

Förslag till samlad utvecklingsplan för akutmottagningar vid sjukhusen i Västra Götaland

**Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
Dnr RSK 505-2008
januari 2009**

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Uppdrag	5
Ärendets beredning	6
Metod och urval	6
Avgränsning	6
Indelning i tre områden	7
Inledning	7
Patienten och akutmottagningen	8
Nuläget vid regionens akutmottagningar	10
Beskrivning av akutmottagningarna.....	10
Bemanning	10
Första medicinska bedömning, triage.....	10
Omvårdnad och bemötande.....	11
Tillgång till förtäring och telefon	11
Tillgång till patientinformation	12
Ledtider	12
Pågående projekt och förändringsarbeten	13
Utblickar mot omvärlden	16
Svenska sjukhus i allmänhet	16
Mångbesökarmodellen i Kalmar	16
Erfarenheter från Capio S:t Görans Sjukhus	17
Erfarenheter från Norge	17
Genomgång av internationell litteratur.....	18
Kvalitetsområden och gemensam standard för akutmottagningarna ..	20
Modul I, bemötande, information, omvårdnad och service	20
Modul II, medicinska ledtider	22
Modul III, personalens kompetensnivå	24
Diskussion	25
Vilka enheter omfattas?.....	25
Måluppfyllelse.....	25
Hur når vi målen?	26
Omvärlden	27
Olika patientgrupper.....	28
Utbildningsaspekter.....	28
Följduppdrag	28
Referenser	30
Bilaga 1. Detaljuppgifter om regionens akutmottagningar	32
Beskrivning av akutmottagningarna samt eventuell jourcentral i sjukhusets lokaler	32
Övriga jourcentraler	33
Patientflöde.....	34
Läkare vid akutmottagningen.....	35
Första bedömning av patient	35
Bemötande och service.....	36
Bilaga 2. Ledtider vid sjukhus i Sverige	38
Bilaga 3. Checklista för information	39

Bilaga 4. Instruktion till Checklista för information	42
Checklistan	42
Så här använder du checklistan	42

Sammanfattning

I Regionfullmäktiges budget för 2009-2011 anges som ett prioriterat mål att de genomsnittliga väntetiderna vid regionens akutmottagningar ska bli kortare. Hälso- och sjukvårdsutskottet har antagit en strategi för regiongemensam kvalitets- och verksamhetsutveckling, God Vård, vilken ska konkretiseras i sex handlingsprogram. Ett av handlingsprogrammen, Vård i rimlig tid, omfattar även väntetider vid akutmottagningarna. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har också som prioriterat mål att arbeta med att förkorta väntetiderna vid akutmottagningarna.

Hälso- och sjukvårdsutskottet gav i juni 2008 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram en samlad utvecklingsplan för akutmottagningar vid regionens sjukhus där följande områden borde ingå: bättre bemötande, service, information och vägledning till patienterna, verksamhetsanpassad bemanning, behovet av akutläkare, bättre flöden och logistik samt måltal för verksamheten.

Arbetet har begränsats till de akutmottagningar som hanterar ett flertal olika specialiteter, med tyngdpunkt på medicin och kirurgi/ortopedi. Detta innebär att rapporten omfattar de stora akutmottagningarna vid Alingsås lasarett, Kungälv Sjukhus, Kärnsjukhuset i Skövde, Sjukhuset i Lidköping, Norra Älvsborgs Länssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Mölndal, Sahlgrenska, Östra), Södra Älvsborgs Sjukhus/Borås och Uddevalla sjukhus.

Arbetet har bedrivits parallellt utefter tre olika linjer: beskrivning och analys av nuläget vid sjukhusens akutmottagningar, nationella och internationella utblickar samt definition av kvalitetsområden och gemensam standard för regionens akutmottagningar.

Vid samtliga akutmottagningar i regionen görs i dagsläget den initiala bedömningen av patienten enligt en strukturerad plan, så kallad triage. De svårast sjuka tas om hand direkt medan patienter med mindre allvarliga åkommor kan få långa väntetider. Tillsyn och allmän omvårdnad liksom service, bemötande och information sker enligt lokala rutiner, vilka dock varierar stort inom regionen.

Runt om i världen ses en likartad problembild inom akutsjukvården. Det finns exempel på att goda resultat kan uppnås genom en fokuserad satsning på hela den akuta vårdprocessen. Så kan t.ex. hög kompetens tidigt i vårdkedjan, tillgång till patientnära laboratorium, tillgång till observationsplatser och strukturerad initial bedömning ge minskade ledtider medan överbeläggningar på vårdavdelningar kan leda till längre ledtider på akutmottagningen.

Arbetsgruppen har identifierat tre centrala kvalitetsområden (moduler) med avseende på vårdprocessen på regionens akutmottagningar där lägsta kvalitets/kompetensnivå anges. Modul I innefattar bemötande, information, omvårdnad och service, modul II medicinska ledtider och modul III personalens kompetensnivå.

Vi föreslår en regionalt enhetlig nivå gällande basal service samt enhetliga rutiner för information, bemötande och omvårdnad. Vidare föreslås en stegvis förkortning av de medicinska ledtiderna. Inom en treårsperiod bör, för 90 procent av patienterna, tid till triage vara mindre än 10 minuter, tid till läkare mindre än 60 minuter och total genomloppstid mindre än 4 timmar. Dessutom föreslås en lägsta kompetensnivå för första vårdkontakt, d.v.s. triage och första läkarbedömning.

För att erhålla enhetlig information och uppföljning av såväl patienternas uppfattning av vården som de medicinska ledtiderna föreslår vi fortsatta regionala projekt kring utformning av informationsmaterial, införande av patientenkät och IT-frågor.

Bakgrund

I Regionfullmäktiges budget för 2008–2010 (Dnr RSK 16-2007) angavs att ”patienterna skulle få ett snabbt omhändertagande vid sjukhusens akutmottagningar” vilket följs upp i budgeten för 2009–2011 (Dnr RSK 16-2008) med ett prioriterat mål om att de genomsnittliga väntetiderna vid regionens akutmottagningar ska bli kortare. Hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen ska vara säker, patientfokuserad, effektiv och tillgänglig för att på ett bättre sätt uppnå ett bra resultat för patienter och övriga invånare. Detta gäller inte minst akutmottagningarna vid regionens sjukhus.

I regionen pågår flera arbeten vilka berör akutmottagningarna. Hälso- och sjukvårdsavdelningen har under 2008 utarbetat en strategi för regiongemensam kvalitets- och verksamhetsutveckling, God Vård, som antagits av Hälso- och sjukvårdsutskottet (Dnr RSK 520-2007). Strategin ska konkretiseras i sex handlingsprogram, ett för respektive område inom God Vård. Arbetet med att ta fram en handlingsplan för Vård i rimlig tid omfattar även väntetider vid akutmottagningarna. Hälso- och sjukvårdsnämnderna i regionen har också utifrån regionfullmäktiges budget som prioriterat mål att arbeta med att förkorta väntetiderna vid akutmottagningarna.

I juni 2008 beslutade regiondirektören att starta ett regiongemensamt projekt, vilket leds av Hälso- och sjukvårdsavdelningen, i syfte att etablera akutläkarfunktionen (Dnr RSK 628-2008). Målet är att akutläkarfunktionen ska vara påbörjad vid alla akutintag inom fem år.

