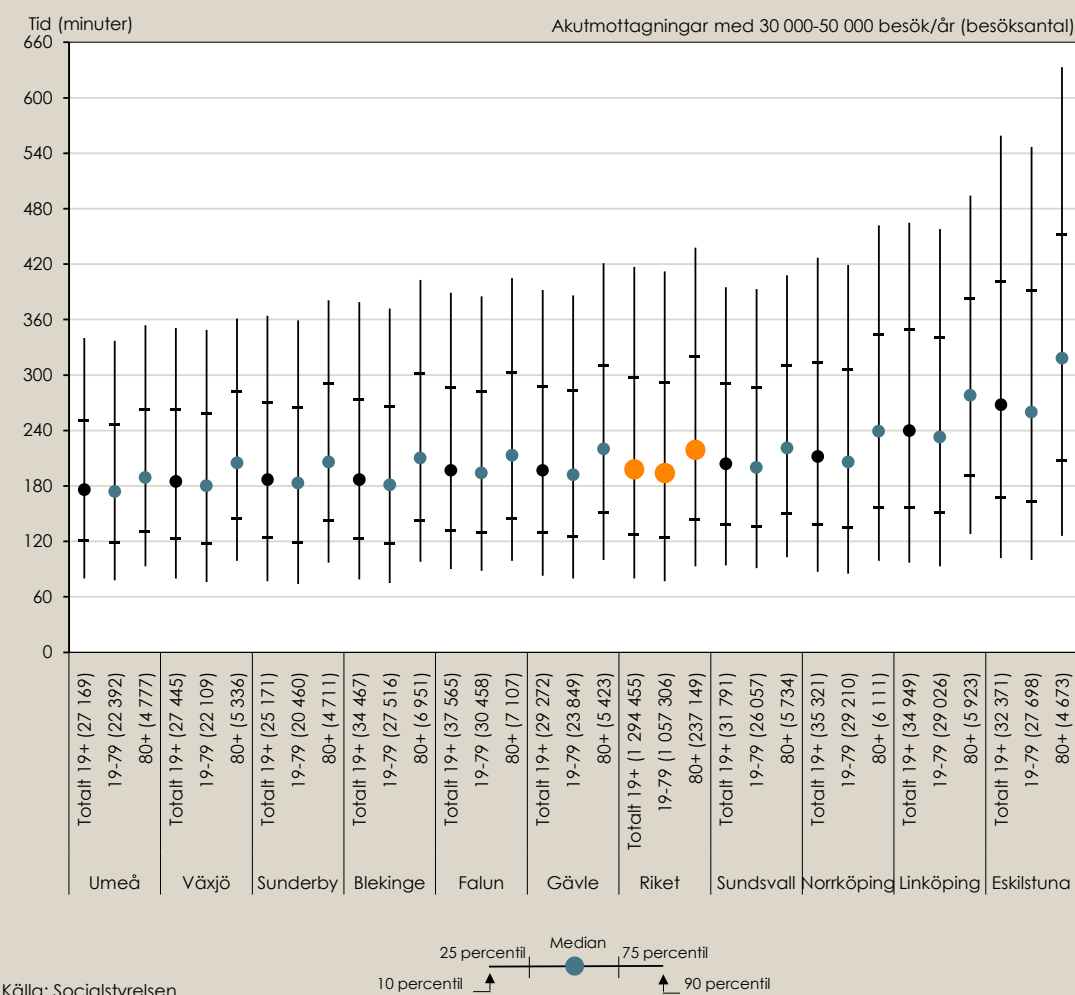
Genomgående för alla akutmottagningar i denna storleksgrupp är att patienter 80 år och äldre har en klart längre vistelsetid jämfört med yngre patienter. I mätningen av denna grupp ingår endast 10 akutmottagningarna eftersom Södertälje, Östersund, Halmstad och Varberg är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 5. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Södertälje, Östersund, Halmstad och Varberg är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1).

Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen).

Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Total vistelsetid på akutmottagningar med mer än 50 000 besök per år

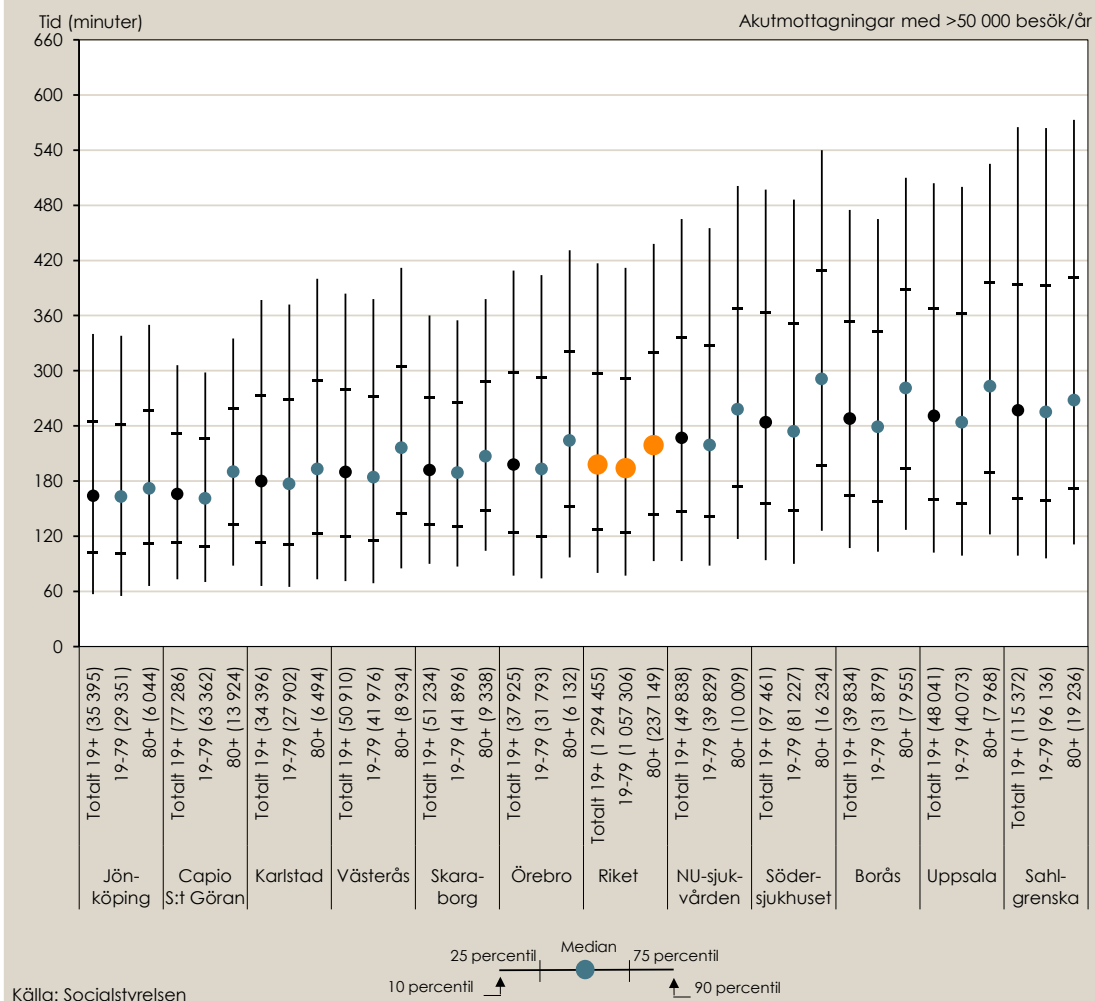
Nästan hälften av akutmottagningarna med mer än 50 000 besök per år uppvisar en längre medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 6).

Skillnaden i medianvistelsetid är 1 timme och 33 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 17 minuter) och kortast tid (2 timmar och 44 minuter).

För de flesta akutmottagningarna i denna storleksgrupp uppvisar patienter 80 år och äldre en längre vistelsetid jämfört med yngre patienter. I mätningen av denna grupp ingår endast 11 akutmottagningar eftersom Helsingborg, Lund, Malmö, Kristianstad, Danderyd, Karolinska Solna och Karolinska Huddinge är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 6. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Helsingborg, Lund, Malmö, Kristianstad, Danderyd, Karolinska Solna och Karolinska Huddinge är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1). **Mått i figuren:** 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen). Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Könsskillnader

Det skiljer 11 minuter mellan kvinnor och män vad gäller total vistelsetid i riket (3 timmar och 24 minuter respektive 3 timmar och 13 minuter). Den akutmottagning som hade störst skillnad mellan kvinnor och män låg på 2 timmar och 25 minuter för kvinnor jämfört med 2 timmar och 5 minuter för män. Eftersom det saknas data på andra faktorer som kan påverka vistelsetider (t.ex. allvarlighetsgrad) har hänsyn till dessa faktorer inte tagits.

Tid till läkare

Hälften av alla patienter som är 19 år och äldre får vänta 57 minuter eller mer på att bli bedömda av läkare. Tio procent av patienterna väntar mindre än 11 minuter, medan de tio procent som väntar längst får vänta 3 timmar och 30 minuter eller längre på att bli bedömda av läkare.

Skillnaden i medianväntetid är 1 timme och 19 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (1 timme och 40 minuter) och kortast tid (21 minuter).

Patienter 80 år och äldre uppvisar en medianväntetid på 51 minuter, dvs. 7 minuter kortare än för övriga patienter (19–79 år). Samtidigt får tio procent av patienterna 80 år och äldre vänta 3 timmar och 14 minuter eller längre på akutmottagningen innan de blir bedömda av läkare.

Rikets årsutveckling

För att kunna jämföra med tidigare år redovisas i figur 7 den totala vistelsetiden på data från patientregistret för åldern 0+ (0 år och äldre) och 80+ (80 år och äldre). Tiderna för åldersgrupperna 19+ (19 år och äldre), samt för 19–79 presenteras också. Dessa kommer fortsättningsvis att redovisas i framtida väntetidsuppföljningar.

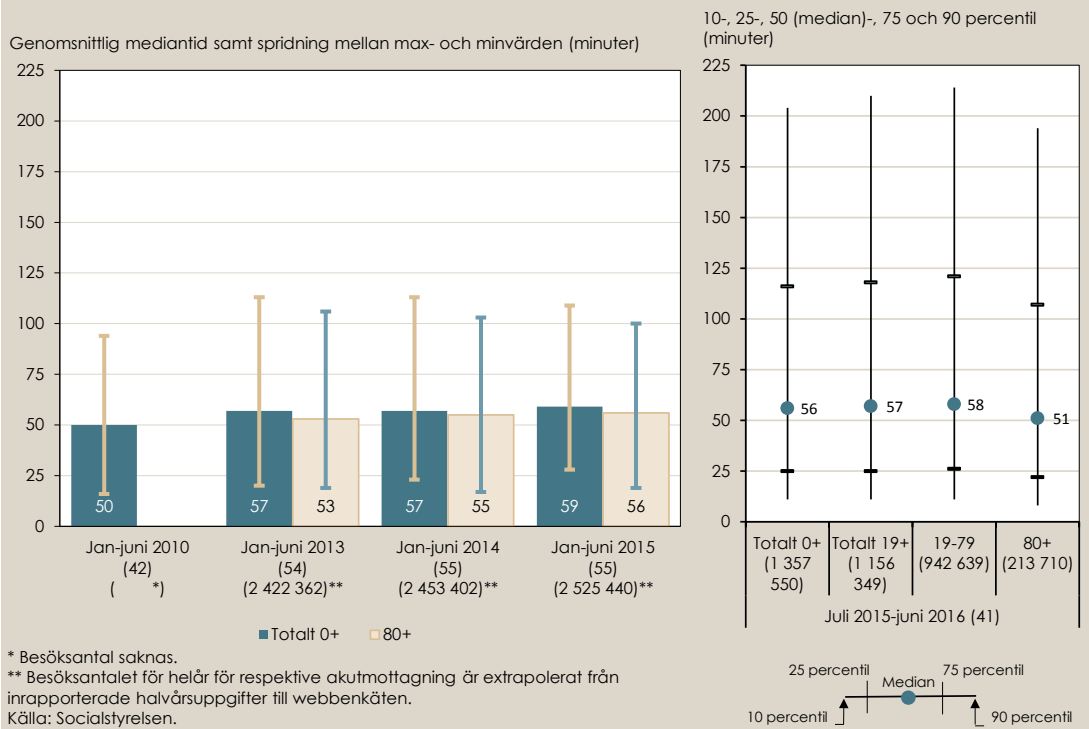
Figur 7 visar dels genomsnittligt medianvärde för väntetiden till läkarbedömning från tidigare års rapporteringar baserade på halvårsaggregerade data som inhämtats via webbenkäter (vänstra delfiguren), dels medianvistelsetiden för denna rapports inrapportering av 12-månadersperioden juli 2015–juni 2016 från patientregistrets individbaserade akutvårdsdata⁹ (högra delfiguren).

Rikets median för tid till läkare under 12-månadersperioden skiljer sig med endast 1 minut mellan totalerna 0+ och 19+ (figur 7). Tiden för totalen 0+ skiljer sig med 3 minuter från den sist redovisade webbenkätbaserade halvårsperioden januari–juni 2015, och skiljer sig med samma marginella tid från patientregisterdata under motsvarande period (se jämförelse i bilaga 4). I jämförelse med den första mätningen 2010 har tiden till läkare för totalen 0+ ökat med 6 minuter.

⁹ Baseras på akutvårdsdata från 41 av totalt 63 akutmottagningar som uppfyllde kvalitetssäkringskriterierna (läs mer om kvalitetssäkring i bilaga 1).

Figur 7. Tid till läkare

Antal akutmottagningar och besöksantal för varje år anges inom parentes.



Akutmottagningar

I figurerna 8–11 redovisas medianen och variationen i tid till läkare för akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år (figur 8), 20 000–29 999 besök per år (figur 9), 30 000–50 000 besök per år (figur 10), samt fler än 50 000 besök per år (figur 11). Storleksgrupperingen baseras på 2015 års inrapporterade besöksantal [5].

Den största spridningen av medianväntetider mellan akutmottagningarna återfinns i den största storleksgruppen (1 timme och 14 minuter). En stor variation av väntetiden uppvisas även inom samma akutmottagning.

Väntetidsmätningen baseras enbart på akutbesök som har båda mätpunkterna för väntetidsindikatorn *tid till läkare* inrapporterat (se täckningsgrad i tabell 2, bilaga 1).

Mediantiderna för tid till läkare för de enskilda akutmottagningarna återfinns även i tabell 7 i bilaga 5. Tabellen visar också utvecklingen av medianväntetiden till läkarbedömning för respektive akutmottagning från 2010 till 2016.

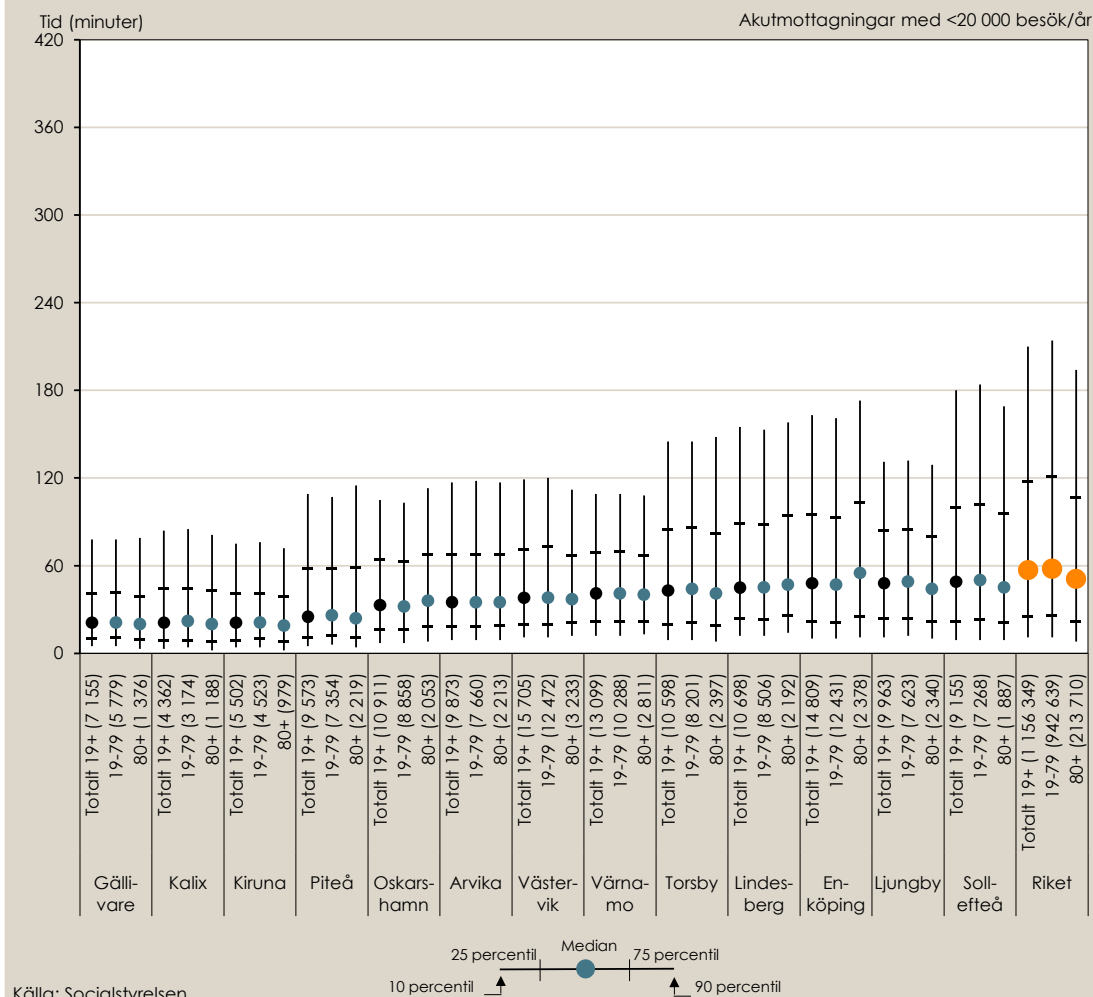
Tid till läkare på akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år

Totalt sett uppvisar akutmottagningarna med färre än 20 000 besök per år en kortare medianväntetid jämfört med rikets nivå (figur 8). Skillnaden i medianväntetid är 28 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (49 minuter) och kortast tid (21 minuter).

På några akutmottagningar i denna storleksgrupp har patienter 80 år och äldre några minuter kortare väntetid till läkarbedömning jämfört med yngre patienter, men ett par mottagningar visar motsatt bild. I mätningen av denna grupp ingår enbart 13 akutmottagningar eftersom Katrineholm, Avesta, Lycksele, Ängelholm och Örnsköldsvik är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 8. Tid till läkare under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Katrineholm, Avesta, Lycksele, Ängelholm och Örnsköldsvik är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1). **Mått i figuren:** 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen). Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Tid till läkare på akutmottagningar med 20 000–29 999 besök per år
Två tredjedelar av akutmottagningarna med 20 000–29 999 besök per år
uppvisar en kortare medianväntetid jämfört med rikets nivå (figur 9).
Skillnaden i medianväntetid är 60 minuter mellan akutmottagningen med
längst tid (1 timme och 38 minuter) och kortast tid (38 minuter).

På de flesta akutmottagningar i denna storleksgrupp uppvisar patienter 80
år och äldre en något kortare väntetid till läkarbedömning jämfört med yngre
patienter. I mätningen av denna grupp ingår endast 9 akutmottagningar
eftersom Ystad, Norrtälje, Skellefteå och Nyköping är exkluderade (se
beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

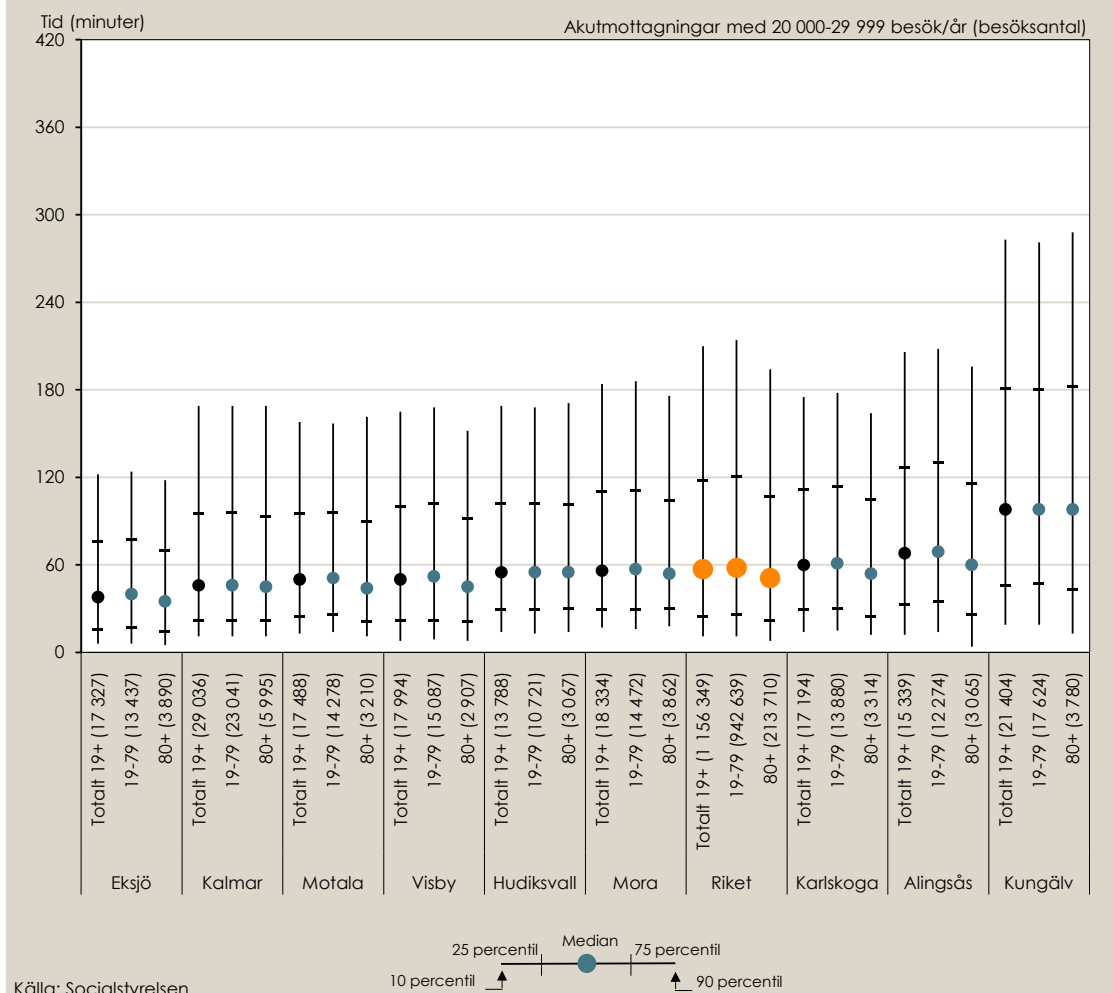
Figur 9. Tid till läkare under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Ystad, Norrtälje, Skellefteå och Nyköping är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1).

Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen).

Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat.

Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).

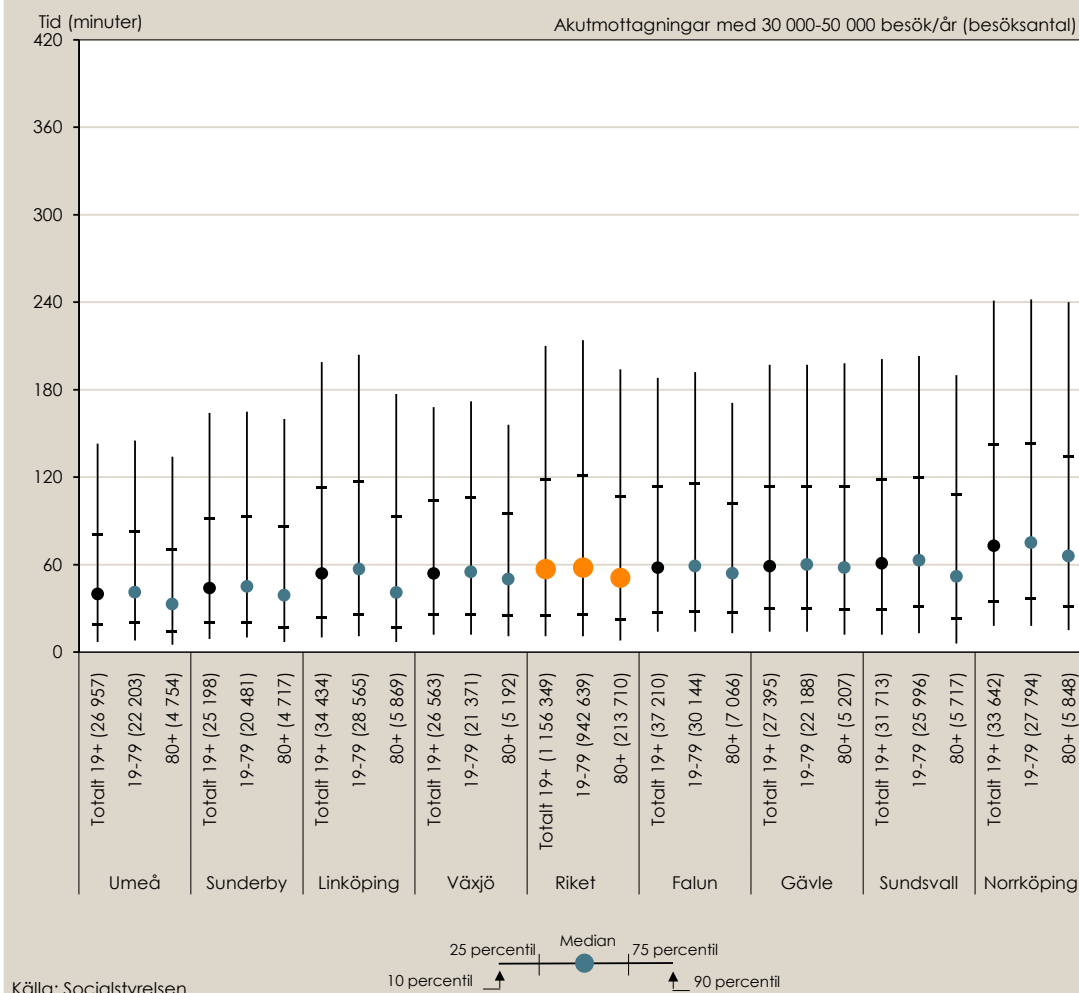


Tid till läkare på akutmottagningar med 30 000–50 000 besök per år
 Hälften av akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år uppvisar en kortare medianväntetid och den andra hälften en längre väntetid jämfört med rikets nivå (figur 10). Skillnaden i medianväntetid är 33 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (1 timme och 13 minuter) och kortast tid (40 minuter).