Det pågår också projekt vid regionens sjukhus i syfte att åstadkomma ökat flöde och bättre logistik samt ökad service till och bättre bemötande av patienterna. Dessa kunskaper och erfarenheter bör tas tillvara och spridas till flera av regionens akutmottagningar.

En viktig förutsättning för att akutmottagningarna ska fungera bättre är en väl utbyggd primärvård med god tillgänglighet. Det finns därför anledning att se över det totala flödet mellan olika vårdnivåer i syfte att åstadkomma en effektiv och ändamålsenlig vård. Detta låter sig dock inte göras inom detta uppdrag utan bör bli föremål för särskild översyn.

Uppdrag

Vid Hälso- och sjukvårdsutskottets sammanträde 18 juni 2008 togs beslut om att ta fram ett förslag till utvecklingsplan för regionens akutmottagningar. Hälso- och sjukvårdsutskottet gav hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram förslag till en samlad utvecklingsplan för regionens akutmottagningar vid sjukhusen där följande områden omfattas: bättre bemötande, service, information och vägledning till patienterna, verksamhetsanpassad bemanning, behovet av akutläkare, bättre flöden och logistik samt måltal för verksamheten.

Vidare bör resultaten från den utredning och bedömning av mångbesökare vid akutmottagningarna som genomförts i regionen (Dnr RSK 345-2008) samt överenskommelserna mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusen, i syfte att minska väntetiderna, beaktas i planen.

Utvecklingsplanen ska utgöra grund för ett långsiktig kvalitets- och verksamhetsutvecklingsarbete vid regionens akutmottagningar. Detta förutsätter att arbetet sker i olika steg där ett första steg omfattar:

- beskrivning och analys av nuläget vid sjukhusens akutmottagningar
- inventering av pågående nationella och internationella studier och projekt
- förslag på förbättringsområden och regiongemensam standard inom akutmottagningarna
- förslag på regiongemensamma kvalitetsindikatorer och måttal för dessa samt fortsatt uppföljning av olika delar inom akutmottagningarna t.ex. väntetider, servicenivå, information m.m.

Ärendets beredning

Arbetet har utgått från Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen och arbetsgruppen har bestått av Marie Röllgårdh (sammanställande), Kristina Narbro, Jarl Torgerson, Elisabeth Malmberg och Anneli Kivi från Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Jörgen Andreasson, Tom Brokopp, Fredrik Bååthe, Mats Dahl, Lars Ekström, Stefan Håkansson, Catarina Karlberg, Eva Tovinger och Bengt Widgren från sjukhusen, Jan Carlström, Ingrid Nielsen och Katarina Orrbeck från hälso- och sjukvårdskanslierna och Johanna Wiechel, informationsavdelningen SkaS. Avstämning har skett med Nätverket för akutmottagningarnas verksamhetschefer, berörda sektorsråd samt med Daniel Pollack som representant för Vårdval Västra Götaland.

Under hösten och vintern 2008 har arbetet presenterats för och avstämts med Hälso- och sjukvårdsavdelningens ledningsgrupp samt regiondirektörens ledningsgrupp för hälso- och sjukvårdsfrågor där sjukhusdirektörer, primärvårdsdirektörer och beställarchefer ingår.

Metod och urval

Avgränsning

En begränsning har gjorts till de akutmottagningar som hanterar ett flertal olika specialiteter, med tyngdpunkt på medicin och kirurgi/ortopedi. Akutmottagningar med inriktning mot endast en specialitet, t.ex. barn, gynekologi, medicin, infektion, psykiatri, ingår inte i utredningen. Detta innebär att rapporten omfattar de stora akutmottagningarna som handlägger patienter från flera specialiteter vid Alingsås lasarett (AL), Kungälv Sjukhus (KS), Kärn sjukhuset i Skövde (KSS), Sjukhuset i Lidköping (SiL), Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Mölndal, SU/M, Sahlgrenska, SU/S, Östra, SU/Ö), Södra Älvsborgs Sjukhus/Borås (SÄS/Borås) och Uddevalla sjukhus (Uddevalla). Notera att på vissa sjukhus tas t.ex. barn och patienter med primär psykiatrisk problematik emot på dessa akutmottagningar medan andra sjukhus har speciella jourmottagningar för dessa patientgrupper.

På grund av omstrukturering av akutmottagningarna inom NU-sjukvården har det inte bedömts relevant att ta fram alla uppgifter för akutmottagningen vid Uddevalla sjukhus.

Indelning i tre områden

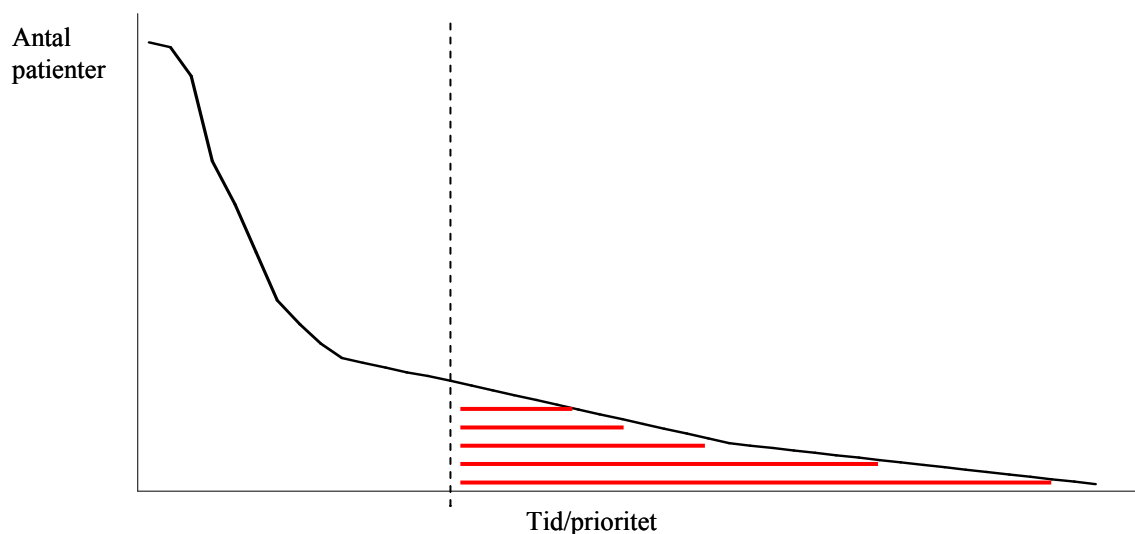
Arbetet har bedrivits parallellt utefter tre olika linjer:

1. *Nulägesbeskrivning* av regionens akutmottagningar. För detta ändamål har en enkät sänts till berörda verksamhetschefer. Arbetsgruppen har också tagit del av dokument, rapporter m.m. angående pågående projekt. Uppgifter om antalet personer som besökt akutmottagningarna och totala antalet besök vid respektive mottagning har hämtats från vårddatabasen Vega utom för Kärn sjukhuset i Skövde och Sjukhuset i Lidköping där uppgifterna hämtats från det lokala patientadministrativa systemet Tranan.
2. *Utblickar mot omvärlden*. En inventering har gjorts av förändringsarbeten som pågår vid akutmottagningar i övriga delar av Sverige. Ett antal sjukhus, utvalda från olika delar av landet, har kontaktats för att tillfrågas om aktuella ledtider vid akutmottagningarna. Dessutom har inbjudna representanter för Capio S:t Görans Sjukhus i Stockholm och Östfolds sjukhus i Fredrikstad, Norge vid ett seminarium delgivit projektgruppen sina erfarenheter av de förändringsarbeten som pågår vid akutmottagningarna på dessa sjukhus. Utöver detta har exempel på förändringsarbeten och akutmottagningsrelaterade problem hämtats från internationell medicinsk litteratur.
3. *Kvalitetsområden och gemensam standard för akutmottagningarna*. Baserat på arbetet under punkt 1 och 2 och på regionala erfarenheter har kvalitetsområden och gemensamma standards definierats.

Inledning

Akutmottagningar i Sverige, såväl inom som utom regionen och i stora delar av världen arbetar på likartat sätt. Den viktiga initiala bedömningen av patienterna och hur snabbt de behöver vård görs idag på de flesta mottagningar enligt någon form av strukturerad prioritering. Arbetet är fokuserat på att identifiera de svårast sjuka, vilka erbjuds ett snabbt omhändertagande med hög medicinsk kompetens. Detta fungerar vanligtvis bra och bland denna grupp av patienter framkommer sällan klagomål mot akutmottagningarna.

Fokus på de medicinskt högprioriterade patienterna innebär att de patienter som vid den initiala prioriteringen bedöms kunna vänta kan få orimligt långa väntetider, vilket schematiskt illustreras i figur 1 nedan. Detta beror på flera faktorer där ansvaret ligger antingen på akutmottagningen eller hos annan verksamhet inom sjukhuset, t.ex. tillgång till jourgående läkare, röntgen eller laboratorium. Inflödet av patienter spelar naturligtvis också roll för väntetidernas längd. När väntetiden blir lång uppstår behov av service, omhändertagande och information i olika grad vilket patienter och anhöriga ofta uppfattar att de inte får tillgång till på förväntat sätt. Patienterna är ofta beredda på att behöva vänta, men vill få en uppfattning om varför väntan uppstår och hur lång den kan bli.



Figur 1. Schematisk beskrivning av förhållandet mellan antal patienter, väntetid och prioritering. Patienter inom streckat område är huvudfokus för denna utredning.

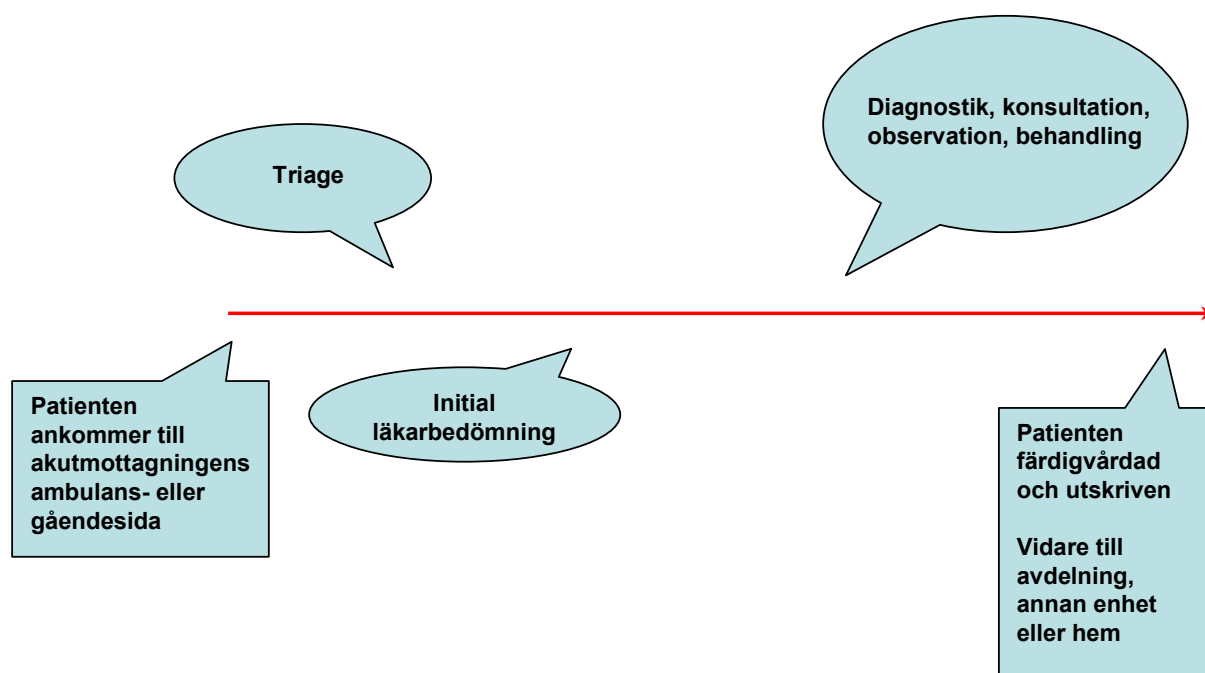
Patienten och akutmottagningen

Patienter kommer i princip till akutmottagningen antingen via ambulans eller för egen maskin. Låt oss fortsättningsvis ur akutmottagningens perspektiv kalla detta för *ambulanssida* och *gåendesida*. När patienten väl anlänt till akutmottagningen vidtar en serie administrativa och medicinska åtgärder. Denna vårdprocess kan förenklat beskrivas enligt figur 2.

Det är initialt viktigt att framhålla att såväl inflödet av patienter till som avflödet från akutmottagningen bestäms av ett flertal faktorer, vilka vanligen är bortom akutmottagningens och ibland även sjukvårdens direkta kontroll.

Inflödet påverkas bland annat av eventuella pågående epidemier (t.ex. influensa, vinterkräksjuka), tillgången till alternativa utbudspunkter (t.ex. planerad och akut primärvård), möjligheten till snabba planerade återbesök på sjukhusets specialistmottagningar, liksom samarbetet mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialistvård kring vårdprogram och rutiner för utredningar och remisser.

Avflödet påverkas bland annat av möjligheten att ordna transporter (hem, särskilt boende) och antalet disponibla slutenvårdsplatser samt möjligheten att snabbt frigöra dessa när inläggande patienter är färdigbehandlade. Härvidlag spelar samarbetet med den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården stor roll. De övriga klinikernas interna arbete med ronder och utskrivningar är också av mycket stor betydelse för att frigöra sjukhusets vårdplatser.



Figur 2. Schematisk beskrivning av vårdprocessen på akutmottagningen.

Ankomst till akutmottagningen definieras som den tidpunkt/klockslag då patienten antingen anländer till akutmottagningen och avrapporteras av ambulanssjukvården till mottagande sjuksköterska (ambulanssidan) eller kommer till akutmottagningens väntrum (gåendesidan). Patienter som remitteras från andra vårdenheter kommer oftast till gåendesidan.

Triage innebär att patienten på ett strukturerat sätt blir bedömd utifrån en etablerad plan, erhåller prioritet och att dokumentation av vårdprocessen påbörjas. Bedömningen baseras på symtom/sökorsak enbart eller i kombination med mätning av vitalparametrar (puls, blodtryck, syremättnad, vakenhetsgrad, andningsfrekvens och temperatur). I triagering ingår inte en hastig och summarisk bedömning i reception eller kassa.