På de flesta akutmottagningar i denna storleksgrupp uppvisar patienter 80 år och äldre en något kortare väntetid till läkarbedömning jämfört med yngre patienter. I mätningen av denna grupp ingår endast 8 akutmottagningarna eftersom Blekinge, Södertälje, Östersund, Halmstad, Varberg och Eskilstuna är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 10. Tid till läkare under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Blekinge, Södertälje, Östersund, Halmstad, Varberg och Eskilstuna är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1). **Mått i figuren:** 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen). Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Tid till läkare på akutmottagningar med mer än 50 000 besök per år

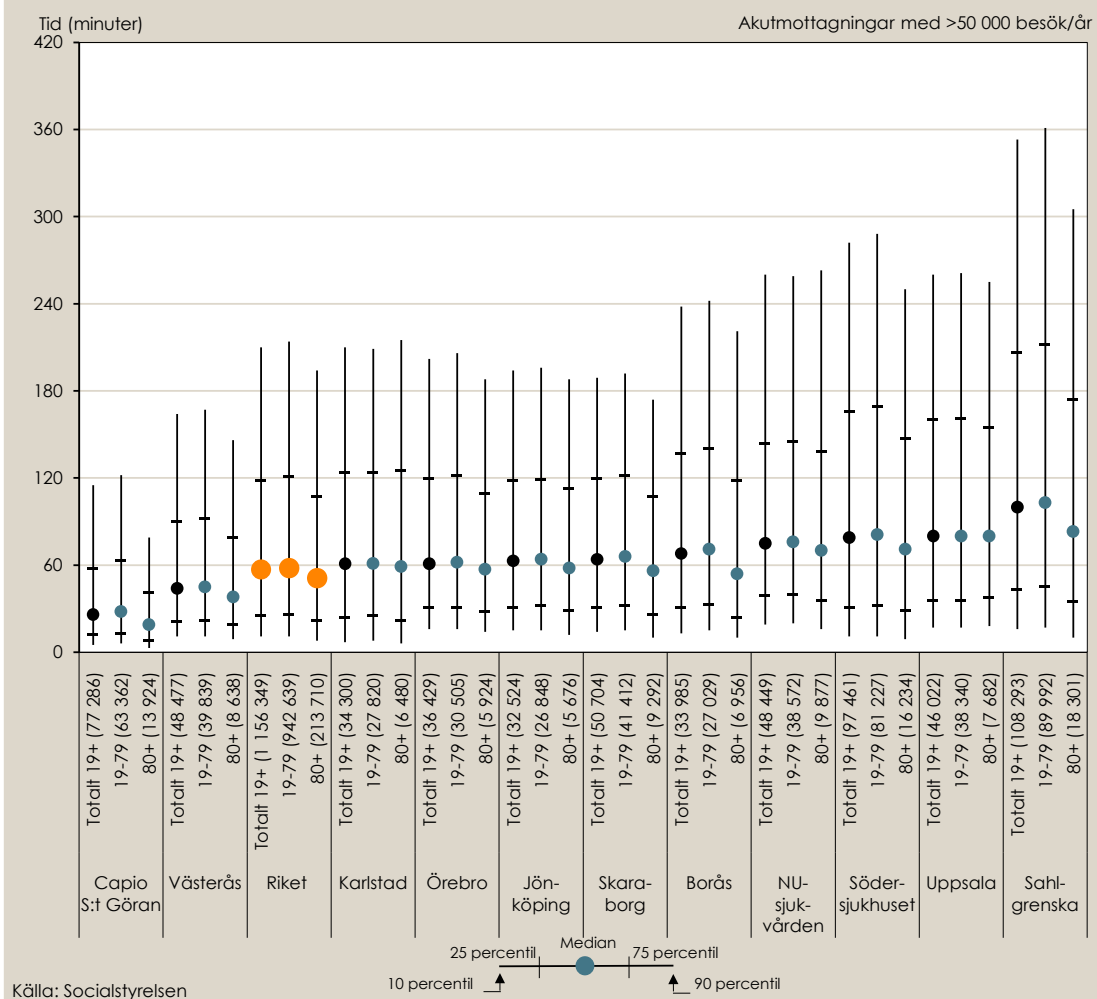
Huvuddelen av akutmottagningarna med mer än 50 000 besök per år uppvisar längre medianväntetid jämfört med rikets nivå (figur 11).

Skillnaden i medianväntetid är 1 timme och 14 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (1 timme och 40 minuter) och kortast tid (26 minuter).

I likhet med de övriga grupperna så har patienter 80 år och äldre något kortare väntetid jämfört med yngre patienter på de flesta akutmottagningarna. I mätningen av denna storleksgrupp ingår 11 akutmottagningar eftersom Helsingborg, Kristianstad, Lund, Malmö, Danderyd, Karolinska Huddinge och Karolinska Solna är exkluderade (se beskrivning av kvalitetsbrister i bilaga 1).

Figur 11. Tid till läkare under 12-månadersperioden (juli 2015–juni 2016)

Akutmottagningarna Helsingborg, Kristianstad, Lund, Malmö, Danderyd, Karolinska Huddinge och Karolinska Solna är exkluderade i figuren (se kvalitetsbrist i bilaga 1). **Mått i figuren:** 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktabara 2 i metoddelen). Antalsuppgiften inom parentes på X-axeln anger enbart akutbesök som har båda mätpunkterna inrapporterat. Akutmottagningarna är sorterade efter totalens median (har mörkare färgnyans).



Könsskillnader

Inga påtagliga skillnader observerades mellan kvinnor och män vad gäller tid till läkare i riket (59 minuter respektive 55 minuter). Den akutmottagning som hade störst skillnad mellan kvinnor och män låg på 66 minuter för kvinnor och 56 minuter för män. Eftersom det saknas data på andra faktorer som skulle kunna påverka tid till läkare (t.ex. allvarlighetsgrad) från den akutmottagningen, har hänsyn till dessa faktorer inte tagits.

Demografi och volymer

Antal akutbesök i specialiserad öppenvård

Tabell 8 visar en översikt över demografiska data vad gäller de inrapporterade akutbesöken i den specialiserade öppenvården, som står för denna rapportts väntetidsmätning, dvs. för perioden juli 2015 till och med juni 2016 (se kvalitetssäkring och täckningsgrad i bilaga 1).

Tabell 8. Antal akutbesök hos läkare i specialiserad öppenvård¹

	Antal	Män	Kvinnor
Riket	10 193 419	44 %	56 %
varav akuta besök oavsett var de handlagts	2 545 549	47 %	53 %
varav akutmottagningsbesök på akutmottagning med två eller flera specialiteter	1 825 434	50 %	50 %

¹ Halland, Skåne, Dalarna och Jämtland är exkluderade från denna mätning (se kvalitetssäkring och täckningsgrad i bilaga 1).

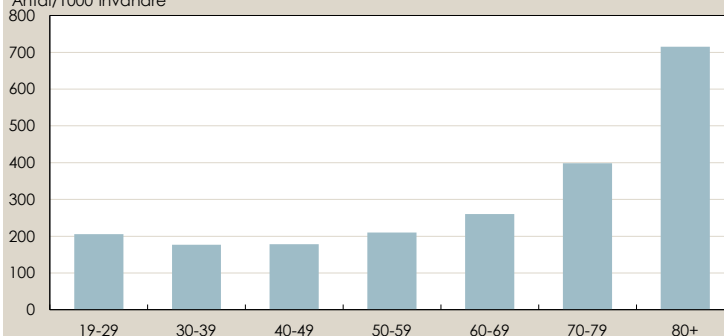
Antal besök per åldersgrupp

Trots de svårigheter som beskrivs i bilaga 4 att beräkna antal besök, väljer Socialstyrelsen ändå att visa antalet besök per åldersgrupp. Syftet är då främst att visa på de inbördes förhållandena mellan åldersgrupperna och inte på absoluta besöksantal. I figur 12 framträder precis som vid tidigare mätningar en tydlig bild av att antalet besök per 1 000 invånare ökar högst väsentligt i de äldre åldersgrupperna. På grund av skilda organisatoriska lösningar i olika landsting för akutverksamheten för barn är åldrarna 0–18 exkluderade.

Figur 12. Antal besök per 1000 invånare

Antal besök vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare för tidsperioden 2015-07-01 till 2016-06-30*.

Antal/1000 invånare



* Region Skåne är inte inkluderad i denna statistik eftersom de besök som resulterade i inskrivning i slutenvård ej rapporterats till patientregistret.

Källa: Socialstyrelsen

Fördjupad analys vid fem akutmottagningar

I föregående väntetidsrapport [5] konstaterades att en stor del av patienterna kommer till akutmottagningen på eget initiativ¹⁰, att vistelsetiden blir längre ju äldre patienten är, att patienter med medicinska och kirurgiska besvär får längre tider, att sannolikheten för längre tider ökar om patienten kommer till akutmottagningen på eftermiddagen, samt att vistelsetiden är längre om patienten skrivs in i slutenvård. Patientens kön var inte en påverkande faktor för långa vistelsetider.

I denna rapport som bygger på samma data som i föregående rapport analyseras vidare betydelsen av systemfaktorerna, *läkarens kompetens* och *överbeläggning*, för den totala vistelsetiden. Med *kompetens* menas i denna rapport den utbildningsnivå som läkaren har. Denna definition inkluderar inte läkarens erfarenhet. Läkarkompetenserna som analyseras i rapporten är kategorierna AT-läkare, ST-läkare eller specialist. Dessa läkarkompetenser identifierades som första behandlande läkare som patienten mött under besöket på akuten, och som antogs vara ansvarig för patientens totala vård och vistelsetid på akutmottagningen.

Faktaruta 4

Kompetens

Med kompetens menas i denna rapport läkarens utbildningsnivå och innefattar inte läkarens erfarenhet. Läkarkompetenserna som analyseras i rapporten är kategorierna:

- AT-läkare = Examinerad läkare som genomför allmäntjänstgöring (AT) för att bli legitimerad läkare
- ST-läkare = Legitimerad läkare som genomför specialittjänstgöring (ST) för att bli specialist i någon vald specialitet
- Specialist = Legitimerad läkare som genomfört specialittjänstgöring i någon vald specialitet.

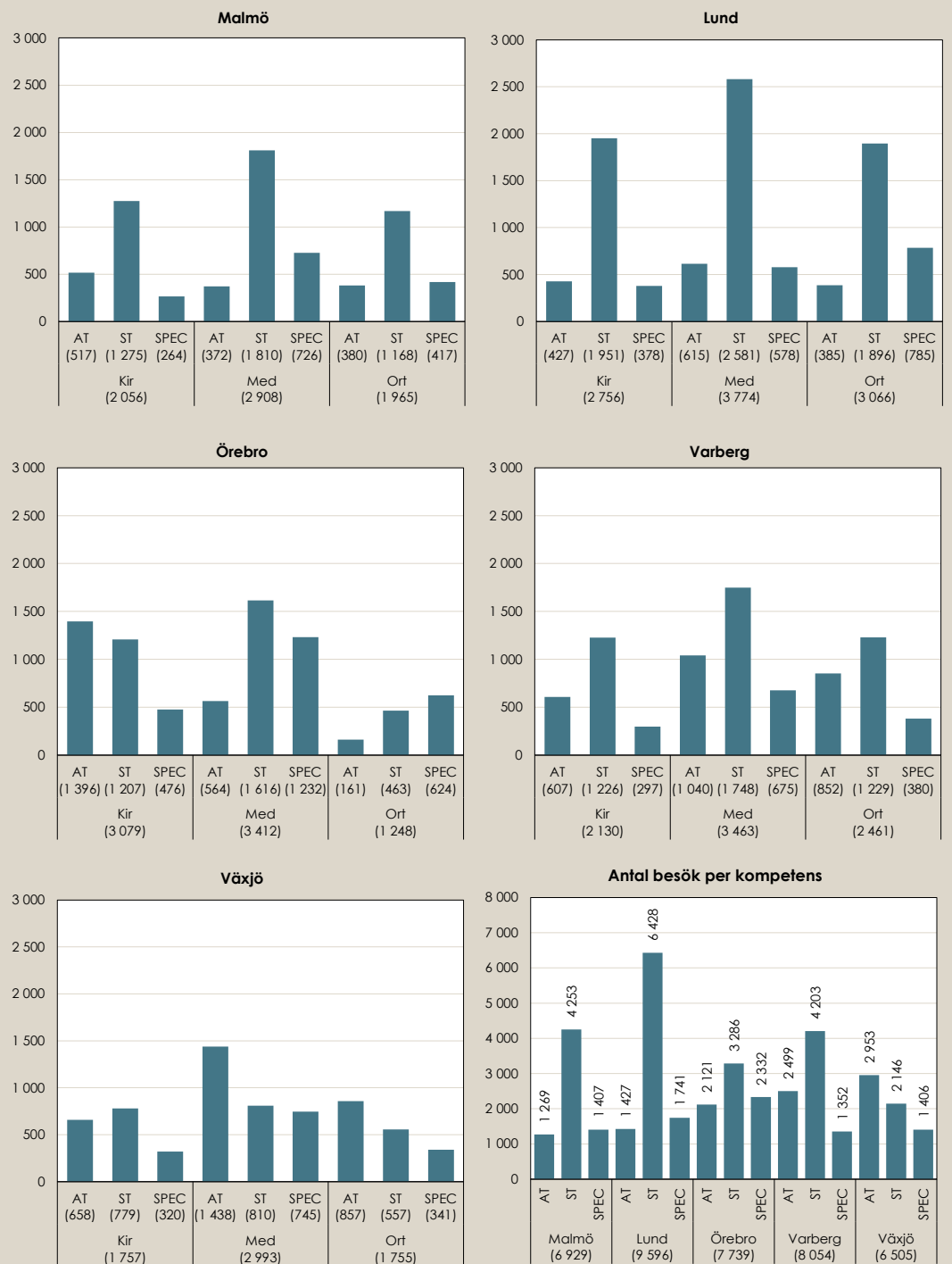
Patientflöden

AT- och ST-läkare tar hand om de flesta patienterna

Analysen visar att de flesta patienter, för alla fem sjukhus och alla specialiteter, tilldelades en läkare under utbildning (AT- och ST-läkare, figur 13). ST-läkarna hade totalt sett fler patientbesök än AT-läkarna med undantag av kirurgkliniken i Örebro, samt medicinkliniken och ortopedkliniken i Växjö. Ett annat undantag var ortopedien i Örebro där hälften av alla patienter på akutmottagningen behandlas av specialister. För de flesta akutmottagningar observerades att den största volymen fanns på medicinkliniken. Det fanns ingen skillnad vad gäller fördelning av kön på respektive kompetens per specialitet.

¹⁰ Patienterna var inte hänvisade av annan sjukvårdsinstans innan akutmottagningsbesöket.

Figur 13. Antalet akutbesök per kompetens fördelat på specialitet för respektive akutmottagning
Antal patienter redovisas inom parentes / på staplar.



Källa: Socialstyrelsen

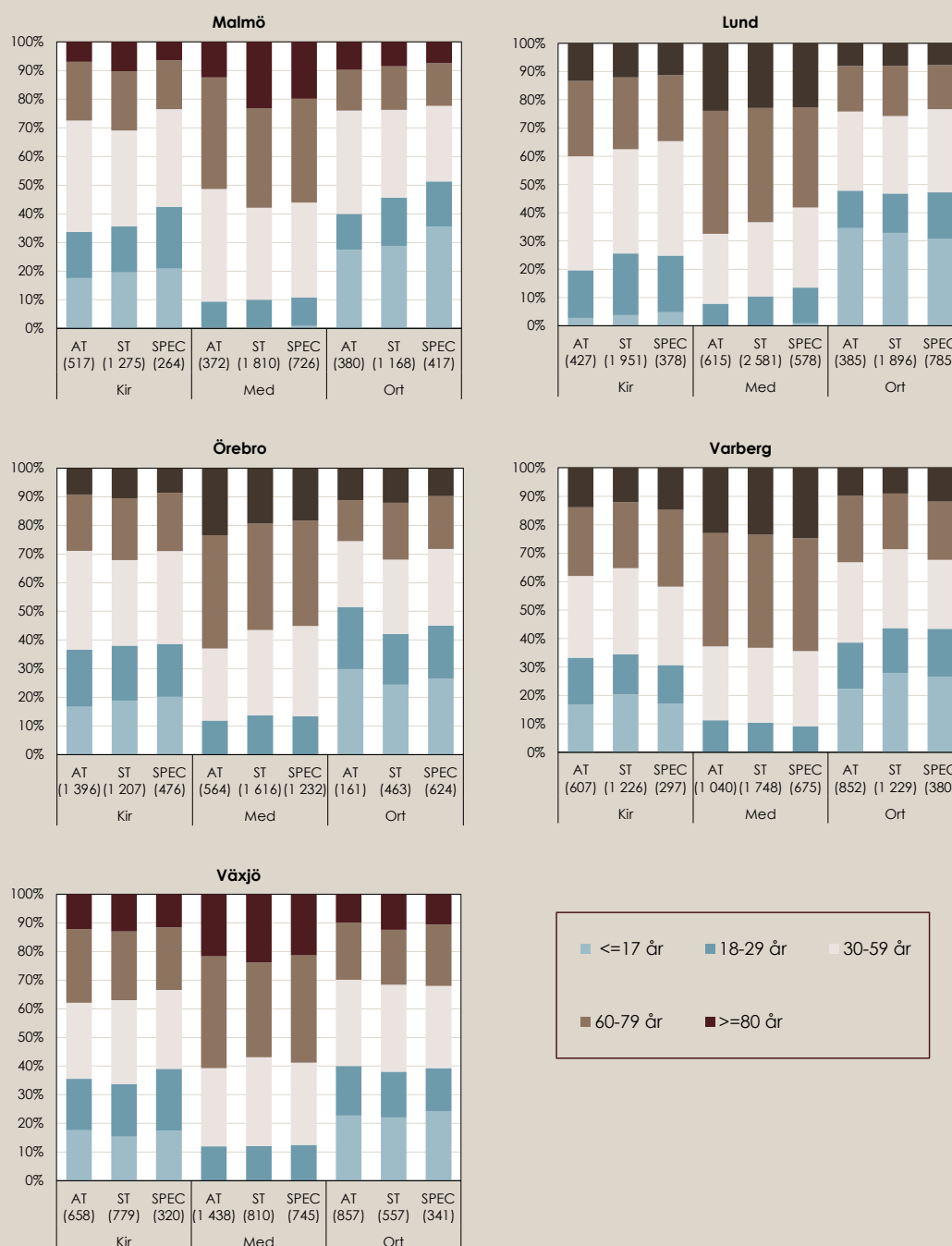
Jämn åldersfördelning mellan kompetenserna

Överlag för alla akutmottagningar var att det fanns en förhållandevis jämn åldersfördelning av patienter mellan kompetenserna, som också är konsekvent inom varje specialitet (figur 14). Vid absoluta antalet patienter per kompetens kunde det observeras att AT-läkarna på medicinkliniken och ortopedkliniken i Växjö träffade fler äldre patienter än övriga kompetenser inom respektive klinik. Patienter med medicinska åkommor var generellt sett

äldre än de patienter som sökte för kirurgiska eller ortopediska besvär. I förra rapporten observerades det att äldre hade flest förskrivna läkemedel [5], men vid analysen i denna rapport kunde vi inte se någon koppling mellan läkemedelsförskrivning och kompetens.

Figur 14. Andelen akutbesök per kompetens och ålder fördelat på specialitet för respektive akutmottagning

Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.

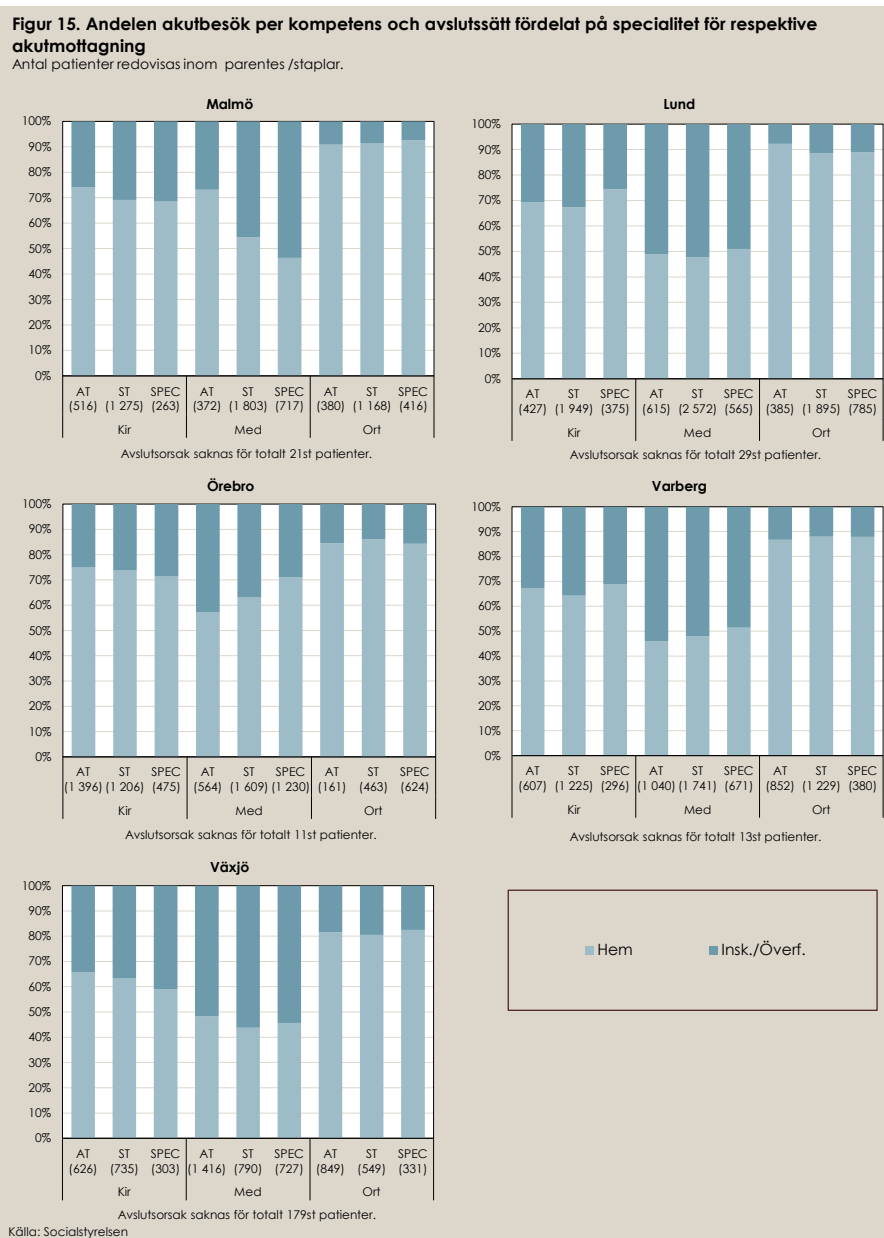


Källa: Socialstyrelsen

Inget generellt samband mellan kompetens och andelen inskrivna patienter

Generellt verkar inte förhållandet mellan hemgång och inskrivning skilja sig mellan kompetenserna. Vi kunde dock observera olika mönster på de olika sjukhusen. Till exempel observerades ett mönster att högre kompetenser skrev in fler patienter än lägre kompetenser på medicinkliniken i Malmö (figur 15). En motsatt bild, det vill säga att lägre kompetenser skrev in fler patienter än högre kompetenser, observerades på medicinkliniken i Örebro.

För alla fem akutmottagningar gällde att äldre patienter i högre grad än yngre skrevs in på sjukhus och att detta blev väldigt tydligt när det gäller patienter med medicinska besvär (figur 16–20, bilaga 6). Därefter kom patienter med kirurgiska åkommor och sist de med ortopediska besvär. Det är förhållandevis fler patienter som skrivs in på kvällen och natten. Denna trend observerades på alla sjukhus och kliniker, dock av varierande grad.



Mångbesökare sköts av alla kompetenser

Mångbesökare¹¹ utgjorde ungefär 10 procent av det totala besöksantalet. Andelen patienter med medicinska besvär (11–14 procent) var större och andelen med ortopediska besvär något mindre (3–6 procent). Mångbesökare på medicinklinikerna tenderade att vara äldre än de med ortopediska och kirurgiska åkommor, vilket förmodligen speglar den generella åldersfördelningen mellan specialiteterna (figur 14). Vi kunde inte se någon snedfördelning av dessa patienter på någon av de undersökta kompetenserna eller någon effekt av kön.