Tiden mellan ankomst till akutmottagningen och triage är potentiellt medicinskt kritisk, eftersom man då inte har fastställt hur sjuk och i behov av snabbt medicinskt omhändertagande patienten verkligen är. Detta gäller framförallt på gåendesidan, där någon medicinsk bedömning i ambulans ju inte har gjorts.

Läkarbedömning innefattar att ta anamnes och status d.v.s. att ta reda på patientens sjukhistoria och göra erforderlig kroppsundersökning. Vidare ingår att initiera primära åtgärder för diagnostik och behandling samt att besluta om plan för den fortsatta vårdprocessen.

Tiden från den initiala läkarbedömningen till dess patienten, ur akutmottagningens perspektiv, är färdigvårdad varierar givetvis, bland annat beroende på vilken åkomma patienten lider av och vilka fortsatta diagnostiska och terapeutiska åtgärder som krävs. Det förtjänar att betonas att detta processteg inte exklusivt styrs och kontrolleras av akutmottagningen, utan ofta berör flera andra enheter på sjukhuset, eftersom det t.ex. innefattar eventuella diagnostiska åtgärder som blodprover och radiologiska undersökningar.

Att patienten ur akutmottagningens perspektiv är färdigvårdad och utskriven innebär att patienten rent fysiskt lämnar akutmottagningen (till annan avdelning på sjukhuset, annan vårdenheter eller hem) och avslutas i det patientadministrativa systemet. Även i detta steg är akutmottagningen delvis beroende av andra aktörer enligt ovan.

Nuläget vid regionens akutmottagningar

Beskrivning av akutmottagningarna

Akutmottagningarna vid regionens sjukhus har delvis olika inriktning och öppettider. Vilka patientgrupper som kan erbjudas vård vid respektive mottagning varierar. Vissa sjukhus har en allmän akutmottagning där såväl vuxna som barn och alla förekommande sjukdomsgrupper kan tas om hand medan andra sjukhus valt att ha separata akutmottagningar för t.ex. barn, gynekologi, psykiatri. Vid de flesta mottagningarna bedrivs verksamheten dygnet runt. Undantag är Alingsås lasarett där akutmottagningen är stängd nattetid och Sjukhuset i Lidköping där enbart medicinjour finns nattetid. Vid Alingsås lasarett, sjukhuset i Lidköping och SÄS/Borås finns jourcentral lokaliserad till akutmottagningens lokaler. Vid Kungälvssjukhus och Kärnssjukhuset i Skövde finns jourcentral i sjukhusets lokaler men inte samlokaliserad med akutmottagningen. En närmare beskrivning av akutmottagningarnas inriktning och öppethållande samt av jourcentralerna ges i bilaga 1 (sid 32 och tabell 1).

Totalt gjordes under 2007 drygt 300 000 besök vid regionens akutmottagningar. Antalet besök per akutmottagning varierar från 16 000 vid de mindre sjukhusen till drygt 40 000 vid Kärnssjukhuset i Skövde och Sahlgrenska sjukhuset. Antalet patienter som under 2007 besökt mottagningarna varierar från cirka 10 000 individer vid de mindre sjukhusen till drygt 30 000 vid de största sjukhusen (se bilaga 1, tabell 2 och 3).

Bemanning

Dagtid bemannas de flesta akutmottagningarna av specialistläkare och/eller ST-läkare samt AT-läkare i varierande proportioner. Under jourtid är tillgången till specialistläkare lägre. Läkarna är oftast inte anställda vid akutmottagningarna. Detta innebär att akutmottagningen för sin bemanning är beroende av och måste samverka med sjukhusets övriga kliniker. Vid Östra sjukhuset och SÄS/Borås finns dock ett antal läkare fast anställda vid akutmottagningen. Merparten av dessa genomgår för närvarande utbildning till s.k. akutläkare (läkare med tilläggspecialitet akutsjukvård). Vid SÄS/Borås finns dessutom en läkare med specialiteten akutsjukvård anställd (se bilaga 1, tabell 4).

Vid akutmottagningarna finns anställda sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare. Vid vissa mottagningar finns även sjukgymnaster (t.ex. vid KSS och SU/M), arbetsterapeuter och vaktmästare. En del av sjuksköterskorna är vidareutbildade, vanligen inom ambulanssjukvård, anestesi, intensivvård eller öppen hälso- och sjukvård. Många sjuksköterskor har dessutom påbyggnadskurser inom akutmedicin och traumavård (t.ex. TNCC, trauma nurse core course).

Första medicinska bedömning, triage

Vid de flesta mottagningar är den första person patienten träffar en sjuksköterska. Det finns även akutmottagningar där patienten först träffar receptionist för betalning etc. för att därefter gå vidare till triage. Triagering görs av en triage-utbildad sjuksköterska vid alla mottagningar,

utom vid Sjukhuset i Lidköping och Sahlgrenska sjukhuset där den genomförs av ett team bestående av sjuksköterska och undersköterska, respektive sjuksköterska, undersköterska och sekreterare. Beroende på vilken triageringsmetod som används grundas bedömningen på enbart symtom och sökorsak eller kompletteras med mätning av vitalparametrar. I de modeller där mätning av vitalparametrar inte primärt ingår har de flesta mottagningar dock valt att lägga till detta. Vidare handläggning sker utifrån sjuksköterskans eller teamets prioritering av patienterna. Etablerade rutiner finns kring att vissa undersökningar samt blodprovstagning påbörjas direkt efter triagering och oftast innan läkaren har undersökt patienten.

I regionen används för närvarande tre olika modeller för triagering (se bilaga 1, tabell 5). I samtliga modeller finns fem prioriteringsgrupper vilka betecknas med färger. Röd färg innebär livshotande tillstånd som kräver omedelbart omhändertagande, orange innebär att ett dynamiskt sjukdomstillstånd kan misstänkas och handläggandet är mycket brådskande, gul innebär att patienten inte bedöms utveckla ett dynamiskt tillstånd men kräver ett brådskande omhändertagande, grön innebär att patienten inte bedöms utveckla ett dynamiskt tillstånd och att handläggning kan ske i turordning och blå färg innebär ett icke akut tillstånd där handläggning kan ske i turordning.

Omvårdnad och bemötande

Specifik omvårdnad ges i relation till det medicinska tillstånd patienten söker för och de medicinska prioriteringar som gjorts. Högprioriterade, allvarligt sjuka patienter har oftast kontinuerlig övervakning eller tillsyn inklusive mätning av vitalparametrar med mycket korta intervall. Alla patienter, även de med mindre allvarliga tillstånd, kan dock ha behov av allmän omvårdnad liksom service och information. Tillsyn och allmän omvårdnad sker enligt lokala rutiner, vilka varierar stort inom regionen, alltifrån att tillsyn av patienter på undersökningsrum ska ske var 30:e minut till att inga strukturerade omvårdnadsronder överhuvudtaget finns.