Utbildning och födelseland påverkar inte vilken kompetens patienten träffar

Högre andel patienter med medicinska besvär hade grundskole- och gymnasieutbildning jämfört med patienter med kirurgiska och ortopediska besvär. Detta speglar snarare den åldersfördelning som har beskrivits ovan (figur 14). Vi kunde inte se någon snedfördelning av dessa patienter på någon av de undersökta kompetenserna.

Vad gäller patienternas födelseland så fördelades patienterna jämnt på de undersökta kompetenserna och specialiteterna.

AT-läkare arbetar även på natten i Örebro, Varberg och Växjö

Såsom tidigare visat observerades det att antalet patientbesök var som högst på dagtid från morgon till eftermiddag [5]. Här hade alla kompetenser oavsett specialitet flest patientbesök (figur 16–20, bilaga 6).

AT-läkarna på medicinkliniken i Örebro utmärkte sig här med att ungefär 50 procent av deras patientbesök skedde på kvällen och natten (figur 16–20, bilaga 6). På de tre övriga akutmottagningarna tjänstgör AT-läkarna i varierande grad på kvällen och under natten (25–50 procent). I Malmö och Lund observerade vi att AT-läkarna framför allt arbetade på dagtid och endast några få timmar på natten.

Patienter med hög medicinsk prioritet sköts framför allt av ST-läkare och specialister

På alla akutmottagningarna med undantag av medicinkliniken i Örebro skötte ST-läkare och specialister i högre grad än AT-läkare patienter med hög klinisk prioritet (triagefärg röd) (figur 21). I Örebro bedömde AT-läkarna patienter med hög medicinsk allvarlighetsgrad i lika hög grad eller till och med i högre grad än ST-läkare och specialister.

Patienter med medicinska besvär hade generellt sett en tendens till högre allvarlighetsgrad (triagefärg röd eller orange) än övriga specialiteter. För alla fem akutmottagningar gällde att ortopedpatienterna hade lägst andel patienter med hög medicinsk allvarlighetsgrad (triagefärg röd).

Den medicinska prioriteten ökar med ålder och leder oftare till inskrivning i slutenvård

Sannolikheten för hög klinisk prioritet ökade med stigande ålder och också om patienten hade medicinska eller kirurgiska besvär (figur 22–26, bilaga 6).

¹¹ Mångbesökare = ≥ 4 besök senaste 12 mån (se utförlig definitionsbeskrivning i bilaga 3).

Figur 21. Andelen akutbesök per kompetens och triage fördelat på specialitet för respektive akutmottagning

Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



Se faktaruta 3 för beskrivning av färgkoderna.

Källa: Socialstyrelsen

På alla akutmottagningar skrevs patienter med högre allvarlighetsgrad (triagefärg orange–röd) oftare än övriga patienter in på sjukhus, oavsett kompetens eller specialitet.

Högre andel patienter med hög klinisk prioritet sökte också vård på kvällen och natten jämfört med patienter som sökte vård på övrig tid. Denna observation var oberoende av kompetens och specialitet.

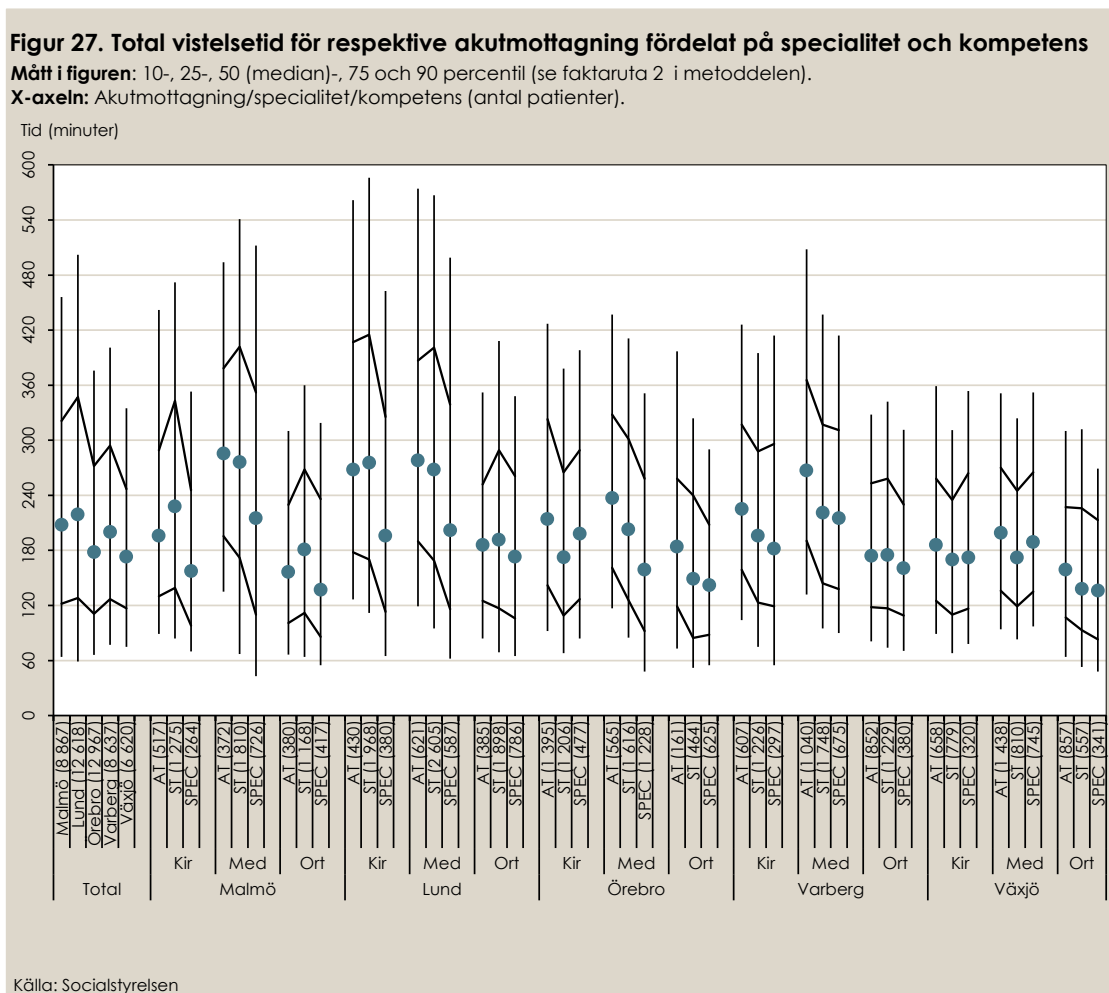
Väntetider

Olika kompetens resulterar i olika total vistelsetid

Figur 27 visar den totala medianvistelsetiden för patienterna beroende på om den första behandlande läkare som patienten mött under sin handläggning på akuten varit en AT-läkare, ST-läkare eller specialist. Varje akutmottagning är studerad utifrån de största kliniska specialiteterna kirurgi, medicin och ortopedi.

Störst variation (percentiler) i total vistelsetid observerades på de större akutmottagningarna i Malmö och Lund (Figur 27). På alla akutmottagningar var den totala medianvistelsetiden kortast för specialisterna.

Medianvistelsetiden var längre för AT-läkarna jämfört med ST-läkarna och specialisterna på akutmottagningarna i Örebro, Varberg och Växjö. Ingen skillnad i vistelsetid fanns mellan AT-läkarna och ST-läkarna i Lund. ST-läkarna i Malmö (kirurgi och ortopedi) hade längre vistelsetider än AT-läkarna.



Behandlingstid och vistelsetid

Den totala vistelsetiden inkluderar både tiden till läkarbedömning samt den övriga tid som patienten vistas på akutmottagningen tills patienten skrivs ut till hemmet eller skrivs in på sjukhus. Om *tid till läkarbedömning* dras från den *totala vistelsetiden*, blir *behandlingstiden* kvar, dvs. den egentliga tid som patienter får för utredning och behandling.

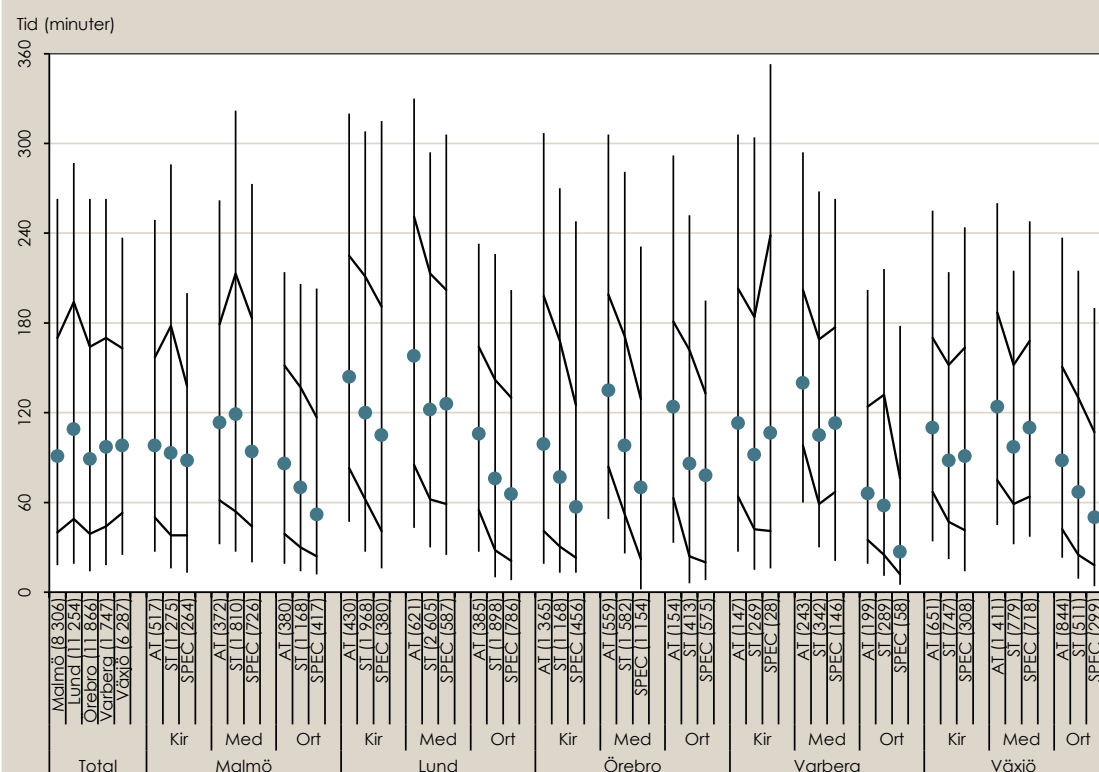
När behandlingstiden analyserades på samma sätt som den totala vistelsetiden kunde vi konstatera att spridningen och variationen mellan kompetenserna och sjukhusen var lägre, och minst spridning mellan kompetenserna för behandlingstiden observerades i Växjö (figur 28).

När behandlingstiden studerades i förhållande till den första läkaren som handlagt patienten, uppstod nu jämfört med den totala vistelsetiden ett mera övertygande mönster där behandlingstiden var längst för AT-läkarna (enda undantaget var den medicinska specialiteten i Malmö).

Figur 28. Behandlingstid för respektive akutmottagning fördelat på specialitet och kompetens

Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen).

X-axeln: Akutmottagning/specialitet/kompetens (antal patienter).



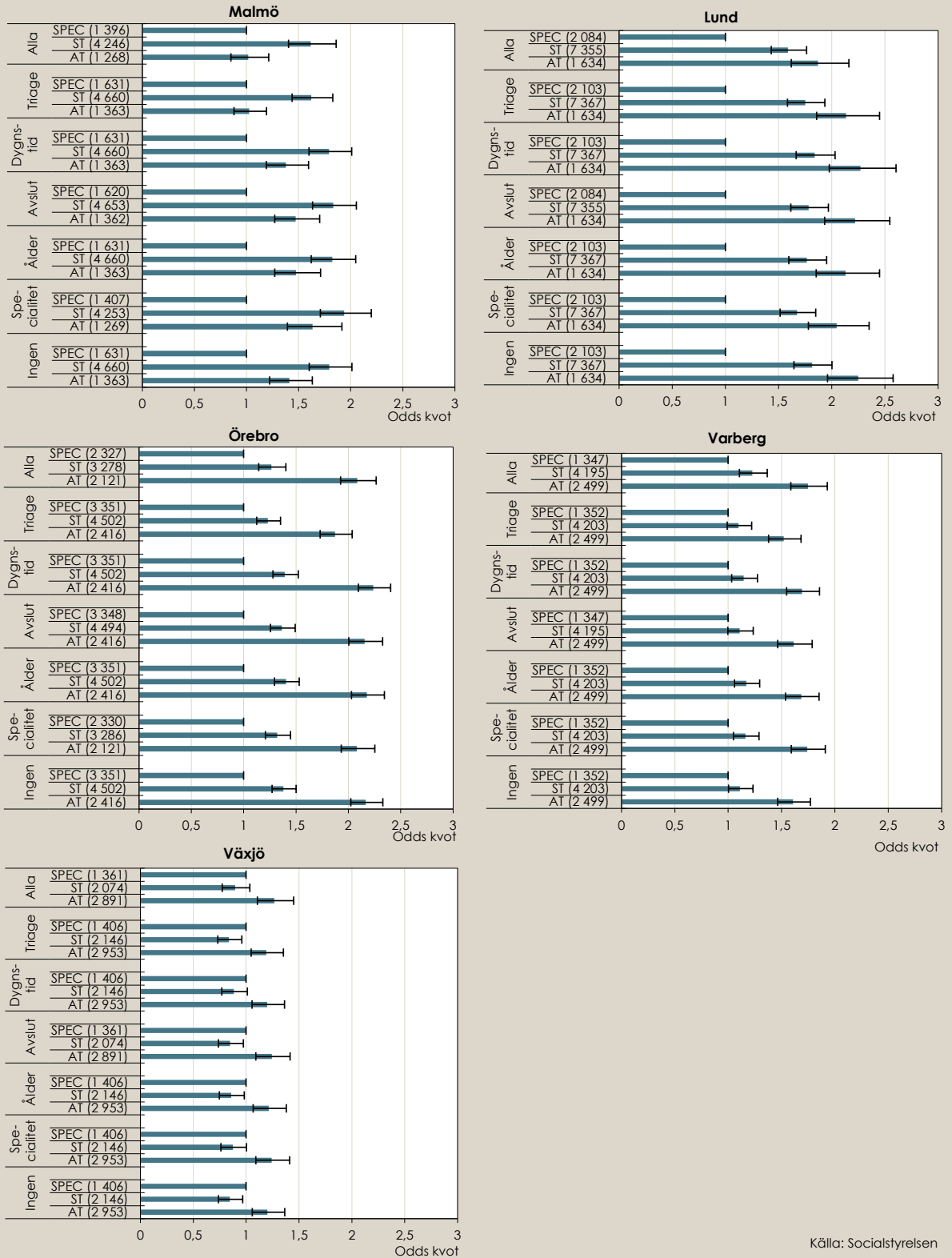
Källa: Socialstyrelsen

Sambandet mellan långa vistelsetider och kompetens

I figur 29 visas hur risken att vistelsetiden är lika med eller längre än 3 timmar är beroende av kompetens. Risken för en total vistelsetid på mer än 3 timmar är som högst om patientbesöket tilldelades en AT-läkare (undantag Malmö) även efter justering för påverkansfaktorer såsom klinisk specialitet, tid på dygnet, ålder och avslutssätt. I föregående rapport framkom dessa enskilda faktorer som riskfaktorer för en total vistelsetid på mer än 4 timmar.

Figur 29. Risk för en total vistelsetid mer än tre timmar per kompetens för respektive akutmottagning justerat för klinisk specialitet, ålder, avslutssätt, triage separat samt samlat

Den relativa risken (odds kvot) med 95 procents konfidensintervall. Antal patienter redovisas inom parentes.



Källa: Socialstyrelsen

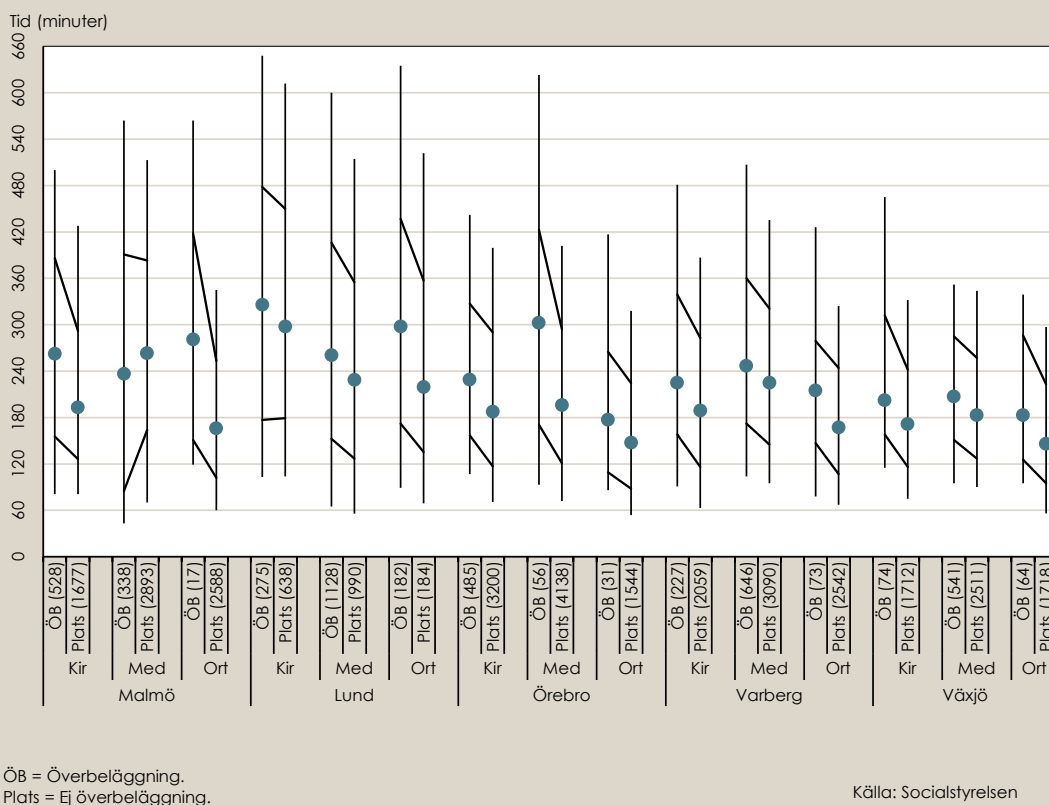
Beläggningssituationen påverkar den totala vistelsetiden

Figur 30 visar att den totala vistelsetiden är genomgående längre när en överbeläggningssituation (ÖB) råder på den aktuella specialitetens vårdavdelningar (undantag Malmö, medicinsk specialitet).

Definition av överbeläggning¹² och den metodologiska principen bakom överbeläggningssituationen beskrivs närmare i bilaga 3.

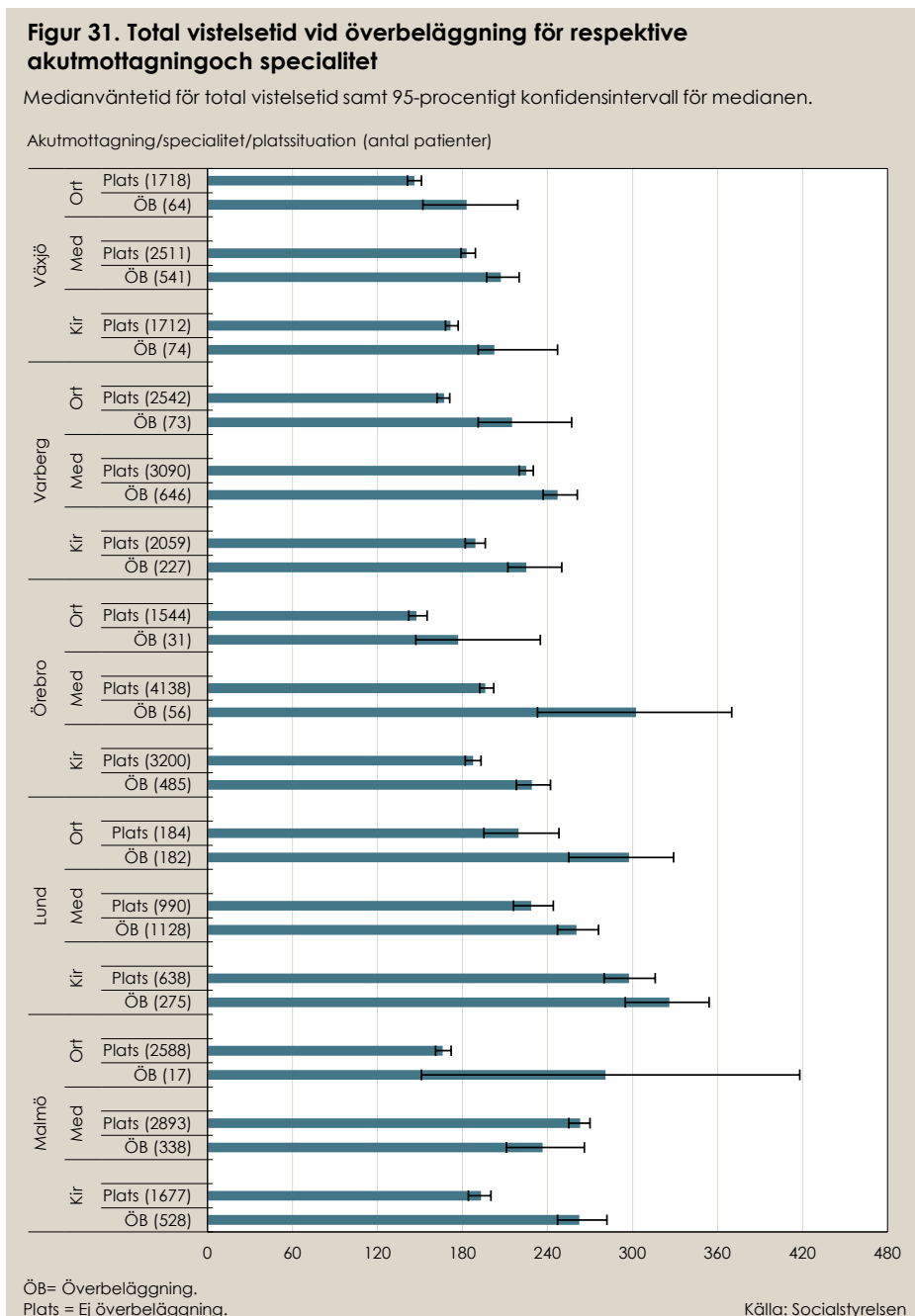
Figur 30. Total vistelsetid vid överbeläggning för respektive akutmottagning och specialitet

Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil (se faktaruta 2 i metoddelen).
X-axeln: Akutmottagning/specialitet/kompetens (antal patienter).



¹² Händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, vilket är en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Se bilaga 3 för metodologisk beskrivning av analysen för överbeläggningar.

Figur 31 nedan visar att den totala vistelsetiden för de flesta akutmottagningarnas specialiteter är statistiskt signifikant¹³ längre när en överbeläggningssituation (ÖB) råder på respektive specialitets vårdavdelning.



¹³ I figur 31 redovisas medianväntetiden i staplar med ett streck som anger 95 procent konfidensintervall. Konfidensintervallet anger den statistiska osäkerheten kring en enhets faktiska värde. Generellt gäller att enheter med färre observationer ger ett större utrymme för slumpen, och då blir konfidensintervallet bredare. Konfidensintervallet avspeglar inte andra felkällor som exempelvis bristfällig registrering. Jämförelserna av medianväntetiden bygger på det totala antalet observationer som finns att tillgå inom en tidsperiod. Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid som leder till en osäkerhet, som här beskrivs med 95 procent konfidensintervall. Konfidensintervallet för medianer blir sällan exakt 95 procent utan antar ett värde som är minst 95 procent.

Diskussion och slutsatser

Fortsatt långa vistelsetider

Vistelsetiden för patienter på akuten är fortsatt lång och medianen är nu för totalantalet patienter 3 timmar och 9 minuter. Var tionde patient vistas 6 timmar och 44 minuter eller längre på akutmottagningen.

För åldergruppen 19 år och äldre är mediantiden 3 timmar och 18 minuter. Av dessa vistas var tionde patient 6 timmar och 57 minuter eller längre på akutmottagningen.

Tidigare årliga mätningar med aggregerad enkätdata visade en trend där den genomsnittliga medianvistelsetiden för totalantalet patienter ökade med sammanlagt 31 minuter mellan 2010–juni 2015. I jämförelse med senaste årliga mätningen (januari–juni 2015) med data från patientregistret har dock ingen förändring av vistelsetiden skett.

Skillnaden mellan akutmottagningen med längst vistelsetid och den med kortast tid för åldergruppen 19 år och äldre är 2 timmar och 27 minuter. Detta speglar en stor variation över landet, men även variation inom samma akutmottagning påvisas.

Oförändrade tider till läkare

För totala patientantalet är medianen för tid till läkare 56 minuter, och har därmed inte förändrats påtagligt sedan 2010. Var tionde patient väntar 3 timmar och 24 minuter eller längre för sin läkarbedömning.

Hälften av alla patienter som är 19 år och äldre får vänta 57 minuter eller mer på att bli bedömda av läkare. Av dessa väntar var tionde patient 3 timmar och 30 minuter eller längre på akutmottagningen för att bli bedömd av läkare.

Skillnaden mellan akutmottagningen med längst tid och den med kortast tid för åldergruppen 19 år och äldre är 1 timme och 19 minuter för tid till läkare. Detta speglar en stor variation över landet, men även variation inom samma akutmottagning påvisas.

De allra äldsta patienterna har fortsatt längre vistelsetider

Vistelsetiden för patienter över 80 år är fortsatt lång och medianen är nu 3 timmar och 39 minuter. Detta är 25 minuter längre än medianvistelsetiden för patienter 19–79 år. Tio procent av patienterna 80 år och äldre får vänta längre än 7 timmar och 18 minuter på akutmottagningen innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården. Vad gäller medianväntetid till bedömning av läkare har denna grupp sju minuter kortare tid jämfört med patienter 19-79 år.

Socialstyrelsen har i föregående väntetidsrapport visat att hög ålder utgör en speciell riskfaktor för långa vistelsetider på akutmottagningen [5]. Det

beror bland annat på att de äldre patienterna oftast kommer vid en tidpunkt då det är höga patientflöden på akutmottagningen samt att de oftare än yngre patienter behöver skrivas in i slutenvård.

Myndigheten kan i denna studie även visa att äldre patienter framför allt söker för besvär som kräver omhändertagande vid medicinkliniken som därför vid höga flöden av äldre patienter utsätts för hög belastning. Denna fördelning av äldre patienter till i huvudsak en klinik kan sannolikt förklara en del av de långa vistelsetiderna för äldre på akutmottagningen.

Sammantaget visar Socialstyrelsens data att om de långa vistelsetiderna för äldre ska kunna kortas krävs genomgripande förändringar av vården av äldre patienter. I föregående rapport diskuterades olika sätt att lösa detta på, exempelvis med geriatriska spår eller geriatriskt omhändertagande med multidisciplinärt team [5, 8]. Även den sociala omsorgens kapacitet samt kompetens har betydelse för omhändertagandet av de äldre, vad gäller att dels förebygga inflödet till akutmottagningarna, dels ta emot de äldre efter akutvårdsvistelsen. I en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen nämns bland annat dessa aspekter som bidragande orsaker till att öppenvården och omsorgen har svårt att omhänderta de äldre patienterna efter deras sjukvårdsvistelse [9]. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) har det bland annat föreslagits ett separat primärvårdsspår för multisjuka äldre [10]. Inom vissa landsting och regioner har även mobila hembesöksteam för de mest sjuka äldre prövats, där bland annat samverkan sker mellan sociala omsorgen, öppenvården och slutenvården [11]¹⁴. Bland annat nämns att många akutmottagningsbesök har kunnat undvikas samt att patienterna upplevt mycket gott omhändertagande.

Orsaker till långa vistelsetider på akutmottagningen

Socialstyrelsens kartläggning och analys av vistelsetiderna på fem akutmottagningar har identifierat flera faktorer och situationer som ökar risken för långa vistelsetider på akutmottagningarna.

Analysen har tidigare visat att de främsta orsakerna för vistelsetider mer än fyra timmar på akutmottagningen är hög ålder, den mottagande klinikkens kapacitet (framför allt medicinkliniken), tidpunkt på dygnet patienten besöker akutmottagningen (tidpunkt med högt patientflöde: eftermiddag/kväll) samt behov av inskrivning i slutenvård.

Dessa fynd bekräftas i en studie från Karolinska sjukhuset i Solna samt i en nyligen publicerad översiktsartikel [12, 13].

Akutmottagningen bemannas i hög grad av läkare under utbildning

Socialstyrelsens rapport visar att det finns en stor variation i bemanningen mellan sjukhusen men också inom de olika kliniska specialiteterna och över dygnet. De fem akutmottagningarna bemannas till stor del av läkare under

¹⁴ www.narsjukvarden.se

utbildning (AT- och ST-läkare). Analyserna grundas på antalet patientbesök som varje studerad kompetenskategori handlagt (se faktaruta 4).

För att ytterligare kunna studera läkarkapaciteten på de fem akutmottagningarna skulle ett sätt kunna vara att analysera den schemalagda bemanningen som utgör en ”basbemanning” i förhållande till antalet patientbesök. Denna schemalagda bemanning motsvarar dock inte alltid den faktiska bemanningen på akutmottagningen och har därför inte analyserats.

Hög belastning försvårar situationen för läkare och patienter

Socialstyrelsen kan i denna kartläggning konstatera att många AT-läkare hade en stor andel av sina patientbesök på kvällen och natten (Örebro, Varberg, Växjö). Vidare observerades att en stor andel patienter på kvällen och natten skrevs in i slutenvård och att många av patienterna under denna tid hade en hög medicinsk allvarlighetsgrad (triagefärg röd–orange). Denna belastning i form av höga flöden på kvällen och allvarligt sjuka patienter på natten ställer höga krav på AT-läkaren. Oftast är det också så att handledarstödet på kvällen och natten minskar då den ordinarie arbetstiden övergår i jourtid. Denna situation är inte unik för de svenska sjukhusen. En intervjustudie från Storbritannien visar att läkare med kortare erfarenhet ofta känner sig otrygga med nattarbetet och dess krav [14].

Arbetet på akutmottagningen innebär hög stress och en hög arbetsbelastning [15]. I den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört av patientsäkerheten på akutmottagningar var några av slutsatserna att akutmottagningarna i landet står inför stora utmaningar på grund av det ökade antalet patientbesök och att patientsäkerhetsrisker bland annat ligger i otillräcklig bemanning samt bristande kompetens och erfarenhet [16, 17].

Socialstyrelsen kan anta att utbildning av AT-läkare och ST-läkare samt kompetensutveckling av övriga personalkategorier på akutmottagningen påverkas negativt av den belastningssituation som kartläggningen påvisar. Det finns studier som belyser denna typ av situationer [18, 19]. Under hög belastning med många patienter finns frågetecken om hur utbildning och ansvar fördelas. I enlighet med IVO:s principbeslut^{15, 16} om icke legitimerade läkares arbete på akutmottagningar, ska inte heller AT-läkare i normalfallet arbeta självständigt utan tillgång till en legitimerad läkare nära till hands som ansvarar för patienten. Dock kan individuella bedömningar göras.

I stressade situationer med hög belastning finns dock risker för att dessa förutsättningar inte kan uppfyllas. För AT-läkaren innebär detta att denne konfronteras med situationer där kompetensen brister. För specialisten innebär det en svårighet i arbetet med att överblicka, ge utbildning och ha ansvar för flera AT-läkare parallellt med att ha egna patienter under hög patientinströmning. För patienten innebär denna situation en säkerhetsrisk och längre vistelsetider. För att säkerställa en god patientsäkerhet och förebygga längre vistelsetider fordras en ordentlig genomgång av ansvar och

¹⁵ <http://www.ivo.se/tillsyn/detta-ser-ivo/principiella-beslut/Icke-legitimerade-lakare-akutmottagning/>

¹⁶ <http://www.ivo.se/tillsyn/detta-ser-ivo/principiella-beslut/ytterligare-information-icke-legitimerade-lakare-akutmottagning/>

bemanning. Därmed kan det antas att läkarna också kommer att kunna känna sig trygga med arbetet på akutmottagningen. Dessa förutsättningar behöver tillgodoses så att även läkare under utbildning har sin givna plats på akutmottagningen.

Socialstyrelsen gjorde en undersökning för att koppla patienternas egna upplevelser av sin vistelse på akutmottagningen till de väntetider som mättes i kartlägningsstudien med de fem akutmottagningarna. På grund av alldeles för låg svarsfrekvens kunde vi dock inte analysera materialet. Den nationella patientenkäten som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för följer vartannat år hur patienter upplever sin vistelse på akutmottagningar¹⁷. Resultaten från den senaste mätningen som gjordes hösten 2016 är ännu inte publicerade.

Läkarkompetensen har betydelse för väntetiderna

Socialstyrelsens analyser av de fem akutmottagningarna har visat att patienter som behandlas av AT-läkare har längre vistelsetider och behandlingstider än de som behandlas av läkare med högre utbildningsnivå. Detta var inte kopplat till patientsammansättningen i fråga om kön, ålder, utbildning, födelseland, läkemedelsförskrivning, vilken medicinsk prioritet patienten hade eller om patienten skrevs in i slutenvården.

De läkare som arbetar på akutmottagningen har stor möjlighet att påverka patienternas vistelsetid. Läkaren är den som ansvarar för det medicinska beslutet om patienten ska skrivas in eller utredas vidare på akutmottagningen, och den som ordinerar prover och beställer undersökningar. Under situationer med hög belastning minskar dock läkarens förmåga att påverka vistelsetiderna för patienterna [20, 21].

Studier påvisar att läkare med längre erfarenhet har en tydligare plan för patienten, till exempel om patienten ska skrivas in på sjukhus eller inte [22-29]. Det förefaller logiskt att läkare med högre utbildningsnivå har bättre kunskap och känner sig tryggare med sin roll på akutmottagningen jämfört med läkare som befinner sig i ett tidigt skede av sin utbildning. Därför torde de sistnämnda oftare känna sig osäkra och i behov av råd och hjälp. Det är också visat att läkare med längre erfarenhet på akutmottagningen bidrar till en ökad patientsäkerhet, förbättrar patientflödet, sänker mortaliteten och bidrar till att färre patienter som kommer tillbaka till akutmottagningen inom 72 timmar [22-29].

Detta är dock inte entydigt för andra studier visar att patienter som träffade läkare med längre erfarenhet har en något längre vistelsetid jämfört med övriga patienter [23, 24] och en ökad sannolikhet att skrivas in till slutenvården [30, 31], men att den senare beror på individuella skillnader [32-34].

I Socialstyrelsens föregående rapport om kartläggningen av de fem akutmottagningarna [5] kunde vi observera att en högre andel patienter med intermediär medicinsk prioritet (triagefärg gul) hade längre vistelsetider på akutmottagningen, medan patienter med högst medicinsk prioritet (triagefärg röd) hade en kortare vistelsetid på akutmottagningen. Detta beror

¹⁷ <https://patientenkat.se/>

förmodligen på att patienterna med högre medicinsk prioritet får ett snabbare omhändertagande och dessutom behöver komma vidare till definitiv vård.

Data i denna rapport visar att AT-läkarna i större utsträckning handlägger patienter med en intermediär medicinsk prioritet (triagefärg gul), medan en större andel patienter med hög medicinsk prioritet hanterades av läkare med högre kompetens, dvs. ST-läkare och specialister. Detta kan till en del förklara våra observationer.

Vården bedrivs ofta i form av teamarbete

De analyser som Socialstyrelsen har genomfört baserar sig på att den första läkaren som patienten träffar också är ansvarig för patientens totala vård och vistelsetid på akutmottagningen. Vården av patienten bedrivs ofta i form av ”teamarbete” bestående av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor med olika utbildningsnivåer. I ett teamarbete är det svårt att identifiera och relatera till de enskilda faktorerna som kan påverka vistelsetiderna.

Tidigare studier visar att teamarbete förbättrar omhändertagandet [35-37], men att patienter som behandlas av läkare med olika utbildningsnivåer tillsammans förlänger vistelsetiden på akutmottagningen [38]. Det förefaller sannolikt att detta är en delförklaring till våra observationer, det vill säga att AT-läkarnas patienter har längre vistelsetider än övriga patienter. AT-läkaren har ett större behov av att diskutera patienten med övrig personal och kollegor i teamet samt oftare fråga om råd än läkare med högre kompetens, såsom ST-läkare och specialister. Som påpekats tidigare ska AT-läkare, i enlighet med IVO:s principbeslut^{15,16}, dessutom ha en patientansvarig legitimerad läkare nära till hands och om detta stöd inte finns tillgängligt på plats behöver AT-läkaren vänta på eller aktivt söka upp stödet. Detta är ett arbetssätt som de fem akutmottagningarna arbetar enligt och påtalar som en situation som naturligt kommer att påverka vistelsetiden.

Förutsättningarna för ett bra teamarbete på akutmottagningen med olika läkarkompetenser behöver utredas ytterligare då det finns ett behov av att effektivisera arbetet på akutmottagningarna. Det är också viktigt att AT-läkarna får rätt stöd i teamet i form av tillgängliga läkare på akutmottagningen som är legitimerade eller specialister. Detta för möjligheten till en snabb konsultation för att reducera risken för förlängda vistelsetider, samt för att säkerställa god patientsäkerhet [17].

Triagering leds oftast av sjuksköterskor

Triage är en bedömning av patientens medicinska allvarlighetsgrad och genomförs på alla akutmottagningar. Vanligtvis genomförs triage av olika kompetenser, oftast av sjuksköterskor tillsammans med undersköterskor eller medicinska sekreterare. Triagering hos de fem akutmottagningarna i kartlägningsstudien var under studieperioden sjuksköterskeledd. Studier visar dock att triagebedömningen effektiviseras och vistelsetiderna för patienterna på akutmottagningen sjunker om erfarna läkare inkluderas i detta team [39-44]. Ingen av de akutmottagningar som ingick i Socialstyrelsens analys hade en läkarledd triage. Dock hade detta prövats i Örebro innan denna studie med gott resultat [45], och har även sedan några år blivit ett framgångsrikt arbetssätt på Capio S:t Göran [43].

Akutläkare kommer att införas

Den nuvarande bemanningsstrukturen för läkare på akutmottagningen kommer sannolikt att förändras över tid som ett resultat av införandet av akutsjukvård som basspecialitet¹⁸ och kan därför komma att förändra bilden av dagens akuta omhändertagande. Akutmottagningen kommer dock att kvarstå som utbildningsplats för AT-läkare och även ST-läkare som kommer att bemanna akuten i varierande grad.

Överbeläggningar leder till förlängda vistelsetider

Socialstyrelsen identifierade i den föregående rapporten [5] att inskrivning i slutenvården är en riskfaktor för längre väntetider på akutmottagningen. Orsaker till detta kan vara att patienter på grund av svårbedömda besvär på akutmottagningen har genomgått en längre utredning som till slut resulterar i en inskrivning men också att tillgängliga vårdplatser saknas. Bristen på vårdplatser skulle delvis kunna förklaras med svårigheterna i övergången av patientens omhändertagande mellan slutenvård och öppenvård och omsorg [9]. Färre tillgängliga vårdplatser kan också leda till förlängda vistelsetider eftersom patienterna i högre utsträckning måste färdigbehandlas på akutmottagningen. Socialstyrelsen har i denna rapport påvisat att en överbeläggningssituation i olika grad bidrar till längre vistelsetider.

Internationella studier visar också att vistelsetiden på akuten ökar vid avsaknad av tillgängliga vårdplatser [20, 46-59]. Svenska studier visar att brist på tillgängliga vårdplatser för akuta patienter leder till att färre patienter blir inskrivna [60, 61]. Det är dock oklart vilka konsekvenserna är om patienterna skrivs hem istället för att bli inskrivna i slutenvård. Det finns även studier som visat att patienter som vårdats på överbelagda slutenvårdsavdelningar har större risk att återinläggas inom 30 dagar [60, 61].

Högre andel patienter skrivs in när antalet vårdplatser är minst

Socialstyrelsen observerade i föregående rapport [5] att andelen patienter som skrevs in på kvällen och natten var högre än övriga tider på dygnet, samtidigt som antalet tillgängliga vårdplatser var som minst på kvällen och natten. Detta skulle delvis kunna förklara de längre vistelsetider som konstaterades på kvällen för vissa akutmottagningar i studien men även de långa vistelsetiderna tidigt på förmiddagen och vid lunch. Det råder således ingen balans mellan tillgängliga vårdplatser och det höga inflödet av patienter på kvällen och under förmiddagen. En åtgärd för detta skulle vara att frigöra platser då patientinflödet är som högst med hjälp av bättre planering av utskrivning från vårdavdelningar.

Sjukhusen behöver ett effektivt system för att planera vårdplatser

Sveriges Kommuner och Landsting följer regelbundet antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser på landets

¹⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

sjukhus¹⁹. Statistik för riket påvisar fortsatt månatliga situationer med överbeläggningar och utlokaliserade patienter på landets sjukhus i olika hög grad beroende på region men även månad.

Hantering av överbeläggningssituationen på vårdavdelningarna ligger utanför akutmottagningarnas ansvarsområde och akutmottagningarna har små möjligheter att påverka denna. Trots detta upplever de fem akutmottagningarna att konsekvenserna av överbeläggningssituationen blir enbart ett akutmottagningsproblem.

Socialstyrelsen kan därför dra slutsatsen att långa vistelsetider på landets akutmottagningar är ett delresultat av brist på tillgängliga vårdplatser och att detta med hög sannolikhet bidrar till den belastningssituation som uppkommer på akutmottagningen då många patienter ackumuleras i väntan på vårdplats samtidigt som inströmningen av övriga patienter fortsätter. Det finns för sjukhusen ett behov av att snabbt identifiera och planera för lättillgängliga och specialanpassade korttidsvårdplatser (för exempelvis geriatriska patienter, patienter som ligger och väntar på undersökningar eller provtagning, patienter med hjärtflimmer, patienter som inväntar transport till andra sjukhus) men även tillgängliga slutenvårdsplatser.

För att möjliggöra detta krävs ett effektivt system, exempelvis i form av arbetsorganisation eller tekniska lösningar, inte bara för akutmottagningen utan för hela sjukhuset för bättre överblickbarhet och tillgänglighet till lediga vårdplatser.

Slutsatser

Utifrån Socialstyrelsens årliga mätningar inom akutvården, kartläggningen och analyserna av väntetider och patientflöden vid fem akutmottagningar i tidigare rapport och denna rapport, samt litteraturgenomgång, kan Socialstyrelsen sammanfattningsvis dra slutsatsen att långa väntetider påverkas av flera samverkande faktorer. Dessa faktorer kan grupperas i de delprocesser som finns inom sjukvården från det att patienten söker vård på akutmottagningen till dess att patienten lämnar akutmottagningen:

Inflödet av patienter till landets akutmottagningar (redovisas och diskuteras i föregående rapport [5]):

- ett ökat totalt inflöde av patienter till akutmottagningarna har observerats och detta ställer stora krav på organisation, arbetssätt samt bemanning och kompetens på akutmottagningarna
- ett förändrat sökmönster i befolkningen, där fler patienter väljer att söka sig till akutmottagningen, har medfört fler besök på landets akutmottagningar jämfört med tidigare år
- många patientbesök på akutmottagningarna sker utan tidigare hänvisning och bedömning av sjukvårdsinstans vilket kan medföra risk för att besöket sker på fel vårdnivå/instans, därför behövs mer information till patienterna om vilka valmöjligheter som finns

¹⁹ <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/Overbelaggnig/>

- många äldre patienter söker för besvär som handläggs inom den medicinska specialiteten och därmed bidrar till en överbelastning för denna specialitet jämfört med de andra kliniska specialiteterna
- inflödet av patienter följer en dygnsrytm där höga patientflöden på eftermiddagen och kvällen är kopplade till långa vistelsetider, det är därför viktigt att bemanning och arbetsätt på akutmottagningen är anpassade till inflödet av patienter.

Arbetsätt och bemanning på akutmottagningen:

- triagering kan ledas av olika kompetenser vilket kan ha olika inverkan på patientens vistelsetid
- lägre kompetens hos läkaren är kopplad till längre vistelsetider för patienten och det är därför viktigt att läkare med högre kompetens och erfarenhet (legitimerade läkare och specialister) är tillgängliga på akutmottagningen för att ge stöd i behandling av patient och för att minimera vistelsetiden
- arbetsätt som inkluderar team bestående av olika kompetenser har visat sig förbättra patientomhändertagandet
- tillgängliga streaming- och snabbspår (exempelvis geriatriska spår) påverkar vistelsetiden positivt och medför en minskad ”patientbelastning” på akutmottagningen.

Beläggningssituationen på sjukhusets vårdavdelningar vid utflödet:

- Överbeläggningar på sjukhusets avdelningar leder till förlängda vistelsetider för akutmottagningens patienter som väntar på vårdplats, där övergripande system som snabbt kan identifiera tillgängliga vårdplatser kan vara viktiga verktyg för att korta vistelsetiden
- Svårigheter vid övergång mellan slutenvård och öppen vård och omsorg leder till förlängda vårdtider i slutenvården, som i sin tur är en delförklaring till brist på vårdplatser.

Konsekvenser av långa vistelsetider och hög arbetsbelastning

I denna rapport hade Socialstyrelsen målsättningen att även studera konsekvensen av långa väntetider. Detta genom att följa kvalitetsvariabeln patienter som återkommer till akutmottagningen inom 72 timmar och även patienter som avlidit inom 7 dagar efter det akuta besöket. Vid analys av de patienter som kommit tillbaka till akutmottagningen inom 72 timmar framkom det att det bland dessa patientbesök även ingick planerade återbesök varför denna variabel bortföll som kvalitetsvariabel. Antalet patienter som avlidit inom 7 dygn efter hemgång från det akuta besöket har varit för begränsat på alla akutmottagningar, för att göra vidare analyser. Därför kan Socialstyrelsen inte dra några slutsatser av ovanstående parametrar.

I Socialstyrelsens rapport om de långa väntetiderna på akutmottagningarna 2015 visades att beläggningen på akutmottagningarna ökar snabbt under

dagen då det höga inflödet av patienter inte kompenseras av ett lika högt utflöde. Socialstyrelsen konstaterade att patienter med långa vistelsetider utgör huvuddelen av akutmottagningens beläggning per timme över dygnet.

Akutmottagningen blir för de patienter som väntar på vårdplatser på sjukhusavdelningarna en vårdavdelning, men akutmottagningen är inte bemannad för detta varför denna situation skapar stress för personalen och patientsäkerheten äventyras. Detta gäller speciellt tillfällen med höga patientinflöden som då tillsammans med patienter med långa vistelsetider orsakar en överbelastning av akutmottagningens resurser.

Det engelska begreppet ”emergency department crowding” beskrivs som en situation där antalet patienter och deras vårdbehov överstiger de tillgängliga resurserna på akutmottagningen. ”Emergency department crowding” är associerat med långa väntetider, ökad mortalitet, feldiagnoser, minskad patientsäkerhet, minskad patientnöjdhet, ökad risk för komplikationer och ökade kostnader för samhället [62]. Det finns olika sätt att mäta ”Emergency department crowding”, men dessa har inte prövats på svenska akutmottagningar. Socialstyrelsens strävan inför denna rapport var därför att mäta ”emergency department crowding” på de fem akutmottagningarna enligt SEAL-modellen som är en svensk modell under utveckling [63]. Detta mål har dock inte varit möjligt att uppnå eftersom modellen inte presterade tillräckligt bra för kliniskt bruk [64].

Nationellt uppföljningssystem för väntetider på akutmottagningar

Tidigare år har Socialstyrelsen följt upp väntetider och kvaliteten i akutsjukvården baserat på aggregerade data som inhämtats via webbenkäter till landstingen och regionerna. Med den metoden har möjligheterna till fördjupad uppföljning och analys varit begränsade. Uppföljning av väntetider med hjälp av individdata i patientregistret vid Socialstyrelsen ger en mer adekvat medianväntetid för riket samt en mer nyanserad bild av den variation som finns i riket och inom de respektive akutmottagningarna.

Under åren 2015 och 2016 har Socialstyrelsen haft en dialog med landsting och regioner om kvaliteten på de data som inrapporterats sedan januari 2015. Detta kräver ett fortlöpande arbete för en förbättrad samt hållbar kvalitet och täckningsgrad av inrapporterade data. Förutom olika definitionstolkningar av mätpunkter har landstingen och regionerna också olika tekniska system som skapar olika förutsättningar för datainrapporteringen till patientregistret. Detta har delvis bidragit till de inrapporteringsproblem och kvalitetsproblem som finns (se bilaga 1).

För att kunna redovisa väntetider i denna rapport från inrapporterade data till patientregistret under en 12-månadersperiod (juli 2015–juni 2016), lade Socialstyrelsen en gräns på minst 75 procents täckningsgrad per akutmottagning för att inkluderas i mätningarna. Endast 45 respektive 41 akutmottagningar av totalt 63 uppfyllde kvalitetskriteriet vad gäller total vistelsetid respektive tid till läkare (se bilaga 1). Bland de som bortfallit finns stora akutmottagningar i Stockholm och Skåne. Socialstyrelsen strävar efter

en täckningsgrad på väl över 90 procent för bättre nationell uppföljning, vilket möjliggör djupare analyser av data och publicering av den specialiserade vårdens akutuppgifter via myndighetens statistikdatabas.

Målet med det individbaserade grundmaterialet är att skapa förutsättningar för både lokala och nationella uppföljningar. Eftersom framtida nationella uppföljningar av den akuta öppenvårdens tillgänglighet kommer att ske med data från patientregistret, är det av största vikt att täckningsgraden och kvaliteten på inrapporterade data är tillräckligt god för att tillgängligheten över landet ska vara uppföljningsbar och jämförbar. För en verksamhetsnära uppföljning krävs dessutom att det är möjligt att särskilja varje enskild akutmottagning samt de ingående kliniska specialiteterna (medicinska verksamhetsområden). Detta tillsammans med individbaserade data skapar möjligheter till fördjupade analyser som kommer både lokala och nationella uppföljningar till godo.