Patienternas upplevelser av bemötande, service, information etc. följs upp i varierande grad vid regionens akutmottagningar. Flera mottagningar har nyligen genomfört eller planerar att genomföra enkätundersökningar, några mottagningar har genomfört patientintervjuer medan ett par mottagningar inte utvärderat patienternas upplevelse av akutmottagningen (se bilaga 1, tabell 6). Vid de lokala undersökningar som gjorts har bland annat framkommit synpunkter om att väntetiderna är för långa, att mer information önskas och att tillgången till mat och dryck behöver förbättras. De flesta patienterna anser dock att de blivit väl bemötta.

Dessa uppgifter styrks av resultaten i Vårdbarometern 2007 där drygt 25 procent av de tillfrågade invånare i Västra Götaland som sökt hjälp på akutmottagning de senaste 12 månaderna svarat att de anser att väntetiden inte är rimlig. Här förelåg ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen. Andelen som ansåg att läkaren/sjuksköterskan visade respekt var generellt hög och något högre bland kvinnor (87 %) än bland män (82 %). Denna skillnad är statistiskt säkerställd. Såväl bland kvinnor som män var tre av fyra patienter nöjda med den information de fått om sin sjukdom.

Tillgång till förtäring och telefon

Vid samtliga akutmottagningar finns tillgång till förtäring i form av kalla och varma drycker, smörgåsar, frukt etc. Vid de flesta mottagningarna finns varuautomater och när så inte är fallet kan personalen tillhandahålla t.ex. mjölk och smörgås. Vid alla sjukhus finns dessutom såväl

kiosk, cafeteria som restaurang vilka dock oftast inte ligger i direkt anslutning till akutmottagningen. Öppethållandet för dessa inrättningar varierar. I den mån de är öppna under helgerna är detta oftast under en begränsad tid mitt på dagen. Sen kvällstid och nattetid, såväl vardag som helg, är patienterna och deras anhöriga hänvisade till varuautomater (se bilaga 1, tabell 7 och 8).

För att kontakta anhöriga kan patienten låna mottagningens telefon eller få hjälp av personalen att ringa. Telefonautomater på akutmottagningen finns dock enbart på Kungälvssjukhus, Sahlgrenska sjukhuset, SÄS/Borås och Uddevalla sjukhus. Reglerna för att använda mobiltelefon varierar och vid några akutmottagningar måste patienterna gå ut för att använda den egna mobilen.

Tillgång till patientinformation

Information om triageringsprocessen och information om förväntade väntetider utifrån prioritering ges alltid muntligt av personalen. Vid en del akutmottagningar ges även information i form av broschyrer eller via TV-skärm i väntrummet. Vid Sahlgrenska sjukhuset finns även en monitor i väntrummet där antal väntande framgår. Patienterna får också via monitorn upplysning om särskilda händelser, t.ex. ankomst av ambulans, som kan påverka väntetiden. Vid en akutmottagning (SU/M) finns på vardagar också en patientvårdinna som hjälper patienterna till rätta.

Ledtider

Registrering av tider i nuläget

I samband med att patienten registreras i det patientadministrativa systemet, vilket antingen görs i receptionen eller vid triage, sker en automatisk lagring av tidpunkten. Tidpunkten då läkaren träffar patienten registreras manuellt i det patientadministrativa systemet. Då patienten fysiskt lämnar akutmottagningen (läggs in eller går hem) avregistreras hon/han i det patientadministrativa systemet och tidpunkten för detta lagras automatiskt.

Tidpunkten då patienten fysiskt ankommer till mottagningen och tidpunkten för triagering/första vårdkontakt hanteras inte av det patientadministrativa systemet utan kräver ett separat elektroniskt kölappssystem.

Hittills uppmätta tider

För att presentera så tillförliga data som möjligt är de ledtider som redovisas i detta arbete mätta under en tidsperiod om 11-12 månader. De tider som gått att få fram är tid till läkare och total genomloppstid, d.v.s. tid från registrering i det patientadministrativa systemet till läkarbesök och till avregistrering i systemet. Av tabellen nedan framgår att medelvärdet för total genomloppstid varierade mellan 3 och 5 timmar. För 90:e percentilen, d.v.s. för nio av tio patienter, var den totala genomloppstiden mellan 5 och 9,5 timmar och tiden till läkare varierade mellan 1,5 och 6,5 timmar.

Tabell 1. Uppmätta ledtider, oavsett patientens prioritet, vid regionens akutmottagningar. Tiderna avser år 2007 då inte annat anges.[‡]

	Tid till läkare			Total genomloppstid		
	Medel	Median	90:e percentil	Medel	Median	90:e percentil
Alingsås				3 t 1 m	2 t 41 m	
Kungälv						
KSS		58 m	1 t 20 m	3 t 4 m	2 t 41 m	5 t 38 m
Lidköping				2 t 57 m	2 t 40 m	5 t 15 m
NÄL						
SU/M [§]	2 t 0 m		4 t 36 m	4 t 19 m		7 t 41 m
SU/S [§]	2 t 21 m		5 t 50 m	4 t 45 m		9 t 7 m
SU/Ö [§]	2 t 43 m		6 t 23 m	5 t 12 m		9 t 24 m
SÄS/Borås kirurgi medicin ortopedi					2 t 44 m 2 t 38 m 3 t 21 m	ca 5-6 t ca 6-7 t ca 6-7 t
Uddevalla						

[‡]) t = timmar, m = minuter

[§]) För SU/M, SU/S, SU/Ö är tiderna mätta 20061131-20071031

Går det att mäta i dagsläget?

Ett gemensamt patientadministrativt system kallat ELVIS (ELEktroniskt VårdInformationsSystem) håller på att införas i regionen. Systemet består av olika moduler, däribland en speciell akutmodul. Eftersom systemet inte är fullt infört vid alla sjukhus har akutmottagningarna varierande möjligheter att i dagsläget (vintern 2008) få fram ledtider. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Möln dal, Sahlgrenska och Östra) kan ett stort antal ledtider mätas efter utveckling av ELVIS samt komplettering med extra elektroniskt kölapssystem. Alingsås lasarett, Kärnsjukhuset i Skövde och Sjukhuset i Lidköping kan också få fram ett flertal tider medan övriga sjukhus har svårigheter att i dagsläget få fram uppgifter. Överlag pågår dock arbete för att på sikt få ut data.

Pågående projekt och förändringsarbeten

Vid regionens akutmottagningar pågår många projekt och förändringsarbeten i syfte att förbättra omhändertagandet av patienterna, minska väntetider etc. Nedan redovisas ett urval av dessa.

Ambulansrutiner

Rutinmässigt förs patienter med hjärtinfarkt som kräver PCI (ballongvidgning av hjärtats kranskärl) direkt till behandling efter kontakt mellan inkommande ambulans och ansvarig kardiolog.

I ett samarbete med primärvården har NU-sjukvården utvecklat rutiner för att ambulanspersonalen ska kunna transportera uppenbara primärvårdspatienter direkt till vårdcentral.

Vid Alingsås lasarett, Kungälv's sjukhus och Mölndals sjukhus transporteras höftfrakturpatient direkt till röntgen efter ambulanssjukvårdens bedömning.

Hänvisning till annan vårdgivare/annan vårdnivå

Samtliga akutmottagningar har möjlighet att hänvisa patienter till jourcentral eller vårdcentral. Flera sjukhus har speciella samverkansprojekt med primärvården, t.ex. Kungälv's sjukhus, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset. Vid Östra sjukhuset innebär detta att för hela sjukhusets upptagningsområde kan lättare sjukdomsfall som alternativ till att vänta på omhändertagande på akutmottagningen erbjudas tid, oftast inom ett dygn, till ordinarie vårdcentral. Vidare har sjukhuset samarbete med sju vårdcentraler som innebär att akutmottagningen har två fasta tider per vårdcentral där patienter som söker på akutmottagningen kan bokas in. Mölndals sjukhus har en överenskommelse med närliggande vårdcentraler vilken innebär att akutmottagningens personal ringer upp vårdcentralen och bokar besökstid i samband med hänvisningen. Då vårdcentralen är stängd faxas istället fördefinierat dokument till vårdcentralen vilken tar kontakt med patienten före kl. 10.00 första påföljande vardag.

Inom NU-sjukvården kan patienter som kommer till akuten med remiss och som inte kräver omedelbart omhändertagande men ändå misstänks ha en allvarlig åkomma hänvisas till specialistmottagning vid kliniken inom ett dygn eller två, s.k. subakut mottagning. Tanken är också att primärvården i sådana fall ska kunna ta direktkontakt med berörd klinik så patienten slipper gå via akutmottagningen.

Omhändertagande på akutmottagningen

Alingsås lasarett bedriver Projekt 80+ i syfte att förbättra omhändertagandet av äldre patienter som kommer till akutmottagningen. Målet är att alla patienter 80 år och äldre ska träffa läkare inom en timma. I akutmottagningens lokaler finns ett separat rum med fyra vårdplatser vilka i första hand används till dessa patienter. Patienterna erbjuds där en säng och får basal omvårdnad. Viss behandling, t.ex. smärtlindring och vätskeersättning kan påbörjas av sjuksköterskan innan patienten träffar läkare. Detta är ett projekt finansierat av statliga stimulansmedel för vård och omsorg om äldre som fortgår även under 2009.

Kungälv's sjukhus kommer att våren 2009 starta motsvarande verksamhet för patienter 85 år och äldre.

Observationsenhet

Observationsenheter ger möjlighet att observera patienten under en något längre tid och i en lugnare miljö än som är möjligt vid akutmottagningen utan att skriva in patienten i slutenvård. På SÄS/Borås öppnades fem observationsplatser på medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) under november 2008. I början av 2009 kommer platser för intagningsvård att finnas på kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA) och MAVA. I de fall patienten är i behov av slutenvård kommer inskrivning att ske vid första rond.

Vid NU-sjukvården finns 12 observationsplatser för i första hand medicin- och kirurgpatienter.

Utredning och inläggning av äldre patienter

Ett samverkansprojekt mellan Östra sjukhuset, Göteborgs stad och primärvården pågår för upptagningsområde Hisingen och planeras starta för sjukhusets övriga upptagningsområden. Projektet syftar till att underlätta för personer 65 år och äldre att få vård och omsorg på rätt vårdnivå. Patient som av distriktsläkare bedöms som inskrivningsklar kan antingen direktinläggas eller få en snabbare väg genom akutmottagningen (fast-track akuten).

Kungälvss sjukhus har motsvarande samarbete med primärvården Hisingen för individer boende i Kärra-Rödbo området vilket ingår i sjukhusets upptagningsområde. Patient kan vid behov läggas in direkt på Geriatrik/rehabiliteringskliniken på Kungälvss sjukhus.

Sjukhuset i Lidköping har i samarbete med primärvården under november 2008 startat "multisjuka teamet" vilket består av en läkare och två sjuksköterskor. Teamet arbetar som en analysgrupp och kommer att ha viss inläggningsrätt på sjukhuset. Sjukhuset kan aktualisera patienter för genomgång av teamet, t.ex. då patienten har behov av upprepade akutbesök.

Akutmottagningen vid Mölndals sjukhus bedriver forskningsprojekt i syfte att förbättra omhändertagandet av multisjuka äldre. Projektet är ett samarbete mellan en forskargrupp från Vårdal-institutet och Mölndals kommun, Mölndals primärvård och geriatrik, medicin och akutmottagningen vid sjukhuset. Syftet är att skapa förbättringar i hela vårdkedjan. Detta är ett projekt finansierat av statliga stimulansmedel för vård och omsorg om äldre som fortgår även under 2009.

Alingsås lasarett kommer under 2009 att starta en intagningsvårdavdelning för äldre med tio vårdplatser, ITVA 80+. Syftet är att erbjuda äldre personer med sviktande funktionsförmåga ett snabbt omhändertagande. En tät samverkan kommer att ske mellan ITVA 80+ och sjukhusets akutmottagning, vilket innebär att efter ett snabbt konstaterade att patienten ska läggas in, körs patienten direkt till ITVA 80+ där både inskrivning, resterande provtagning och behandling omedelbart kan påbörjas.

En NÄVA – näräldrevårdsavdelning med sju vårdplatser öppnades i september 2008 vid SÄS/Borås. Avdelningen kommer att fördubblas hösten 2009. Uppdraget är att planera för vård av multisjuka äldre patienter med akut insjuknande som leder till akut vårdkontakt med SÄS. Avsikten är att genom multiprofessionellt team få en komplett bedömning av patientens vård- och rehabiliteringsbehov oavsett om detta kan ges i öppen eller sluten vård, eget boende eller särskilt boende.

Även i NU-sjukvården har särskilda vårdavdelningar upprättats för multisjuka äldre. Avdelningarna ska ses som navet i ett samarbete med både primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Meningen är också att på förhand identifierade patienter ska kunna läggas in direkt på dessa avdelningar utan att behöva gå via akutmottagningen.

På SÄS finns sedan januari 2008 ett tvärprofessionellt team som har till uppgift att stödja gruppen multisjuka äldre, d.v.s personer över 75 år med minst tre diagnoser som vårdats ineliggande tre gånger eller mer under de senaste 12 månaderna. Teamet består av samordnande sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, farmaceut, vårdplaneringssjuksköterska samt äldrepsykiatrisk kompetens och arbetar efter en specifik modell, TryggVE (Trygghet, Vårdsamverkan och Effektivitet). Målet med projektet är rätt vård på rätt nivå, att rätt information hamnar hos rätt mottagare, minska antalet besök på

akutmottagningen och antalet inläggningar och förhindra att denna sköra patientgrupp inte vet vart de skall vända sig när ett vårdbehov uppstår.

Utblickar mot omvärlden

Runt om i världen ses en likartad problembild inom akutsjukvården. Det finns exempel på att goda resultat kan uppnås genom en fokuserad satsning på hela den akuta vårdprocessen. Strävan är att skapa högre kvalitet, snabbare genomflöde och en bättre patientupplevelse, utan att nämnvärt behöva öka kostnaden.