Referenser

1. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : plan för utveckling av system för uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : rapport december 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
4. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : rapport december 2014. 2014.
5. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
6. Föreskrifter - Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister SOSFS 2013:35 (M)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-23>. Beslutad: 2013-12-10. Gäller från och med: 2015-01-01. Stockholm; 2013.
7. Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister: förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret - SOSFS 2013:30 Version: 3
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/oruppgiftslamnarepatientregistret>. Datum: 2016-11-22. Stockholm; 2016.
8. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; December 2013.
9. Om övergångar mellan slutna vård och öppen vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
10. Stiernstedt, G. Effektiv vård SOU 2016:2. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2016.
11. Slutrapport för projekt kring de mest sjuka äldre mobila hembesöksteamet i Uppsala. Uppsala: Landstinget i Uppsala län; 2013.
12. Perdahl, T, Axelsson, S, Svensson, P, Djarv, T. Patient and organizational characteristics predict a long length of stay in the emergency department - a Swedish cohort study. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2015.
13. Kreindler, SA, Cui, Y, Metge, CJ, Raynard, M. Patient characteristics associated with longer emergency department stay: a rapid review. *Emerg Med J*. 2016; 33(3):194-9.
14. Biswas, D, Rafferty, A, Jassar, P. Night emergency cover for ENT in England: a national survey. *The Journal of laryngology and otology*. 2009; 123(8):899-902.
15. Arora, M, Asha, S, Chinnappa, J, Diwan, AD. Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas*. 2013; 25(6):491-5.
16. Hur står det till med våra akutmottagningar. Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2015.

17. Högre kompetens för ökad patientsäkerhet på akutmottagning: Sammanställning av tillsynsresultat 2016. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2017.
18. Mahler, SA, McCartney, JR, Swoboda, TK, Yorek, L, Arnold, TC. The impact of emergency department overcrowding on resident education. *J Emerg Med.* 2012; 42(1):69-73.
19. Wei, G, Arya, R, Ritz, ZT, He, AS, Ohman-Strickland, PA, McCoy, JV. How Does Emergency Department Crowding Affect Medical Student Test Scores and Clerkship Evaluations? *West J Emerg Med.* 2015; 16(6):913-8.
20. Krall, SP, Cornelius, AP, Addison, JB. Hospital factors impact variation in emergency department length of stay more than physician factors. *West J Emerg Med.* 2014; 15(2):158-64.
21. Bucheli, B, Martina, B. Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine.* 2004; 11(1):29-34.
22. Lammers, RL, Roiger, M, Rice, L, Overton, DT, Cucos, D. The effect of a new emergency medicine residency program on patient length of stay in a community hospital emergency department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine.* 2003; 10(7):725-30.
23. Li, CJ, Syue, YJ, Kung, CT, Hung, SC, Lee, CH, Wu, KH. Seniority of Emergency Physician, Patient Disposition and Outcome Following Disposition. *The American journal of the medical sciences.* 2016; 351(6):582-8.
24. Li, CJ, Syue, YJ, Tsai, TC, Wu, KH, Lee, CH, Lin, YR. The Impact of Emergency Physician Seniority on Clinical Efficiency, Emergency Department Resource Use, Patient Outcomes, and Disposition Accuracy. *Medicine.* 2016; 95(6):e2706.
25. Brennan, DF, Silvestri, S, Sun, JY, Papa, L. Progression of emergency medicine resident productivity. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine.* 2007; 14(9):790-4.
26. Harvey, M, Al Shaar, M, Cave, G, Wallace, M, Brydon, P. Correlation of physician seniority with increased emergency department efficiency during a resident doctors' strike. *The New Zealand medical journal.* 2008; 121(1272):59-68.
27. James, C, Harper, M, Johnston, P, Sanders, B, Shannon, M. Effect of trainees on length of stay in the pediatric emergency department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine.* 2009; 16(9):859-65.
28. Sekoranja, L, Griesser, AC, Wagner, G, Njamnshi, AK, Temperli, P, Herrmann, FR, et al. Factors influencing emergency delays in acute stroke management. *Swiss medical weekly.* 2009; 139(27-28):393-9.
29. Asha, SE, Ajami, A. Improvement in emergency department length of stay using an early senior medical assessment and streaming model of care: A cohort study. *Emerg Med Australas.* 2013; 25(5):445-51.
30. Wu, KH, Chen, IC, Li, CJ, Li, WC, Lee, WH. The influence of physician seniority on disparities of admit/discharge decision making for ED

- patients. *The American journal of emergency medicine*. 2012; 30(8):1555-60.
31. McLaughlin, T, Blow, O, Herrick, J, Richman, P. Impact of Starting an Emergency Medicine Residency Program on Overall Mortality Rate in a Regional Trauma Center. *Journal of clinical medicine research*. 2016; 8(2):84-9.
 32. Mutrie, D, Bailey, SK, Malik, S. Individual emergency physician admission rates: predictably unpredictable. *Cjem*. 2009; 11(2):149-55.
 33. Abualenain, J, Frohna, WJ, Shesser, R, Ding, R, Smith, M, Pines, JM. Emergency department physician-level and hospital-level variation in admission rates. *Annals of emergency medicine*. 2013; 61(6):638-43.
 34. White, AL, Armstrong, PA, Thakore, S. Impact of senior clinical review on patient disposition from the emergency department. *Emerg Med J*. 2010; 27(4):262-5, 96.
 35. Lauks, J, Mramor, B, Baumgartl, K, Maier, H, Nickel, CH, Bingisser, R. Medical Team Evaluation: Effect on Emergency Department Waiting Time and Length of Stay. *PloS one*. 2016; 11(4):e0154372.
 36. Lorenzo, JG, Esteve, JJ, Lorenzo, A, Lizarraga, J, Vinuelas, JR, Alay, D, et al. [Escape rhythms after ablation of the atrioventricular junction and implantation of a pacemaker]. *Rev Esp Cardiol*. 1990; 43 Suppl 2:67-75.
 37. Capella, J, Smith, S, Philp, A, Putnam, T, Gilbert, C, Fry, W, et al. Teamwork training improves the clinical care of trauma patients. *Journal of surgical education*. 2010; 67(6):439-43.
 38. Pitts, SR, Morgan, SR, Schrager, JD, Berger, TJ. Emergency department resource use by supervised residents vs attending physicians alone. *Jama*. 2014; 312(22):2394-400.
 39. Abdulwahid, MA, Booth, A, Kuczawski, M, Mason, SM. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emerg Med J*. 2016; 33(7):504-13.
 40. 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*. 2016; 121(1):38-44.
 41. Travers, JP, Lee, FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2006; 13(6):342-8.
 42. Han, JH, France, DJ, Levin, SR, Jones, ID, Storrow, AB, Aronsky, D. The effect of physician triage on emergency department length of stay. *J Emerg Med*. 2010; 39(2):227-33.
 43. Burstrom, L, Nordberg, M, Ornung, G, Castren, M, Wiklund, T, Engstrom, ML, et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2012; 20:57.
 44. Javadzadeh, HR, Davoudi, A, Davoudi, F, Mahmoodi, S, Ghane, MR, Goodarzi, H, et al. Assigning residents of emergency medicine to screen patients before admission: a strategy to overcome overcrowding. *Trauma monthly*. 2012; 16(4):191-3.

45. Ziegler B, AH, Bergman J, Jansson E, Rylander L, Wickbom A. Early team assessment relieves the emergency department. *Läkartidningen*. 2014; 111((9-10)):392-4.
46. Richardson, DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *The Medical journal of Australia*. 2002; 177(9):492-5.
47. Forster, AJ, Stiell, I, Wells, G, Lee, AJ, van Walraven, C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2003; 10(2):127-33.
48. Liu, S, Hobgood, C, Brice, JH. Impact of critical bed status on emergency department patient flow and overcrowding. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2003; 10(4):382-5.
49. Sprivulis, PC, Da Silva, JA, Jacobs, IG, Frazer, AR, Jelinek, GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *The Medical journal of Australia*. 2006; 184(5):208-12.
50. Noormohammad, SF, Grannis, SJ, Finnell, JT. Changes in patient mortality based on increased patient load in the emergency department. *AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium*. 2008:1059.
51. Hillier, DF, Parry, GJ, Shannon, MW, Stack, AM. The effect of hospital bed occupancy on throughput in the pediatric emergency department. *Annals of emergency medicine*. 2009; 53(6):767-76.e3.
52. Khare, RK, Powell, ES, Reinhardt, G, Lucenti, M. Adding more beds to the emergency department or reducing admitted patient boarding times: which has a more significant influence on emergency department congestion? *Annals of emergency medicine*. 2009; 53(5):575-85.
53. Krall, S, O'Connor, RE, Maercks, L. Higher inpatient medical surgical bed occupancy extends admitted patients' stay. *West J Emerg Med*. 2009; 10(2):93-6.
54. van der Linden, C, Reijnen, R, Derlet, RW, Lindeboom, R, van der Linden, N, Lucas, C, et al. Emergency department crowding in The Netherlands: managers' experiences. *International journal of emergency medicine*. 2013; 6(1):41.
55. Wise, J. Cutting medical bed occupancy is linked to reduced patient mortality in UK hospital, study shows. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015; 351:h4977.
56. Fatovich, DM, Nagree, Y, Sprivulis, P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J*. 2005; 22(5):351-4.
57. Yoon, P, Steiner, I, Reinhardt, G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Cjem*. 2003; 5(3):155-61.
58. Howell, EE, Bessman, ES, Rubin, HR. Hospitalists and an innovative emergency department admission process. *Journal of general internal medicine*. 2004; 19(3):266-8.
59. Jeanmonod, R, Brook, C, Winther, M, Pathak, S, Boyd, M. Resident productivity as a function of emergency department volume, shift time of day, and cumulative time in the emergency department. *The American journal of emergency medicine*. 2009; 27(3):313-9.

60. Blom, MC, Jonsson, F, Landin-Olsson, M, Ivarsson, K. The probability of patients being admitted from the emergency department is negatively correlated to in-hospital bed occupancy - a registry study. *International journal of emergency medicine*. 2014; 7(1):8.
61. Blom, MC, Jonsson, F, Landin-Olsson, M, Ivarsson, K. Associations between in-hospital bed occupancy and unplanned 72-h revisits to the emergency department: a register study. *International journal of emergency medicine*. 2014; 7:25.
62. Cheng, IS. Emergency department crowding and hospital patient flow : influential factors and evidence-informed solutions [Doctoral thesis]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2016.
63. 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.
64. Wennerström, F. Can we estimate workload? A validation of the SEAL model for estimating workload in the Emergency Department- Master thesis. Lund; Juni 2016.

Bilaga 1. Kvalitetssäkring och täckningsgrad

Historik

Antalet sjukhusbundna akutmottagningar ökade administrativt sett från 70 till 71 föregående år på grund av att Region Halland inte längre rapporterade Halmstad och Varberg sammanhållet. Vid inrapporteringen till patientregistret av uppgifter för 12-månadersperioden juli 2015 till juni 2016 har sammanhållen inrapportering ökat, och därmed är det totala antalet som följs upp detta år 63 akutmottagningar:

- Karlshamn och Karlskrona rapporteras som Blekingesjukhuset.
- Lidköping och Skövde rapporteras som Skaraborgs sjukhus.
- Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras som Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Trollhättan och Uddevalla rapporteras som NU-sjukvården.
- Bollnäs, Hässleholm och Trelleborg rapporteras inte längre som ”akutmottagning med två eller fler specialiteter”.

Kvalitetssäkring av akutvårdsdata i patientregistret

Landstingen och regionerna har rapporterat in akutvårdsdata till patientregistret för de 63 akutmottagningar som omfattas av definitionen *akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade*. Socialstyrelsen har i dialog med landstingen och regionerna kvalitetssäkrat inrapporterad data för dessa enheter

I tabell 1 nedan redovisas de landsting och regioner vars akutvårdsdata brister i kvalitet för perioden januari 2015–juni 2016. Dessa omfattar sammanlagt 18 respektive 22 akutmottagningar, som exkluderas från mätningarna av väntetidsindikatorerna *total vistelsetid* respektive *tid till läkare*. Kvalitetsbristerna handlar i stora drag om antingen helt eller till stora delar avsaknad av besöksinrapportering, låg kvalitet på väntetidsindikatorerna, rapportering på felaktig verksamhetskod eller avsaknad av verksamhetskod 1 (se faktaruta 1).

De övergripande kvalitetskrav som ställts för att ingå i denna rapport väntetidsmätning under 12-månadersperioden juli 2015–juni 2016 gäller dels täckningsgrad (dvs. > 75 procents täckningsgrad per månad för minst 9 månader av 12-månadersperioden), dels kvalitet på mätpunkter (dvs. följsamhet till variablernas definitioner). Se täckningsgrader i tabell 2 nedan. Väntetidsmätningen baseras enbart på akutbesök som har båda mätpunkterna för respektive väntetidsindikator inrapporterade.

Tabell 1. Kvalitetsbrister i inrapporterade akutvårdsdata till patientregistret vid Socialstyrelsen för perioden januari 2015–juni 2016

Landsting	Kvalitetsbrist ¹
Skåne	Saknar akuta besök som lett till inskrivning (ca 100 000 besök på ett år). Alla besök har samma bedömningstid som intid. Sammanslagning av MAS och Lund till Skånes US från november 2015.
Jämtland	Saknar besök från jan-mars 2015. Har bara rapporterat verks_akut=1. Tidpunkter för TVT och TTL har för Östersund endast rapporterats till och med februari 2016.
Halland	Saknar helt besök för 2016.
Värmland	Saknar helt besök under verks_akut=5.
Västmanland	Saknar helt besök under verks_akut=5.
Östergötland	Ca 10-12 procent av besöken har TVT på 0 eller 1 minut fram till årsskiftet 2015/2016. Varken Motala eller Norrköping har rapporterat bedömningstidpunkter för Barn- och ungdomsmedicinsk vård 2015.
Jönköping	Ca 2 procent av besöken har TVT på 0 eller 1 minut.
Stockholm	Tidpunkter för TVT och TTL för Danderyd, Södertälje, Norrtälje, Karolinska Solna och Huddinge finns endast från april 2016.
Dalarna	Tidpunkter för TVT och TTL har för Avesta endast rapporterats till och med jan 2016.
Västernorrland	Örnsköldsvik har låg täckning på TVT (ca 30 procent) för hela perioden.
Västerbotten	Tidpunkter för TVT och TTL har för Lycksele endast rapporterats från och med mars 2016 och för Skellefteå endast från och med november 2015.
Sörmland	Har dålig kvalitet på bedömningstid; TTL kan ej användas.
Blekinge	Bristande följsamhet till definitionen av tidpunkt för första läkarbedömning.

¹ Se täckningsgrader i tabell 2. TVT = total vistelsetid, TTL = tid till läkare.

Täckningsgrad för väntetidsindikatorerna total vistelsetid och tid till läkare

Nedan presenteras detaljerad information om täckningsgraden för de mätpunkter som står för *total vistelsetid* samt *tid till läkare* (tabell 2) för respektive akutmottagning som rapporterat in till patientregistret. Täckningsgraden gäller från januari 2015 till och med juni 2016.

Tabell 2. Täckningsgrad för väntetidsindikatorerna total vistelsetid och tid till läkare

Täckningsgrad per akutmottagning för akutbesök som har båda mätpunkterna för väntetidsindikatorn *total vistelsetid* inrapporterade till patientregistret (i procentandelar).

Landsting	Ort	Sjukhus/ Akutmottagning	Totala vistelsetiden		Tid till läkare		Kommentar TVT/TTL
			Jan-juni 2015 (%)	Juli 2015– juni 2016 (%)	Jan-juni 2015 (%)	Juli 2015– juni 2016 (%)	
Blekinge	Karlshamn/ Karlskrona	Blekingesjukhuset	100	100	100	100	Se tabell 1
Dalarna	Avesta	Avesta lasarett*	99-100	98-99	97-99	96-99	TVT/TTL ej rapporterat 1602-1606
	Falun	Falu lasarett	100	100	98-99	99	
	Mora	Mora lasarett	99-100	97-100	96-97	96-99	
Gotland	Visby	Visby lasarett	99-100	99-100	95-98	96-98	
Gävleborg	Gävle	Gävle sjukhus	100	100	90-92	90-92	TVT/TTL ej rapporterat 1606
	Hudiksvall	Hudiksvalls sjukhus	100	100	79-85	81-86	TVT/TTL ej rapporterat 1606
Halland	Halmstad	Hallands sjukhus Halmstad*	100	100	98-99	98-99	TVT/TTL ej rapporterat 1601-1606
	Varberg	Hallands sjukhus Varberg*	100	100	96	94-97	TVT/TTL ej rapporterat 1601-1606
Jämtland	Östersund	Östersunds sjukhus*	100	100	98-99	98-99	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1502, 1603-1606
Jönköping	Eksjö	Höglandssjukhuset	100	100	95-97	92-97	
	Jönköping	Ryhov, länssjukhus	100	100	88-90	87-95	
	Värnamo	Värnamo sjukhus	100	100	89-91	82-93	
Kalmar	Kalmar	Länssjukhuset Kalmar	100	100	100	100	
	Oskarshamn	Oskarshamns sjukhus	100	100	89-93	89-97	
	Västervik	Västerviks sjukhus	100	100	99-100	99-100	
Kronoberg	Ljungby	Ljungby lasarett	100	100	95-97	94-98	
	Växjö	Växjö lasarett	100	100	91-97	96-98	
Norrbotten	Gällivare	Gällivare sjukhus	100	100	100	100	
	Kalix	Kalix sjukhus	100	100	100	100	
	Kiruna	Kiruna sjukhus	100	100	100	100	
	Piteå	Piteå sjukhus	100	100	100	100	
	Sunderby	Sunderby sjukhus	100	100	100	100	
Skåne	Helsingborg	Helsingborgs lasarett*	98-99	99	98-99	99	
	Kristianstad	Kristianstads sjukhus*	99	99-100	99	99-100	
	Lund	Universitetssjukhuset i Lund*	99	99-100	99	99-100	TVT/TTL ej rapporterat 1511-1606
	Malmö	Universitetssjukhuset MAS*	99-100	99-100	99-100	99-100	TVT/TTL ej rapporterat 1511-1606
	Ystad	Ystads lasarett*	99-100	99-100	99-100	99-100	
	Ängelholm	Ängelholms sjukhus*	99-100	100	99-100	100	
	Malmö/ Lund	Skånes Universitetssjukhus*		99-100	0	99-100	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1510
Stockholm	Capio S:t Göran	S:t Görans sjukhus	98	97-98	98	97-98	
	Danderyd	Danderyds sjukhus*	13-84	56-91	13-84	56-91	TVT/TTL ej rapporterat 1503-1603
	Karolinska Huddinge	Huddinge sjukhus*	0	0-86	0	0-86	TVT/TTL ej rapporterat 1502-1602
	Karolinska Solna	Karolinska sjukhuset*		56-92	0	56-92	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1603
	Norrtälje	Norrtälje sjukhus*		38-95	0	38-95	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1603
	Söder- sjukhuset	Södersjukhuset	90-92	85-94	90-92	85-94	

Landsting	Ort	Sjukhus/ Akutmottagning	Totala vistelsetiden		Tid till läkare		Kommentar TVT/TTL
			Jan-juni 2015 (%)	Juli 2015- juni 2016 (%)	Jan-juni 2015 (%)	Juli 2015- juni 2016 (%)	
	Södertälje	Södertälje sjukhus*	0-1	57-89	0-1	57-89	TVT/TTL ej rapporterat 1503-1603
Sörmland	Eskilstuna	Mälarsjukhuset	100	100	7-22	0-3	TTL ej rapporterat 1604
	Katrineholm	Kullbergsska sjukhuset	100	100	52-72	0-56	TTL ej rapporterat 1602-1604
	Nyköping	Nyköpings lasarett	100	100	17-32	5-17	
Uppsala	Enköping	Enköpings lasarett	100	100	91-96	94-99	
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	100	100	89-96	95-97	
Värmland	Arvika	Arvika sjukhus	97-99	97-99	97-99	97-99	TVT/TTL ej rapporterat 1606
	Karlstad	Karlstads sjukhus	94-96	95-97	94-96	95-97	TVT/TTL ej rapporterat 1606
	Torsby	Torsby sjukhus	97-98	96-99	97-98	96-99	TVT/TTL ej rapporterat 1606
Västerbotten	Lycksele	Lycksele lasarett*		77-97	0	77-97	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1602
	Skellefteå	Skellefteå lasarett	0	1-100	0	1-99	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1504, 1506-1510
	Umeå	Norrlands Universitetssjukhus	0-100	99-100	0-99	98-99	
Väster- norrand	Sollefteå	Sollefteå sjukhus	78-81	77-85	78-81	77-85	
	Sundsvall	Sundsvalls sjukhus	95-96	94-97	95-96	94-97	
	Örnsköldsvik	Örnsköldsviks sjukhus*		18-37	0	18-37	TVT/TTL ej rapporterat 1501-1506
Västmanland	Västerås	Västerås lasarett	100	100	92-95	94-95	
Västra Götaland	Alingsås	Alingsås lasarett	100	100	91-94	92-95	
	Borås	Södra Älvsborgs sjukhus	100	100	80-85	81-89	
	Kungälv	Kungälv sjukhus	100	100	99	97-99	
	Lidköping/ Skövde	Skaraborgs sjukhus	100	100	98-99	98-99	
	Möln dal/ Sahlgrenska /Östra	Sahlgrenska universitetssjukhuset	100	100	94-95	93-94	
	Trollhättan/ Uddevalla	NU-sjukvården	100	100	95-97	96-99	
Örebro	Karlskoga	Karlskoga lasarett	100	100	96-98	97-99	
	Lindesberg	Lindesbergs lasarett	100	100	94-97	93-96	
	Örebro	Universitetssjukhuset Örebro	100	100	95-96	95-97	
Östergötland	Linköping	Universitetssjukhuset i Linköping	100	100	97	97-98	
	Motala	Motala lasarett	100	100	91-94	92-96	
	Norrköping	Vrinnevisjukhuset	100	100	82-86	85-96	

* Se tabell 1 för ytterligare förklaring av kvalitetsbrister.

Bilaga 2. Bakgrundsdata

Tabell 3. Sammanfattning av bakgrundsdata för de ingående akutmottagningarna

Område	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
Max vårdtid	Finns inte	Finns inte	72h	24h	36h
Medelvårdtid	12-14 timmar	2,5 vårddagar	-	4,6 vårddagar	1,1 vårddagar
Hur stor del går hem inom 24 timmar?	30 %	-	KirAVA 31-35 % MedAVA 38-44 %	-	65 %
Patientklientel/ CaseMix	Multidisciplinärt under ledning av med.över-läkare med närvaro av alla andra specialiteter.	4 vpl för med intermedieärvård, 12 vpl för med övervakning/Opt iflowbeh, 12 vpl för med.pat som slutvårdas på MAVA		I huvudsak medicin-patienter. Även kir- och ort.patienter	24 vpl patienter med förväntad hemskrivning inom 36 timmar.
Vårdnivå/Typ av pat	Pat med ökat övervakningsbehov läggs på AVA för att stabiliseras innan vanlig vårdavdelning.	Samma som på AVA förutom de 12 som färdigvårdas.	Inte patienter som måste vara uppkopplade med övervakningsutrustning.	Alla typer av patienter som kan ligga på vanlig vårdavd.	4 vpl på övervakningssal. Pat med risk att försämrats och kräva intensivvård. Bemanning av sjuksköterska, tät kompetent läkarrondning, samarbete med intensivläkare.
Selekterat patientmaterial	Utifrån att det finns behov av högre vårdnivå än vad som kan erbjudas på vanlig avdelning.	På AVA plus att MAVA inte vårdar kirurgiska patienter (hamnar istället på KAVA)	2/3 är intermed, även neur-, lung-, infekt- och reumatologi. 1/3 är kirurgiska.	-	Se ovan: Patientklientel/C ase-mix och Vårdnivå/Typ av pat
Övervakningsplatser 23h (på AVA eller AKM) eller övervakning av typ CDU(Clinical Decision Unit)	24 övervakningsplatser. Ingen CDU.	6 vpl CDU, 12 platser med övervakning, 4 pl intermedieär	0	Ingen övervakning på AVA. IVA, hjärt- och strokeavd är nästa steg.	
Behandlingsplatser på akutmottagningen					
Akutrum	4 (5)	4 (5)	3	2	2
Behandlingsrum	43	30	20	32	21
Övervakningsplats	16	26	5	4	6

Område	Malmö	Lund	Örebro	Varberg	Växjö
Bemanning					
Årsarbetare (läk:ssk:usk)	33:93:66	28:65:57	5:75:20	16.7:51:25	3:45:28 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 %
Vårdplatskoordinatör. Schema. Mandat.	Vardag kl 8-22, helgdag kl 10-18. Läkare bestämmer specialitet, koordinator avdelning alt utlokalisering.	Vardag kl 8-22, helgdag kl 10-18. Läkare bestämmer specialitet, koordinator avdelning alt utlokalisering.	Må-fre 07-21. Ledig lördagar. Sön 12-21.	Må-To 7:30 -21. Fred till 16. Ingen på lör- och söndagar mellan 12-21	Finns vardagar. Kvälls- och helgtid övergår ansvaret till bakjourer.
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
Streaming	Primärvård med distriktssköterska och fysioterapeut dagtid och full mottagning kvälltid och helger. Ögonpatienter eget spår 2015.	Nej	Nej	PV jouren. Vi hade under sommaren (juni mätningen) en PC-Jour, förstärkningsjour från bemanningsföretag	Nej
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
Finns registrerad mätpunkt "Färdigbehandlad" eller motsv?	Ja, antingen registreras det som "väntar på inläggning" eller "väntar på hem". Dock tveksam kvalitet på registreringen	Ja, antingen registreras det som "väntar på inläggning" eller "väntar på hem". Dock tveksam kvalitet på registreringen	Vi kan registrera pat. som "färdig" när patienten är behandlad och klar men finns kvar i väntan på avdelning eller hemtransport.	Nej	Vi har bara en slut tid, när pat. lämnar eller är klar på AKM
Kontaktansvarig vs Teamarbete? Är "Kontaktansvar" relevant när man vill veta vem som handlagt patienten?	Nej, det heter patientansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska	Nej, det heter patientansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska	Ja, då vet man vem som handlagt patienten. Läkarstudent skriver in sin handledares namn.	Får väl vara PAL	Nej, det heter patientansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Frekvens av överföringar (av de som ska skrivas in i SV) till annat sjukhus?	0,4 %. 89 pat. C:a 1pat/dygn	1,2 %. 255 pat. C:a 2,8 pat/dygn	0,05 %. 7 pat.	2,1 %. 212 pat. C:a 2,4 pat/dygn	1,3 %. 106 pat. C:a 1,2 pat/dygn

Källa: Respektive akutmottagning.