Svenska sjukhus i allmänhet

Flera svenska sjukhus arbetar med utgångspunkt från de erfarenheter som ingår i konceptet ”lean management” där inspirationen hämtas från industrin och dess olika metoder för att öka effektiviteten genom att fokusera på aktiviteter som är värdeskapande för kunden. Ursprunget till detta arbetssätt kommer från Toyota och den japanska bilindustrin. Nu sker en anpassning till hälso- och sjukvårdssektorn, kallad lean healthcare. Konceptet ligger till grund för arbetet bl.a. på Capio S:t Görans Sjukhus i Stockholm (se även nedan) och vid Lunds universitetssjukhus. Vid Lunds akutklinik pågår två projekt inom ortopedin, ett kring enklare frakturer och ett kring misstänkta höftfrakturer. För opåverkade patienter med stor misstanke om enkel fraktur skrivs röntgenremiss av sjuksköterskan i samband med triage. En särskild frakturlinjeläkare tillser att patienterna får ett snabbt omhändertagande efter röntgenundersökningen. Höftfrakturprojektet arbetar med hela vårdkedjan för patienter med höftfrakturer, vilket innebär att patienten förbereds för inläggning redan i ambulansen och vid ankomst till sjukhuset går direkt till röntgen utan att behöva passera akutmottagningen. Även Karolinska sjukhuset arbetar utifrån lean healthcare. På akutmottagningen är nu knappt 80 procent av patienterna färdigbehandlade inom fyra timmar (se bilaga 2).

Kunskapen om ledtider vid landets akutmottagningar är generellt sett begränsad. Av de 13 sjukhus som arbetsgruppen kontaktat kan ungefär hälften redovisa ledtider. I den mån måttal finns uppsatta uppfylls dessa inte i nuläget (se bilaga 2). I t.ex. Halland har Landstingsstyrelsen uttalat ambitionen att handläggningstiden på akutmottagningen, det vill säga tiden från det att patienten betalat patientavgiften tills hon/han blivit omhändertagen, ska vara som mest fyra timmar. Sjukhusen i länet redovisar dock inga tider för akutmottagningarna för närvarande.

Mångbesökarmodellen i Kalmar

Mångbesökarmodellen är namnet på en arbetsmetod på akutkliniken intagningsavdelning vid Länssjukhuset i Kalmar. Kortfattat går modellen ut på att vuxna patienter som besökt akutkliniken fyra gånger eller mer under ett år och som blir inlagda får genomgå en grundlig utredning av ett multidisciplinärt team under ett dygn. Resultatet av utredningen skickas till patientens distriktsläkare för fortsatta åtgärder.

I en liten utvärdering, omfattande 20 patienter, som gjordes då arbetet bedrevs i projektform redovisades lägre vårdkonsumtion och vårdkostnader för patienterna som ingick i projektet jämfört med en kontrollgrupp. Det är oklart om samma resultat har kunnat påvisas sedan arbetssättet infördes i rutinsjukvård. Arbetet i Kalmar är tidigare redovisat i en separat rapport (Dnr RSK 345-2008).

Erfarenheter från Capio S:t Görans Sjukhus

Capio S:t Görans Sjukhus i Stockholm har fått nationell uppmärksamhet för sitt arbete med att öka genomströmningen och korta väntetider på akutmottagningen. Sedan 2005 arbetar sjukhuset med ett kontinuerligt förbättringsarbete utifrån lean healthcare. Representanter från sjukhuset betonar att detta inte är ett projekt utan filosofin bakom en kulturförändring som genomsyrar hela sjukhuset. Arbetet tar sin grund i de anställdas vilja till förändring och delaktighet och helhetssyn är honnörssord. Tydligt ledarskap i hela organisationen pekas ut som en annan viktig framgångsfaktor. Ett viktigt sätt att arbeta med ständiga förbättringar är att identifiera aktiviteter som inte är värdeskapande för patienterna och försöka ta bort dessa.

Ursprunget till det nya arbetssättet är att sjukhuset efter omstrukturering av sjukvården i Stockholm hade hamnat i ett läge när situationen på akutmottagningen blivit ohållbar och det blev uppenbart på alla nivåer att ett förändringsarbete måste ske. Flera radikala grepp har tagits för att minska belastningen, minska ledtider och öka patientsäkerheten på akutmottagningen. Målet har varit att arbeta parallellt istället för sekventiellt. Arbetsplatserna har standardiserats och all utrustning har sin givna plats. Mest uppmärksammat har införandet av team-triagering blivit, vilket innebär att triagearbetet görs av ett team med specialisläkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Genom att flytta den högsta kompetensen längst fram i kedjan kan beslut om vad som ska ske med patienten fattas så fort som möjligt. Uppenbara inläggningsfall går direkt från akutmottagningen till vårdavdelning där allt inskrivningsarbete sker.

Capio S:t Görans framhåller att denna typ av förändring inte kan begränsas till en del av sjukhuset utan måste införas i hela organisationen. En förutsättning för att upprätthålla flödet på akutmottagningen är, som på andra sjukhus, att det finns tillgång till lediga sängplatser. För att säkerställa ett jämnt flöde av utskrivningar som matchar inflödet har morgonronder på medicinavdelningarna ersatts med teamronder utifrån patientens behov. Näst på tur står nu arbetet med att effektivisera röntgenflödet och att skaffa utrustning för patientnära laboratorieanalyser på akutmottagningen.

Som en följd av det nya sättet att arbeta har akutmottagningen på Capio S:t Görans på två år kunnat halvera tiden till läkarbedömning. Den totala handläggningstiden har minskat med 40 procent och är nu fyra timmar för 90 procent av patienterna (se bilaga 2).

Erfarenheter från Norge

I Norge finns en mer utvecklad akutmedicinsk vårdkedja än hos oss. Som en följd av detta har i princip alla patienter, över 95 procent, som kommer till akutmottagningen med sig remiss från annan vårdnivå. Antalet sökande vid akutmottagningen i Östfold, Fredrikstad, är endast cirka hälften jämfört med hur många som söker vid ett motsvarande upptagningsområde i Västra Götaland. Alla medborgare är listade hos en fast läkare som de förväntas vända sig till när vårdbehov uppkommer. På jourtid övergår dennes ansvar till en jourorganisation så kallad legevakt. Medborgarna har också möjlighet att via ett akutnummer kontakta Akuttmedicinsk kommunikasjonssentral (AMK) vilken larmar ut och koordinerar ambulanser, värderar vart en patient ska skickas, ger medicinsk rådgivning och kontaktar lokala vårdinstanser vid behov. AMK-centralerna arbetar med samma nationella prioriteringsverktyg, Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som används av andra instanser inom sjukvården, vilket innebär att alla instanser i den akutmedicinska vårdkedjan har tillgång till samma beslutsstöd. Det är först efter kontakt med någon av dessa instanser som patienten kommer till akuten, antingen med remiss från ordinarie läkare eller från legevakt alternativt efter kontakt med AMK.

Genomgång av internationell litteratur

Nedan redovisas ett urval ur den omfattande internationella medicinska litteratur som beskriver den generella problematiken vid akutmottagningar.

Internationellt råder en spridd uppfattning att formerna för arbetet inom sjukvården som helhet måste ses över för att möta de ökade krav som ställs på sjukvården. Detta synsätt är också tydligt vad gäller arbetet på akutmottagningarna. Som beskrivits ovan hämtas inspirationen från industrin och olika metoder för att ta bort arbetsmoment som inte är värdeskapande för kunden. Utifrån perspektivet lean healthcare kan olika förbättringsområden identifieras såväl på akutmottagningen som på mottagande vårdavdelningar.