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

¹ Inkluderar bemanningen av AVA.

² Patienter från Malmö transporteras till Lund.

³ Information saknas.

Bilaga 3. Metodologiska principer

Logik för beräkning av total vistelsetid vid situation av överbeläggning och ej överbeläggning

Frågeställning

Är det längre total vistelsetid när vårdavdelning/ar är fullbelagda eller överbelagda på respektive klinisk specialitet (exempelvis vid medicin, ortopedi och kirurgi)? Patienter som skrivs in vid tider med överbeläggning jämförs med patienter som skrivs in då det finns lediga vårdplatser (dvs. ej överbeläggning).

Definitioner

Disponibel vårdplats:

Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Överbeläggning:

Händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.

Förutsättningar

Vårdavdelning/ar: Specialiteternas vårdavdelningar grupperas efter akutmottagningens specialiteter/kliniker.

Besök som ingår: Besök som skrivs in i slutenvård i anslutning till akutmottagningsbesöket.

Mättidpunkt för inskrivning: Uttidpunkt från akutmottagningen.

Gruppering av dygnet:

- Beläggningssituationen 06.00 gäller för tiden 00.00–11.59.
- Beläggningssituationen 16.00 gäller för tiden 12.00–23.59.

Regel för beräkning av överbeläggning (ÖB) och ej överbeläggning (EjÖB)

- EjÖB: differens < 0 mellan ineliggande patienter och disponibla vårdplatser för respektive specialitets vårdavdelningar sammanlagt.
- ÖB: differens ≥ 0 mellan ineliggande patienter och disponibla vårdplatser för respektive specialitets vårdavdelningar sammanlagt.

Logik

”EjÖB-situation” för tidsperiod då inskrivning sker:

Vid differens < 0 mellan inneliggande patienter och disponibla vårdplatser (dvs. lediga vårdplatser).

Antal inskrivningar/specialitet/datum/tidsperiod räknas fram.

De inskrivningar som understiger antalet lediga vårdplatser inkluderas, räknat från de med lägst uttid.

De inskrivningar som överstiger antalet lediga vårdplatser för samma specialitet/datum/tidsperiod exkluderas och inkluderas i gruppen med ÖB-situation.

”ÖB-situation” för tidsperiod då inskrivning sker:

Vid differens ≥ 0 mellan inneliggande patienter och disponibla vårdplatser (dvs. ingen ledig vårdplats).

De som ovan exkluderats från EjÖB (dvs. de ”sista inskrivningarna”) inkluderas.

Mortalitet inom 7 dagar

Andel patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende och avlidit inom 7 dagar. Tiden mäts från besökets uttidpunkt till dödstillpunkten.

Täljare: Antal patienter som avlidit inom 7 dagar.

Nämnare: Antal patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende.

Åter in inom 72 timmar

Andel patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller ett särskilt boende och återkommit inom 72 timmar. Tiden mäts från det första besökets uttidpunkt till följande besöks starttidpunkt. Planerade återbesök såsom ompalpation av buk exkluderas.

Täljare: Antal patienter som återkommit inom 72 timmar.

Nämnare: Antal patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende.

Mångbesökare

Definition: Mångbesökare är patient med ≥ 4 besök senaste 12 mån

Mått: Andel besök för ”mångbesökarpatienter” per kompetens

Täljare: Antal besök.

Nämnare: Totalt antal patienter på akutmottagningen.

Bilaga 4. Jämförelse väntetider januari–juni 2015

Volymer

Landstingen och regionerna har också i många fall tillämpat olika uttagsätt i sin rapportering till patientregistret jämfört med när data togs ut till webbenkäten. Dessa olika uttagsätt påverkar de volymer (antal akutbesök) som genereras och tillsammans med det stora bortfallet gör det att jämförelser bakåt i tiden inte är meningsfulla. Dessutom har olika statistiska metoder använts, genomsnittlig median för alla akutmottagningar (webbenkät) jämfört med median baserad på alla individdata (patientregistret). Vid aggregerad datahämtning via webbenkäten har inga begränsningar getts till landstingen och regionerna. Vad gäller data från patientregistret har negativa värden tagits bort, men inga extremvärden har tagits bort.

Väntetider

I tabell 4 och 5 nedan redovisas för respektive sjukhusbunden akutmottagning en jämförelse mellan inrapporterade aggregerade data från webbenkäten januari–juni 2015 (föregående rapports resultat) [5] och inrapporterade data till patientregistret för motsvarande period vad gäller total vistelsetid och tid till läkare. Redovisningen gäller för grupperna totala antalet akutbesök (0 år och uppåt), åldersgruppen 19–79 år samt åldersgruppen 80+, eftersom endast dessa grupper redovisats tidigare i webbenkäten. Nytt är även det totala antalet akutbesök för patienter 19 år och uppåt.

Precis som förväntat vid skiftet av metod för datainhämtning ser vi alltså skillnader i väntetider mellan enkätdata och patientregisterdata. Skillnaderna för indikatorn total vistelsetid är överlag små och där rikets total (0+) ligger på 12 minuter (tabell 4). För gruppen 80+ föreligger ännu mindre skillnader. Man bör dock vara försiktig med tolkningen av skillnader upp till 10 minuter på grund av metodförändring för datainhämtning.

Förklaringen till de större skillnader i total vistelsetid som vi ser hos ett antal akutmottagningar varierar och kan vara förändringar i uttagsätt med något skilda definitioner och avgränsningar av vilka besök som omfattas. Även grupperingen och den sammanhållna inrapporteringen av akutmottagningar till patientregistret från Västra Götaland och Blekinge kan vara en förklaring till skillnaderna.

För tid till läkare är visserligen bortfallet av akutmottagningar större men de skillnader som finns är marginella för det stora flertalet som rapporterat in kvalitetssäkrade data (tabell 5). Jämförelse för ett antal akutmottagningar saknas på grund av bristande kvalitet i data till patientregistret (se tabell 1 i bilaga 1). Socialstyrelsen har därför analyserat hur det stora bortfallet av akutmottagningar påverkat rikets medianvärden för total vistelsetid och tid till läkare. Analysen visade att medianvärdet endast har påverkats marginellt.

En fråga som uppstår är vilken datamängd som är den mest korrekta: tidigare enkätdata eller årets patientregisterdata? Införandet av datainsamling till patientregistret har gjorts med ett omfattande definitionsarbete och dialog med landstingen. Detta talar för att patientregisterdata är det mest tillförlitliga, för de som uppfyller kvalitetskraven.

Tabell 4. Total vistelsefid (minuter); jämförelse mellan enkätdata och patientregisterdata för första halvåret 2015

Tabellen omfattar endast de akutmottagningar som rapporterat data till både enkäten och patientregistret.

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰ - (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)
Riket			Totalt (0+)	831721	179	191	12	7
			Totalt (19+)	707768		201		
			19-79	574188		196		
			80+	133580	220	221	1	0
Blekinge	Blekinge- sjukhuset ²¹	Karlshamn/ Karlskrona	Totalt (0+)	20129	222	174	-48	-22
			Totalt (19+)	17806		180		
			19-79	14381		174		
			80+	3425	228	202	-26	-11
Dalarna		Falun	Totalt (0+)	24114	186	184	-2	-1
			Totalt (19+)	18526		197		
			19-79	14944		193		
			80+	3582	214	213	-1	0
		Mora	Totalt (0+)	11710	178	176	-2	-1
			Totalt (19+)	9855		182		
			19-79	7826		178		
			80+	2029	195	195	0	0
Gotland		Visby	Totalt (0+)	10687	145	154	9	6
			Totalt (19+)	8575		164		
			19-79	7111		160		
			80+	1464	178	182	4	2
Gävleborg		Gävle	Totalt (0+)	21693	189	189	0	0
			Totalt (19+)	16733		203		
			19-79	13739		200		
			80+	2994	223	220	-3	-1
		Hudiksvall	Totalt (0+)	10719	161	169	8	5
			Totalt (19+)	8607		183		
			19-79	6852		177		
			80+	1755	197	199	2	1
Jönköping		Eksjö	Totalt (0+)	10329	145	146	1	1
			Totalt (19+)	8990		149		
			19-79	6857		149		
			80+	2133	151	150	-1	-1
		Jönköping	Totalt (0+)	25937	149	154	5	3
			Totalt (19+)	18329		169		
			19-79	15087		168		
			80+	3242	175	175	0	0
		Värnamo	Totalt (0+)	8848	132	132	0	0
			Totalt (19+)	7601		138		
			19-79	5853		133		
			80+	1748	156	155	-1	-1
Kalmar		Kalmar	Totalt (0+)	16669	151	166	15	10
			Totalt (19+)	14580		172		
			19-79	11430		167		
			80+	3150	176	186	10	6
		Oskarshamn	Totalt (0+)	7978	120	122	2	2
			Totalt (19+)	6338		131		
			19-79	5166		125		
			80+	1172	158	160	2	1
		Västervik	Totalt (0+)	10237	135	142	7	5
			Totalt (19+)	8256		146		
			19-79	6631		144		

²⁰ PAR = patientregistret

²¹ Karlshamn och Karlskrona rapporteras sammanhållet som Blekingesjukhuset.

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰⁻ (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)			
Kronoberg			80+	1625	152	153	1	1			
			Totalt (0+)	5752	137	137	0	0			
			Totalt (19+)	5169		139					
			19-79	3910		136					
			80+	1259	150	150	0	0			
			Totalt (0+)	15747	173	175	2	1			
			Totalt (19+)	13705		180					
			19-79	11025		175					
			80+	2680	201	202	1	0			
			Totalt (0+)	39471	167	169	2	1			
Stockholm		Cario S:t Göran	Totalt (19+)	38573		169					
			19-79	31476		164					
			80+	7097	195	197	2	1			
			Totalt (0+)	49190	247	258	11	4			
			Totalt (19+)	48130		259					
			19-79	39900		248					
			80+	8230	307	311	4	1			
			Totalt (0+)	20475	227	254	27	12			
			Totalt (19+)	16010		283					
			19-79	13609		273					
Sörmland		Eskilstuna	80+	2401	305	339	34	11			
			Totalt (0+)	8668	173	191	18	10			
			Totalt (19+)	7080		207					
			19-79	5805		196					
			80+	1275	244	261	17	7			
			Totalt (0+)	10902	225	237	12	5			
			Totalt (19+)	8960		248					
			19-79	7229		241					
			80+	1731	268	274	6	2			
			Totalt (0+)	9140	173	182	9	5			
Uppsala		Enköping	Totalt (19+)	7784		187					
			19-79	6431		182					
			80+	1353	213	215	2	1			
			Totalt (0+)	25296	261	265	4	2			
			Totalt (19+)	24184		267					
			19-79	20075		259					
			80+	4109	305	308	3	1			
			Totalt (0+)	6532	134	138	4	3			
			Totalt (19+)	5412		146					
			19-79	4230		140					
Värmland		Arvika	80+	1182	162	166	4	2			
			Totalt (0+)	22420	164	172	8	5			
			Totalt (19+)	18244		183					
			19-79	14423		179					
			80+	3821	201	202	1	0			
			Totalt (0+)	7012	159	161	2	1			
			Totalt (19+)	5741		164					
			19-79	4519		163					
			80+	1222	170	170	0	0			
			Totalt (0+)	4397	118	154	36	31			
Väster- norrland		Sollefteå	Totalt (19+)	3595		160					
			19-79	2850		155					
			Totalt (0+)	19829	180	190	10	6			
			Totalt (19+)	16143		201					
			19-79	13089		197					
			80+	3054	212	219	7	3			
			Totalt (0+)	29972	192	194	2	1			
			Totalt (19+)	25236		201					
			Väst- manland		Västerås	Totalt (0+)	29972	192	194	2	1
						Totalt (19+)	25236		201		

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰ - (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)	
Västra Götaland	Södra Älvsborgs sjukhus	Alingsås	19-79	20679		196			
			80+	4557	217	223	6	3	
			Totalt (0+)	9751	173	209	36	21	
			Totalt (19+)	8558		214			
		19-79	6763		212				
		80+	1795	214	222	8	4		
		Totalt (0+)	22780	228	258	30	13		
		Totalt (19+)	19519		258				
		19-79	15518		260				
		80+	4001	298	303	5	2		
		Totalt (0+)	12689	218	238	20	9		
		Totalt (19+)	12106		240				
	19-79	9895		238					
	80+	2211	243	248	5	2			
	Totalt (0+)	32086	172	195	23	13			
	Totalt (19+)	25911		201					
	19-79	20869		197					
	80+	5042	206	216	10	5			
	Totalt (0+)	61634	210	250	40	19			
	Totalt (19+)	58432		252					
	19-79	48102		250					
	80+	10330	250	262	12	5			
	Totalt (0+)	31104	172	202	30	17			
	Totalt (19+)	25006		216					
	19-79	20042		208					
	80+	4964	234	246	12	5			
	Örebro	Karlskoga	Karlskoga	Totalt (0+)	10538	172	173	1	1
				Totalt (19+)	9034		179		
19-79				7338		174			
80+				1696	198	203	5	3	
Totalt (0+)			6515	175	173	-2	-1		
Totalt (19+)			5803		177				
19-79			4630		173				
80+			1173	188	193	5	3		
Totalt (0+)			27373	180	185	5	3		
Totalt (19+)			19097		202				
19-79			15941		194				
80+			3156	229	235	6	3		
Öster- götaland	Linköping	Linköping	Totalt (0+)	23859	227	224	-3	-1	
			Totalt (19+)	18274		245			
			19-79	15125		237			
			80+	3149	275	285	10	4	
		Totalt (0+)	10882	165	161	-4	-2		
		Totalt (19+)	9385		170				
		19-79	7600		165				
		80+	1785	206	197	-9	-4		
		Totalt (0+)	23865	193	176	-17	-9		
		Totalt (19+)	18273		203				
		19-79	15099		197				
		80+	3174	239	237	-2	-1		

²² Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus.

²³ Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset.

²⁴ Trollhättan och Uddevalla rapporteras sammanhållet som NU-sjukvården.

Tabell 5. Tid till läkare (minuter); jämförelse mellan enkätdata och patientregisterdata för första halvåret 2015

Tabellen omfattar endast de akutmottagningar som rapporterat data till både enkäten och patientregistret.

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰ (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)
Riket			Totalt (0+)	769210	59	59	0	0
			Totalt (19+)	661348		60		
			19-79	535056		61		
			80+	126292	56	53	-3	-5
Dalarna	Falun	Totalt (0+)	23788	57	53	-4	-7	
		Totalt (19+)	18325		54			
		19-79	14779		55			
		80+	3546	57	52	-5	-9	
	Mora	Totalt (0+)	11453	63	61	-2	-3	
		Totalt (19+)	9662		63			
		19-79	7655		63			
		80+	2007	66	63	-3	-5	
Gotland	Visby	Totalt (0+)	10380	49	47	-2	-4	
		Totalt (19+)	8362		47			
		19-79	6921		48			
		80+	1441	47	42	-5	-11	
Gävleborg	Gävle	Totalt (0+)	19683	58	63	5	9	
		Totalt (19+)	15629		65			
		19-79	12734		66			
		80+	2895	63	63	0	0	
	Hudiksvall	Totalt (0+)	8863	36	51	15	42	
		Totalt (19+)	7697		53			
		19-79	6056		52			
		80+	1641	50	56	6	12	
Jönköping	Eksjö	Totalt (0+)	9970	40	40	0	0	
		Totalt (19+)	8709		40			
		19-79	6630		41			
		80+	2079	37	37	0	0	
	Jönköping	Totalt (0+)	23061	61	67	6	10	
		Totalt (19+)	16498		70			
		19-79	13534		71			
		80+	2964	65	66	1	2	
	Värnamo	Totalt (0+)	7977	45	45	0	0	
		Totalt (19+)	6933		46			
		19-79	5297		46			
		80+	1636	46	46	0	0	
Kalmar	Kalmar	Totalt (0+)	16659	43	46	3	7	
		Totalt (19+)	14570		46			
		19-79	11423		47			

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰ (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)	
			80+	3147	41	45	4	10	
			Totalt (0+)	7275	33	38	5	15	
			Totalt (19+)	5808		39			
			19-79	4712		38			
			80+	1096	40	43	3	8	
			Totalt (0+)	10223	43	43	0	0	
			Totalt (19+)	8246		43			
			19-79	6623		43			
			80+	1623	40	41	1	3	
			Totalt (0+)	5508	45	44	-1	-2	
			Totalt (19+)	4953		44			
			19-79	3733		46			
Kronoberg	Ljungby		80+	1220	40	40	0	0	
			Totalt (0+)	14954	52	53	1	2	
			Totalt (19+)	13012		53			
			19-79	10465		54			
	Växjö		80+	2547	51	51	0	0	
			Totalt (0+)	39471	28	28	0	0	
			Totalt (19+)	38573		27			
			19-79	31476		30			
	Stockholm	Cario S:t Göran		80+	7097	19	19	0	0
				Totalt (0+)	49190	91	91	0	0
				Totalt (19+)	48130		91		
				19-79	39900		93		
Södersjukhuset			80+	8230	84	84	0	0	
			Totalt (0+)	8573	54	54	0	0	
			Totalt (19+)	7315		55			
			19-79	6030		55			
Uppsala		Enköping		80+	1285	55	57	2	4
				Totalt (0+)	23844	73	73	0	0
				Totalt (19+)	22848		73		
				19-79	18907		73		
	Uppsala		80+	3941	71	71	0	0	
			Totalt (0+)	6529	34	35	1	3	
			Totalt (19+)	5409		36			
			19-79	4227		36			
	Värmland	Arvika		80+	1182	35	36	1	3
				Totalt (0+)	22359	58	60	2	3
				Totalt (19+)	18197		64		
				19-79	14380		64		
Karlstad			80+	3817	64	63	-1	-2	

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰ (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)
		Torsby	Totalt (0+)	7007	46	44	-2	-4
			Totalt (19+)	5737		44		
			19-79	4515		45		
			80+	1222	41	40	-1	-2
Väster- norland	Sollefteå	Totalt (0+)	4397	36	40	4	11	
		Totalt (19+)	3595		42			
		19-79	2850		42			
	Sundsvall	Totalt (0+)	19829	59	59	0	0	
		Totalt (19+)	16143		59			
		19-79	13089		61			
Väst- manland	Västerås	Totalt (0+)	28264	48	49	1	2	
		Totalt (19+)	23835		48			
		19-79	19457		49			
		80+	4378	41	42	1	2	
Västra Götaland	Alingsås	Totalt (0+)	9091	71	71	0	0	
		Totalt (19+)	7997		71			
		19-79	6302		74			
		80+	1695	62	61	-1	-2	
	Södra Älvsborgs sjukhus	Borås	Totalt (0+)	18733	77	86	9	12
			Totalt (19+)	16352		83		
			19-79	12950		87		
			80+	3402	66	71	5	8
	Kungälv		Totalt (0+)	12552	100	99	-1	-1
			Totalt (19+)	11978		99		
			19-79	9800		100		
			80+	2178	99	97	-2	-2
	Skaraborgs sjukhus ²⁵	Lidköping/ Skövde	Totalt (0+)	31645	67	71	4	6
			Totalt (19+)	25620		69		
			19-79	20617		72		
			80+	5003	52	58	6	12
	Sahlgrenska universitets- sjukhuset ²⁶	Mölnadal/ Sahlgrenska/ Östra	Totalt (0+)	58157	102	96	-6	-6
			Totalt (19+)	55218		96		
			19-79	45414		100		
			80+	9804	88	83	-5	-6
NU- sjukvården ²⁷	Trollhättan/ Uddevalla	Totalt (0+)	29887	72	72	0	0	
		Totalt (19+)	24048		73			
		19-79	19174		74			
		80+	4874	66	68	2	3	
Örebro		Karlskoga	Totalt (0+)	10231	70	70	0	0

²⁵ Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus.

²⁶ Mölnadal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset.

²⁷ Trollhättan och Uddevalla rapporteras sammanhållet som NU-sjukvården.

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Grupp	PAR ²⁰ (antal)	Enkät jan-jun15 (median)	PAR ²⁰ jan-jun15 (median)	Skillnad (minuter)	Skillnad (%)		
			Totalt (19+)	8804		71				
			19-79	7122		71				
			80+	1682	67	67	0	0		
		Lindesberg		Totalt (0+)	6188	53	53	0	0	
				Totalt (19+)	5527		54			
				19-79	4383		54			
				80+	1144	55	56	1	2	
				Totalt (0+)	26186	67	68	1	1	
				Totalt (19+)	18288		69			
		Örebro		19-79	15228		70			
				80+	3060	67	69	2	3	
				Öster- götland	Linköping	Totalt (0+)	23178	61	53	-8
Totalt (19+)						17852		61		
19-79						14741		64		
80+						3111	44	47	3	7
	Motala		Totalt (0+)	10141	55	54	-1	-2		
			Totalt (19+)	8804		54				
			19-79	7213		55				
			80+	1591	47	51	4	9		

Bilaga 5. Årsutveckling total vistelsetid och tid till läkare 2010–2016

Årsutveckling

Nedan redovisas utvecklingen av rikets medianvistelsetid (tabell 6) och medianväntetiden för tid till läkare (tabell 7) mellan 2010 och 2016. För möjlighet till jämförelse med tidigare år anges den totala tiden för åldern 0+ (inkluderar barn) även för data från patientregistret. I figurerna som redovisas per akutmottagning anges däremot för respektive väntetidsindikator istället den totala tiden för åldern 19+, eftersom landstingen och regionerna har olika organisatoriska lösningar för rapportering av data för barn (0–18 år tillhör akutverksamhetsområde 2, se faktaruta 1). Rapporteringen till patientregistret för gruppen 0–18 år täcks alltså inte helt av alla akutmottagningar och kräver ytterligare kvalitetssäkringsarbete innan den kan redovisas på regelbunden basis. Även medianen för åldersgrupperna 19–79 och 80+ anges i tabellerna nedan och illustreras i figurerna i rapporten.

På grund av kvalitetsbrister i inrapporteringen till patientregistret saknas väntetidsdata på flera akutmottagningar (se kvalitetsbrister i bilaga 1). På grund av metodförändring för datainhämtning bör man vara försiktig med tolkningen av skillnader upp till 10 minuter för indikatorn total vistelsetid (se jämförelse mellan metoderna i bilaga 4).

Tabell 6. Total vistelsefid (minuter); förändring av medianvistelsefid 2010–2016

Enkätdata för januari–juni år 2010–2015. Patientregisterdata för juli 2015–juni 2016.

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Jan- juni 2010 ²⁸	Jan-juni 2013 ²⁸			Jan-juni 2014 ²⁸			Jan-juni 2015 ²⁸			Juli 2015-Juni 2016 ²⁹			
			Totalt (0+)	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	Totalt (19+)	19-79 år	80+	
Riket			148	166	199	170	205	179	220	189	198	194	219			
Blekinge	Blekinge- sjukhuset ³⁰	Karlshamn								181	187	181	210			
		Karlskrona		188	192	188	198	222	228							
Dalarna ³¹		Avesta	88	108	146	116	150	122	159							
		Falun	151	179	188	176	200	186	214	187	197	194	213			
		Mora	157	174	189	167	188	178	195	161	166	164	173			
Gotland		Visby	165	145	169	173	198	145	178	154	161	158	177			
Gävleborg		Bollnäs ³²		174	243	128	184	171	182							
		Gävle	193	171	204	177	212	189	223	182	197	192	220			
		Hudiksvall	153	154	197	155	199	161	197	175	188	183	208			
Halland		Halmstad	144	196		176	215	164	188							
		Varberg	160					197	240							
Jämtland		Östersund	182	192	219	181	207	201	235							
Jönköping		Eksjö		128	141	134	134	145	151	149	151	150	157			
		Jönköping		137	168	137	159	149	175	150	164	163	172			
		Värnamo		132	143	129	146	132	156	132	137	134	145			
Kalmar		Kalmar	149	158	165	154	182	151	176	170	175	170	192			
		Oskarshamn		122	161	110	141	120	158	111	121	113	151			
		Västervik		121	126	134	144	135	152	137	140	138	150			
Kronoberg		Ljungby	127	129	142	126	147	137	150	142	146	142	159			
		Växjö	164	160	180	153	168	173	201	179	185	180	205			
Norrbotten		Gällivare	32	116	143	141	186			116	121	117	136			
		Kalix	115	127	140	152	177			151	155	148	169			
		Kiruna	123	129	174	158	211			128	134	128	160			
		Piteå	115	128	131	142	154			153	157	153	166			
		Sunderby	128	137	166	164	218			176	187	183	206			
Skåne		Helsingborg	148	159	236	196	241	221	288							
		Hässleholm ³³	133	154	225			151	219							
		Kristianstad	161	152	197	151	202	161	222							
		Lund	174	209	262	195	262	220	310							
		Malmö	187	169	236	184	247	209	280							
		Trelleborg ³⁴	120	127	180			117	157							
		Ystad	142	164	205	174	226	181	242							
Stockholm		Ängelholm	218	140	179	153	197	162	198							
		Capio S:t Göran	128	201	232	162	190	167	195	166	166	161	190			
		Danderyd	158	199	225	207	233	230	262							

²⁸ Enkätdata

²⁹ Patientregisterdata

³⁰ Karlshamn och Karlskrona rapporteras sammanhållet som Blekingesjukhuset från och med 2016.

³¹ År 2010 fanns akutmottagning även i Ludvika.

³² Från och med 2016 rapporteras Bollnäs inte som akutmottagning med flera specialiteter ("sjukhusbunden akutmottagning").

³³ Från och med 2016 rapporteras Hässleholm inte som akutmottagning med flera specialiteter ("sjukhusbunden akutmottagning").

³⁴ Från och med 2016 rapporteras Trelleborg inte som akutmottagning med flera specialiteter ("sjukhusbunden akutmottagning").

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Jan- juni 2010 ²⁸	Jan-juni 2013 ²⁸		Jan-juni 2014 ²⁸		Jan-juni 2015 ²⁸		Juli 2015-Juni 2016 ²⁹			
			Totalt (0+)	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	Totalt (19+)	19-79 år	80+
		Karolinska Huddinge	163	189	251	204	273	196	289				
		Karolinska Solna	163	178	241	203	281	208	281				
		Norrtälje	140	148	177	145	170	141	168				
		Södersjukhuset	182	228	282	248	304	247	307	243	244	234	291
		Södertälje	171	171	194	159	192	159	186				
Sörmland		Eskilstuna						227	305	243	268	260	318
		Katrineholm						173	244	194	212	199	275
		Nyköping						225	268	243	253	248	273
Uppsala		Enköping		170	206	166	206	173	213	169	176	170	209
		Uppsala		221	258	254	292	261	305	249	251	244	283
Värmland		Arvika		150	175	139	162	134	162	141	148	142	167
		Karlstad		174	195	163	174	164	201	170	180	177	193
		Torsby		144	159	155	171	159	170	156	160	156	174
Västerbotte n		Lycksele	75										
		Skellefteå											
		Umeå	135							169	176	174	189
Väster- norrland ³⁵		Sollefteå	105					118		174	183	177	203
		Sundsvall		128	169	105		180	212	194	204	200	221
		Örnsköldsvik						177					
Västman- land		Västerås	186	187	218	214	214	192	217	182	190	184	216
		Alingsås		168	207	175	215	173	214	205	212	209	225
Västra Götaland	Södra Älvsborgs sjukhus	Borås		233	295	233	291	228	298	238	248	239	281
		Kungälv		199	224	216	239	218	243	245	247	243	259
	Skaraborgs sjukhus ³⁶	Lidköping	144	155	173	166	198	172	206	186	192	189	207
		Skövde	158	158	184	170	196	182	215				
	Sahlgrenska universitets- sjukhus ³⁷	Mölnadal		209	248	217	260	191	239				
		Sahlgrenska		260	288	242	271	248	295	255	257	255	268
		Östra		216	238	205	232	190	215				
NU- sjukvården ³⁸	Trollhättan		196	224	206	239	188	239	212	227	219	258	
	Uddevalla		158	223	177	248	156	229					
Örebro		Karlskoga	151	158	193	153	176	172	198	159	163	159	182
		Lindesberg	168	194	206	160	160	175	188	159	164	159	187
		Örebro	153	162	187	156	156	180	229	185	198	193	224
Öster- götland		Linköping				186	243	227	275	219	240	233	278
		Motala				155	197	165	206	164	174	167	207
		Norrköping				177	213	193	239	190	212	206	239

³⁵ År 2010 fanns akutmottagning även i Härnösand. År 2012–2013 rapporterades Härnösand tillsammans med Sundsvall.

³⁶ Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus från och med 2016.

³⁷ Mölnadal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2016.

³⁸ Trollhättan och Uddevalla rapporteras sammanhållet som NU-sjukvården från och med 2016.

Tabell 7. Tid till läkarbedömning (minuter); förändring av mediantid till läkarbedömning 2010–2016

Enkätdata för januari–juni år 2010–2015. PAR-data för juli 2015–juni 2016.

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Jan- juni 2010 ³⁹	Jan-juni 2013 ³⁹		Jan-juni 2014 ³⁹		Jan-juni 2015 ³⁹		Juli 2015–Juni 2016 ⁴⁰			
			Totalt (0+)	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	Totalt (19+)	19-79 år	80+
Riket			50	57	53	57	55	59	56	56	57	58	51
Blekinge	Blekinge- sjukhuset ⁴¹	Karlshamn											
		Karlskrona		63	63	59	63	58	69				
Dalarna		Avesta	31	36	32	40	34	36	31				
		Falun	49	62	57	61	61	57	57	58	58	59	54
		Mora	61	67	73	59	63	63	66	56	56	57	54
Gotland		Visby	58	41	36	65	62	49	47	51	50	52	45
Gävleborg		Bollnäs ⁴²		20	25	33	34	33	35				
		Gävle		45	45	49	55	58	63	57	59	60	58
		Hudiksvall		48	48	33	50	36	50	54	55	55	55
Halland		Halmstad											
		Varberg											
Jämtland		Östersund	65	74	61	73	66	87	74				
Jönköping		Eksjö	55	61	55	57	51	60	52	39	38	40	35
		Jönköping	45	53	60			48		62	63	64	58
		Värnamo						45	46	40	41	41	40
Kalmar		Kalmar		54	51	47	46	43	41	45	46	46	45
		Oskarshamn		49	51	42	35	33	40	32	33	32	36
		Västervik		42	40	42	39	43	40	39	38	38	37
Kronoberg		Ljungby	16	43	45	43	45	45	40	48	48	49	44
		Växjö	58	56	56	47	45	52	51	53	54	55	50
Norrbotten		Gällivare	32	22	28	27	33			20	21	21	20
		Kalix	23	22	19	23	24			21	21	22	20
		Kiruna	27	27	30	30	29			20	21	21	19
		Piteå	23	20	19	25	28			25	25	26	24
		Sunderby	36	37	38	42	41			44	44	45	39
Skåne		Helsingborg	50	58	48	59	48	67	55				
		Hässleholm ⁴³	45	53	60			48					
		Kristianstad	86	89	76	87	73	86	72				
		Lund	63	84	74	55	52	61	53				
		Malmö	94	77	77	61	71	84	83				
		Trelleborg ⁴⁴	54	54	56			45	45				
		Ystad	54	53	43	64	55	58	52				
		Ängelholm	51	41	43	41	43	42	42				
Stockholm		Capio S:t Görän	35	42	31	24	17	28	19	27	26	28	19
		Danderyd	55	61	55	57	51	60	52				

³⁹ Enkätdata

⁴⁰ Patientregisterdata

⁴¹ Karlshamn och Karlskrona rapporteras sammanhållet som Blekingesjukhuset från och med 2016.

⁴² Från och med 2016 rapporteras Bollnäs inte som akutmottagning med flera specialiteter ("sjukhusbunden akutmottagning").

⁴³ Från och med 2016 rapporteras Hässleholm inte som akutmottagning med flera specialiteter ("sjukhusbunden akutmottagning").

⁴⁴ Från och med 2016 rapporteras Trelleborg inte som akutmottagning med flera specialiteter ("sjukhusbunden akutmottagning").

Landsting/ Region	Sjukhus- gruppering	Akutmottagning	Jan- juni 2010 ³⁹	Jan-juni 2013 ³⁹			Jan-juni 2014 ³⁹			Jan-juni 2015 ³⁹			Juli 2015-Juni 2016 ⁴⁰			
			Totalt (0+)	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	80+	Totalt (0+)	Totalt (19+)	19-79 år	80+	
		Karolinska Huddinge	49	54	40	56	45	58	51							
		Karolinska Solna	49	52	53	66	68	63	64							
		Norrälje	45	43	43	42	40	38	36							
		Södersjukhuset	71	104	93	113	103	91	84	79	79	81	71			
		Södertälje	67	51	44	55	50	49	42							
Sörmland		Eskilstuna														
		Katrineholm														
		Nyköping														
Uppsala		Enköping		71	76	56	56	54	55	47	48	47	55			
		Uppsala		65	68	92	89	73	71	79	80	80	80			
Värmland		Arvika		43	42	36	38	34	35	35	35	35	35			
		Karlstad		74	69	71	65	58	64	59	61	61	59			
		Torsby		46	50	48	46	46	41	43	43	44	41			
Västerbotten		Lycksele														
		Skellefteå														
		Umeå	30							42	40	41	33			
Väster- norrland		Sollefteå			-			36		47	49	50	45			
		Sundsvall		70		45		59		60	61	63	52			
		Örnsköldsvik						46								
Västmanland		Västerås	56	47	42	49	63	48	41	45	44	45	38			
		Alingsås		65	57	74	68	71	62	67	68	69	60			
Västra Götaland	Södra Älvsborgs sjukhus	Borås		68	51	74	59	77	66	69	68	71	54			
		Kungälv		88	89	99	93	100	99	98	98	98	98			
	Skaraborgs sjukhus ⁴⁵	Lidköping	41	44	43	50	48	57	52	65	64	66	56			
		Skövde	58	59	51	69	56	77	62							
	Sahlgrenska universitets- sjukhuset ⁴⁶	Mölnadal		74	63	82	72	84	73							
		Sahlgrenska		113	106	97	96	109	100	100	100	103	83			
		Östra		90	79	84	71	95	76							
	NU-sjuk- vården ⁴⁷	Trollhättan		70	66	77	72	74	72	74	75	76	70			
Uddevalla			64	60	82	74	70	59								
Örebro		Karlskoga	57	64	58	66	55	70	67	60	60	61	54			
		Lindesberg	62	70	78	48	47	53	55	44	45	45	47			
		Örebro	59	60	55	62	62	67	67	62	61	62	57			
Öster- götaland		Linköping						61	44	47	54	57	41			
		Motala						55	47	50	50	51	44			
		Norrköping								69	73	75	66			

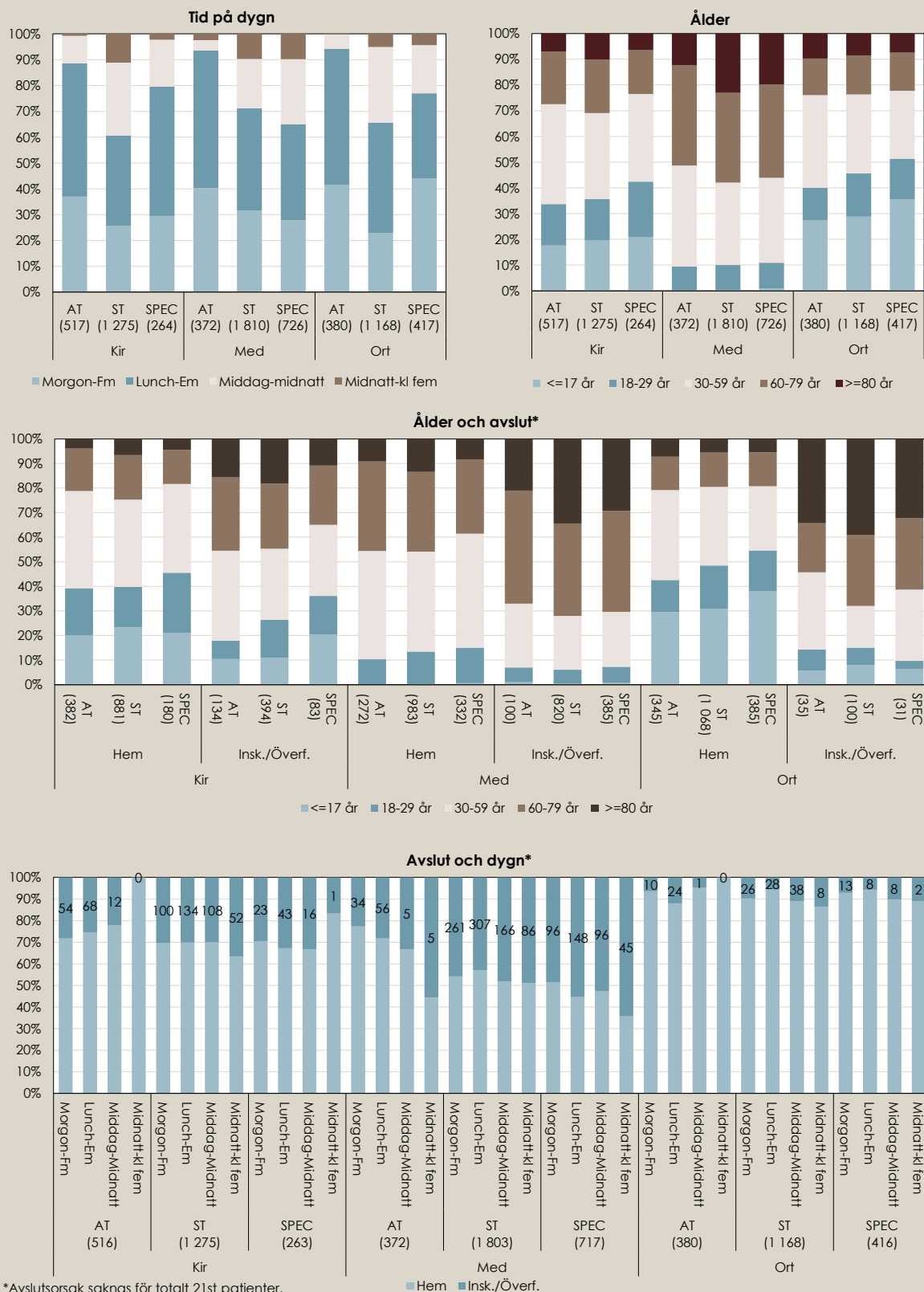
⁴⁵ Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus från och med 2016.

⁴⁶ Mölnadal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2016.

⁴⁷ Trollhättan och Uddevalla rapporteras sammanhållet som NU-sjukvården från och med 2016.

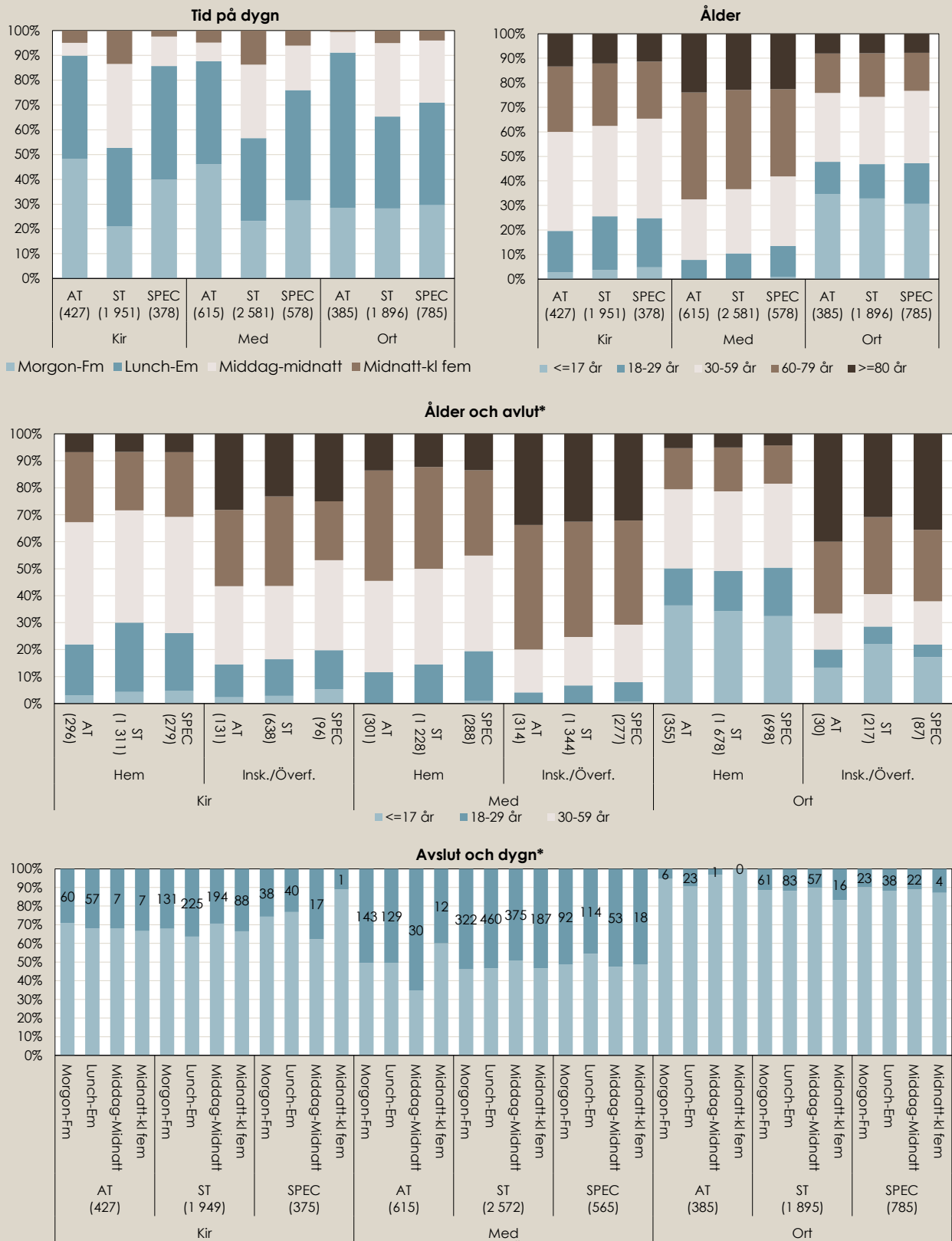
Bilaga 6. Figurer till kartläggning och analys av patientflöden på fem akutmottagningar

Figur 16. Andelen akutbesök per kompetens, dygn, ålder och avslut fördelat på specialitet för Malmö
Antal patienter redovisas inom parentes/staplar.



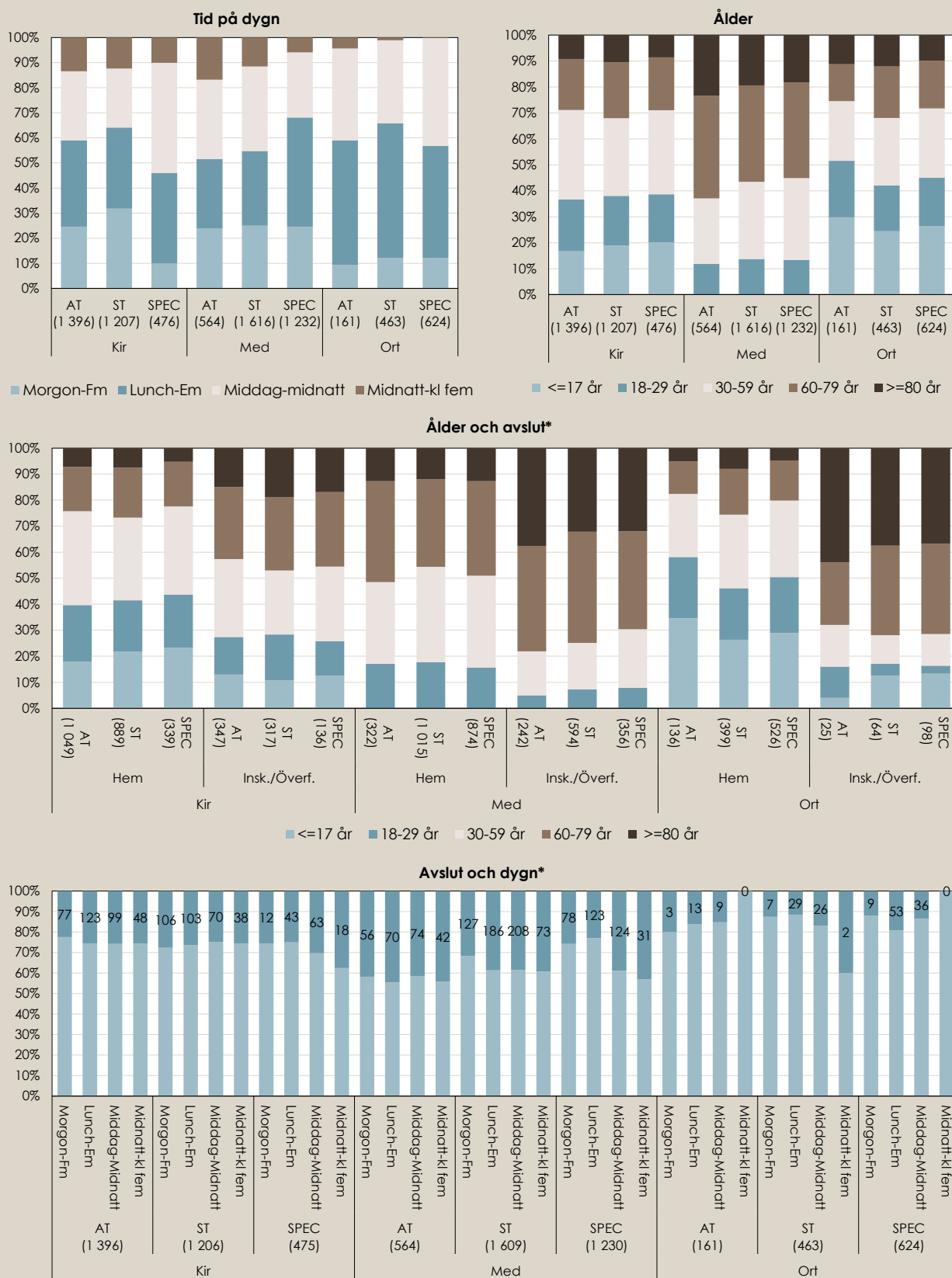
*Avslutsorsak saknas för totalt 21st patienter.
Källa: Socialstyrelsen

Figur 17. Andelen akutbesök per kompetens, dygn, ålder och avslut fördelat på specialitet för Lund
 Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



Figur 18. Andelen akutbesök per kompetens, dygn, ålder och avslut fördelat på specialitet för Örebro

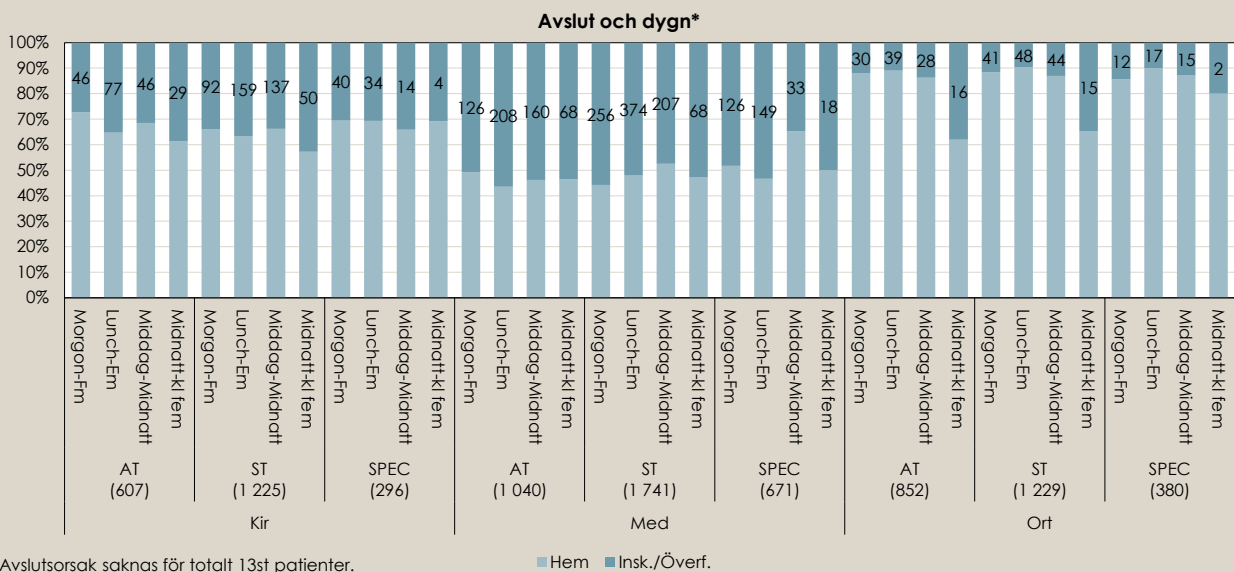
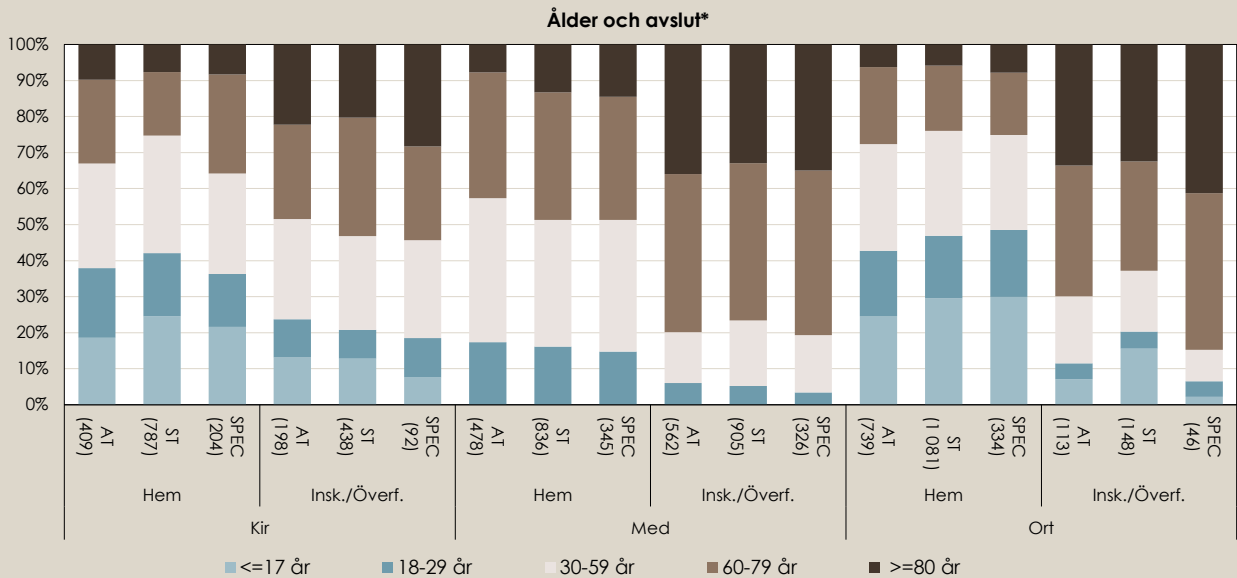
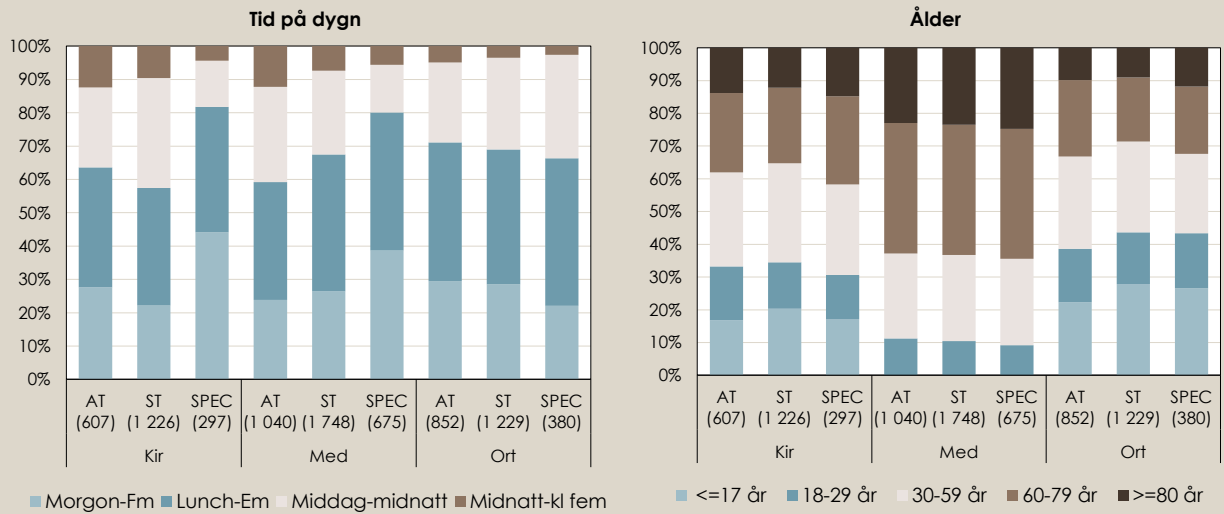
Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



*Avslutsorsak saknas för totalt 11 st patienter.
Källa: Socialstyrelsen

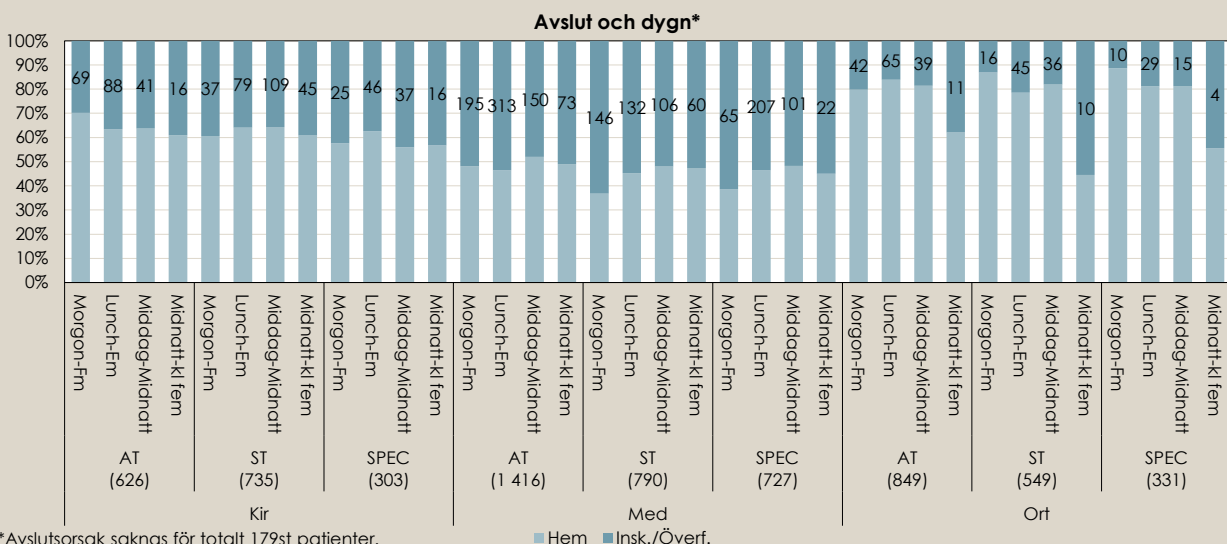
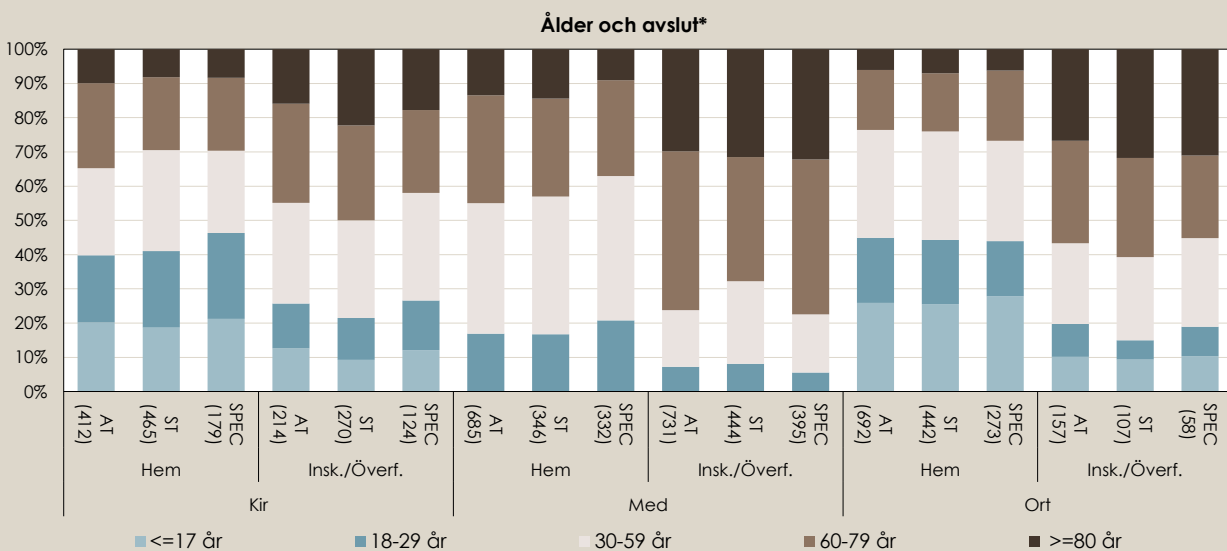
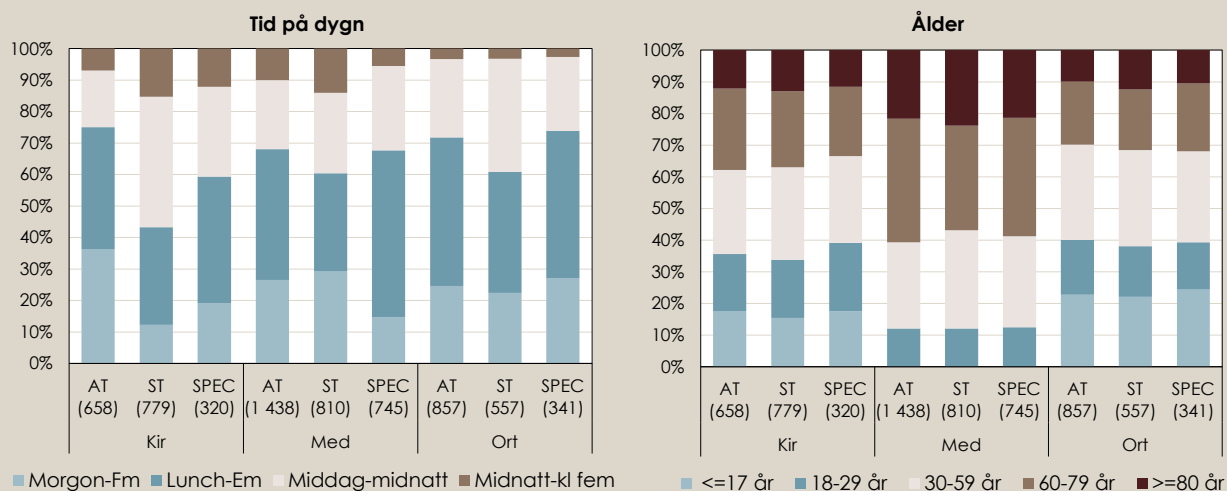
Figur 19. Andelen akutbesök per kompetens, dygn, ålder och avslut fördelat på specialitet för Varberg

Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



*Avslutsorsak saknas för totalt 13st patienter.
Källa: Socialstyrelsen

Figur 20. Andelen akutbesök per kompetens, dygn, ålder och avslut fördelat på specialitet för Växjö
 Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.

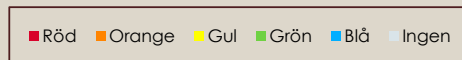


*Avslutsorsak saknas för totalt 179st patienter.
 Källa: Socialstyrelsen

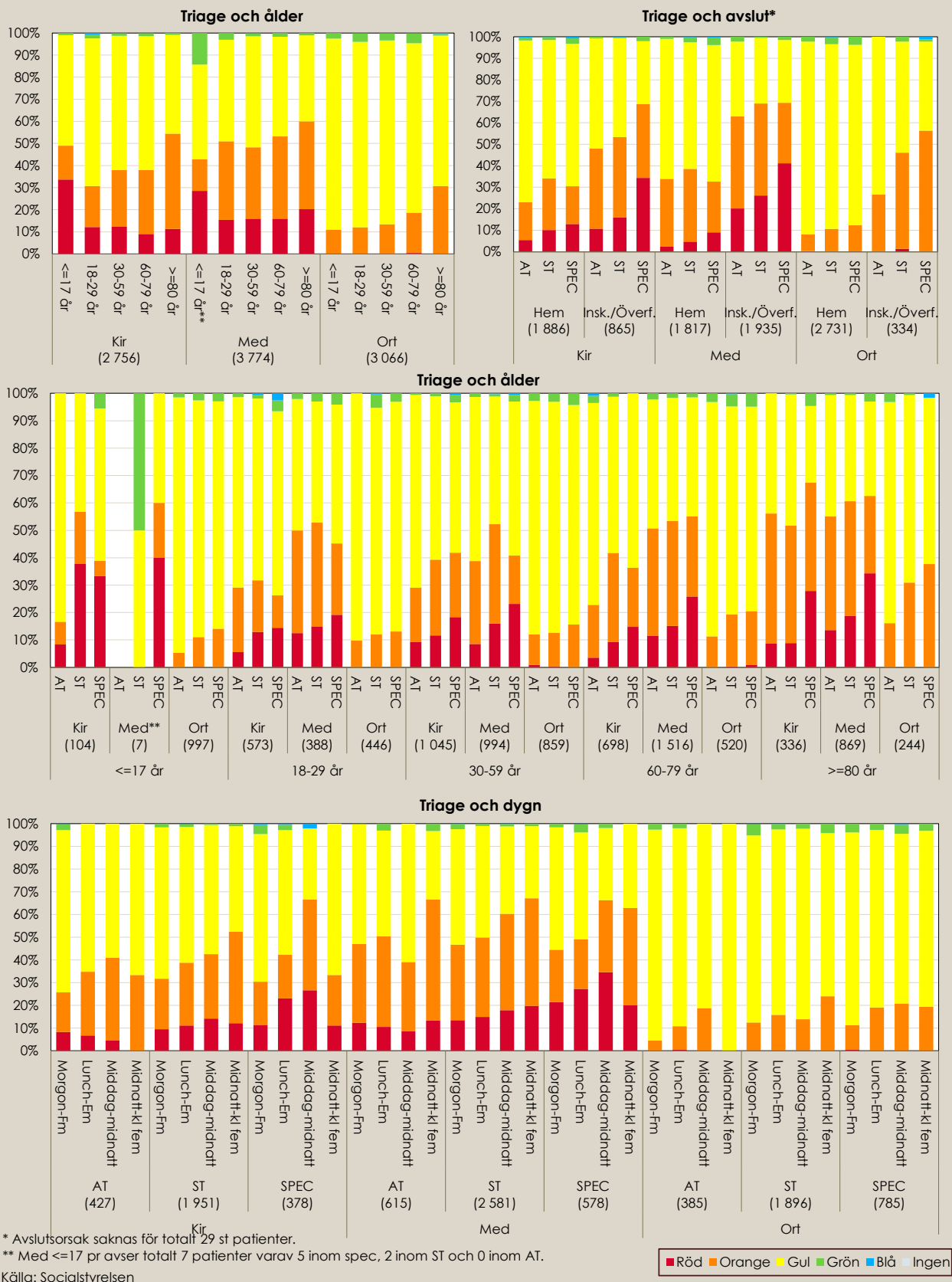
Figur 22. Andelen akutbesök per kompetens, triage, ålder, avslut och dygn fördelat på specialitet för Malmö Antal patienter redovisas inom parentes /staplars.



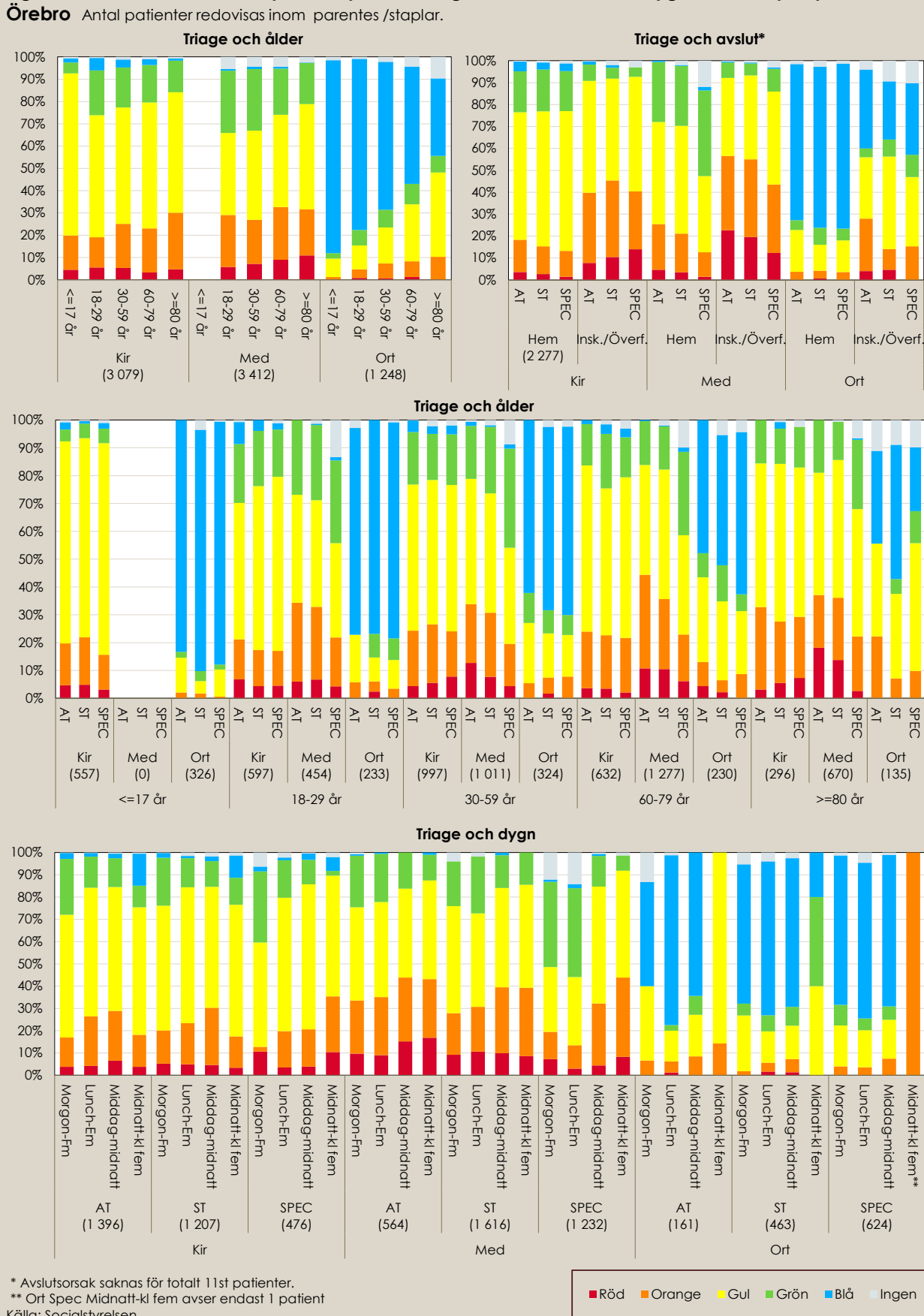
* Avslutsorsak saknas för totalt 21st patienter.
 ** Med <=17 år avser totalt 12 patienter varav 6 inom spec, 5 inom ST och 1 inom AT
 Källa: Socialstyrelsen



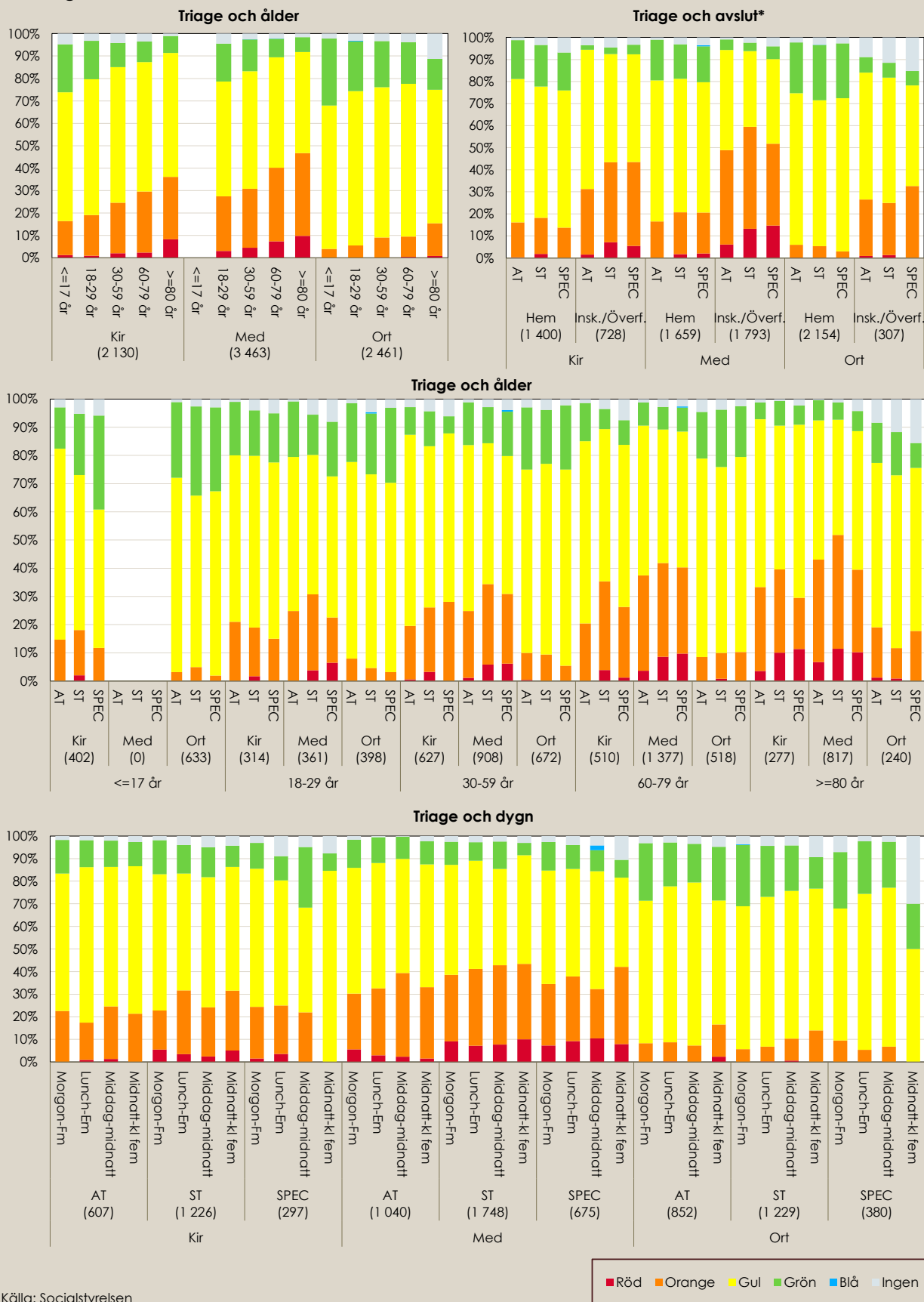
Figur 23. Andelen akutbesök per kompetens, triage, ålder, avslut och dygn fördelat på specialitet för Lund Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



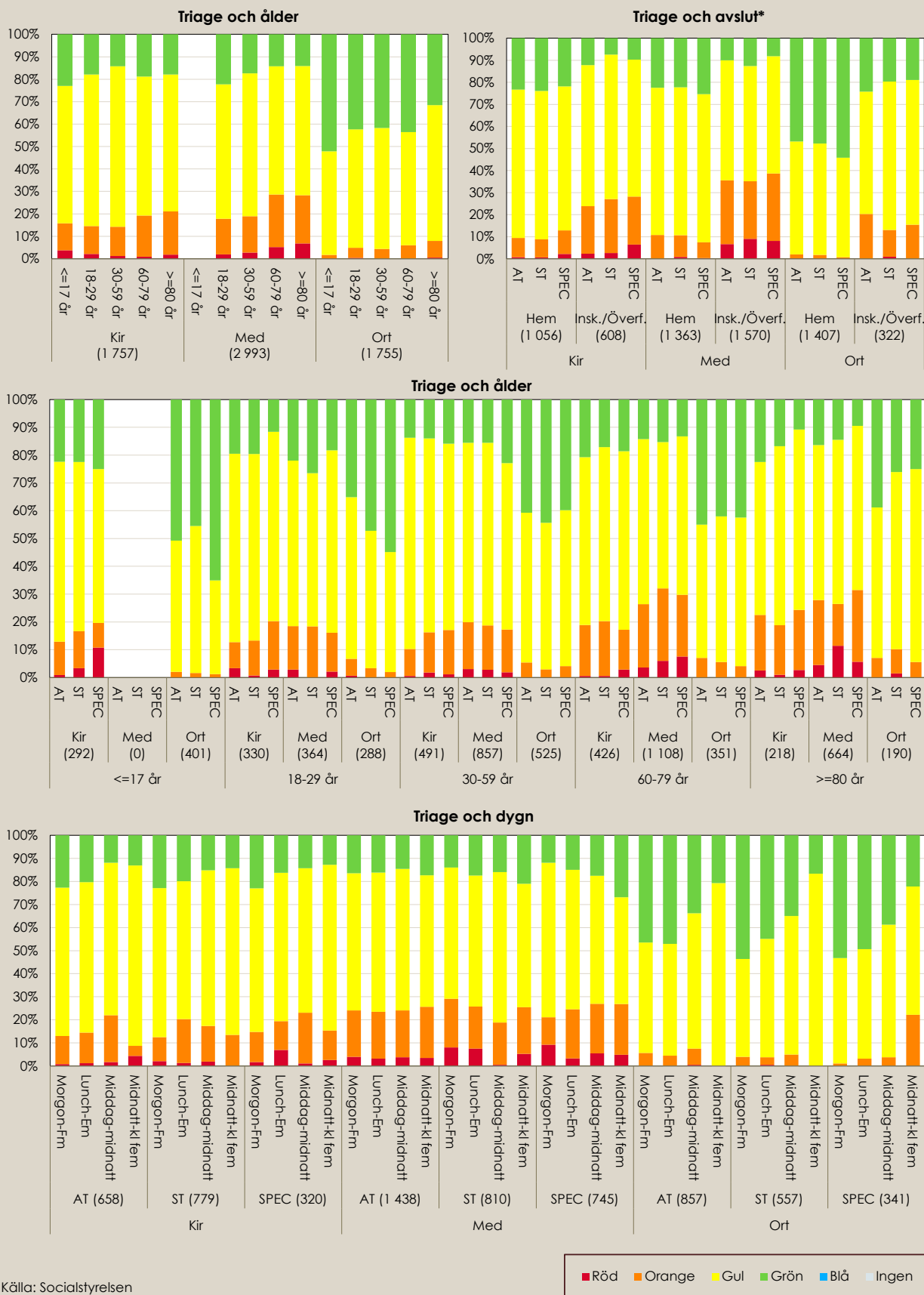
Figur 24. Andelen akutbesök per kompetens, triage, ålder, avslut och dygn fördelat på specialitet Örebro Antal patienter redovisas inom parentes /staplars.



Figur 25. Andelen akutbesök per kompetens, triage, ålder, avslut och dygn fördelat på specialitet för Varberg Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



Figur 26. Andelen akutbesök per kompetens, triage, ålder, avslut och dygn fördelat på specialitet för Växjö Antal patienter redovisas inom parentes /staplar.



Källa: Socialstyrelsen