Litteraturen, framförallt från Australien, Nya Zeeland, Canada och USA, stödjer uppfattningen att omhändertagandet av de mest akuta patienterna fungerar väl och att dessa patienter också är de som är mest nöjda med akutmottagningarna. Flera studier visar att patientnöjdhet är mer kopplat till bemötande, information och service än till faktisk väntetid på akutmottagningen. Allmänt omhändertagande, visad empati och information är de viktigaste faktorerna bakom detta. Det finns däremot inga studier som beskriver hur bemötande och service på bästa sätt kan förändras och förbättras.

Studier från bland annat Australien visar på värdet av så kallad fast track för att minska väntetiderna för patienter med lättare besvär. I denna patientgrupp rymmer en stor del av problemen med orimliga väntetider och missnöje. Fast track innebär att läkare med hög medicinsk kompetens snabbt tar hand om dessa patienter. Studierna visar också på ett starkt samband mellan kompetensen hos de läkare som initialt bedömer patienten och effektiviteten i processen på akutmottagningen.

Ett annat sätt att minska ledtiden för patienter är att ta bort receptionen och låta patienten komma direkt till triagering. För att minska den totala omloppstiden på mottagningen krävs också att flödet av de patienter som måste läggas in på vårdavdelning fungerar. Vid överbeläggning på vårdavdelningarna ökar den tid som patienten vistas på akutmottagningen. Studier från Australien visar på försämrade patientsäkerhet med ökad mortalitet i dessa situationer. Resonemangen stöder tanken att det är viktigt att hela sjukhuset är involverat i de processer som syftar till att minimera ledtider på akutmottagningen.

Tillgång till egen laboratorieutrustning på akutmottagningen är värdefullt, eftersom väntan på svar från ett centralt laboratorium är en viktig bidragande orsak till långa omloppstider. Observationsplatser, så kallade clinical decision units (CDU), i anslutning till akutmottagningen minskar också ledtider och antalet patienter som måste läggas in i slutenvård.

I Storbritannien var under senare delen av 1990-talet akutsjukvården utsatt för offentlig kritik eftersom alltfler patienter upplevde att de fick vänta länge även för enkla problem. År 2001 kom en skriftlig 10-års plan, *Reforming emergency care*, från National Health Service, NHS, den statliga myndighet som driver den offentliga sjukvården. Planens övergripande mål var att börja tänka på service ur ett patientperspektiv samt att säkra vård av hög kvalitet i rimlig tid för alla patienter. Ett förbättringsprogram initierades vid samtliga akutmottagningar i landet. Varje akutenhet tillsatte multidisciplinära och multiprofessionella team för att tackla problemen och förbättra vården för patienterna. I ett första steg samlades aktuella data in för

att identifiera flaskhalsarna i akutprocessen. En av de viktigaste förändringar som sedan vidtogs var att omorganisera så att en erfaren läkare träffade patienten först för att fatta beslut om diagnos, behandling eller behov av fortsatt utredning. Tidigare hade oerfarna läkare med back-up från specialister utfört arbetet på akutmottagningarna. Tillgång till läkare och övrig personal med olika medicinska specialiteter ansågs också viktigt. Detta arbetssätt kom att kallas *see and treat* och principerna för arbetet definierades nationellt men varje sjukhus fick sedan utveckla sin egen modell för hur arbetet skulle genomföras.

För att kunna förbättra vården på akutmottagningen krävdes också förståelse från såväl resten av sjukhuset som hela hälso- och sjukvårdssystemet. Ett helhetsperspektiv måste anläggas för hela vårdkedjan, det vill säga vårdavdelningar, laboratorieverksamhet och kommunal vård etc. Support-team och nätverk tillskapades för att underlätta arbetet, stimulera till helhetstänkande och involvera de olika delarna i vårdkedjan, såsom ambulanssjukvård, primärvård, socialtjänst etc.

Arbetet ledde till kraftigt förbättrad genomloppstid på akutmottagningarna. Under 2005/2006 uppnåddes målet att 98 procent av alla patienter hade en total vårdtid på akutmottagningen kortare än fyra timmar.

Grundläggande lärdomar från Storbritannien är fördelarna med hög kompetens tidigt och tvärprofessionell samverkan samt att det är viktigt att se akutmottagningens plats i den totala vårdkedjan.

År 2008 publicerade en intressesammanslutning av amerikanska akutläkare en rapport, *Emergency Department Crowding: High Impact Solutions*, om problemet med överbelastade och överbelagda akutmottagningar. Ett av målen med rapporten var att föreslå potentiella lösningar som inte, eller till ringa grad, skulle vara kostnadskrävande.

Rapporten fokuserar mycket tydligt på sjukhusens interna arbete och inte på eventuella problem med icke-akuta patienter som söker akutmottagningarnas hjälp. Huvudproblemet som beskrivs är istället det avflödeshinder (exit block) som drabbar många akutmottagningar och som innebär att inläggningsklara patienter tvingas bli kvar på akutmottagningen i väntan på lediga sängplatser på sjukhusets övriga kliniker. Detta leder till de även hos oss kända problemen med potentiellt bristande patientsäkerhet och patienttillfredsställelse. Dessutom binds personella resurser, som istället kunde ha använts till renodlat akutmedicinska arbetsinsatser.

Rapporten betonar tydligt att detta inte är ett isolerat akutmottagningsproblem utan att det måste ses som ett problemkomplex som berör hela sjukhuset och att lösningarna följaktligen måste engagera hela sjukhusorganisationen. De förslag som diskuteras är i sig inte unika och förekommer också på andra ställen i vår utredning.

Åtgärder som nämns är att sjukhusets slutenvårdsavdelningar måste bli färdiga med utskrivningarna före lunch och att inflödet av förplanerade patienter till specialistmottagningar och operationsenheter bättre måste matcha det förväntade inflödet till akutmottagningen. Vidare diskuteras betydelsen av fast track-lösningar för patienter med relativt enkla/ofarliga medicinska problem, observationsenheter (CDU) i anslutning till akutmottagningen, enhetlighet i inläggningsrutiner och formalia, läkarmedverkan i triage liksom verksamhetsanpassad bemanning. I rapporten diskuteras även betydelsen av att definiera tydliga mål för den totala genomloppstiden på akutmottagningen och att engagera all

personal i arbetet mot dessa mål. I detta sammanhang nämns givetvis behovet av att korta ledtider till röntgenundersökningar och laboratorieanalyser.

Huvudslutsatsen i den amerikanska rapporten är att problemet med överbelagda akutmottagningar är ett sjukhusgemensamt problem och att sjukhusen i detta avseende tydligare måste fokusera på ett dygnet- och veckan-runt perspektiv.

Kvalitetsområden och gemensam standard för akutmottagningarna

Arbetsgruppen har identifierat tre centrala kvalitetsområden (modul I - III) med avseende på den ovan redovisade vårdprocessen på akutmottagningen. *Modul I* innefattar bemötande, information, omvårdnad och service, *modul II* medicinska ledtider och *modul III* personalens kompetensnivå. Dessa områden definierar var för sig lägsta kvalitets-/kompetensnivå och anger således golvet, inte taket. Beställare och utförare kan överenskomma om ännu ambitiösare tillgänglighets- och kvalitetsmål.

Modul I, bemötande, information, omvårdnad och service

Bakgrund

Ett gott bemötande är en självklarhet i alla kontakter med patienter och anhöriga.

Ett berättigat krav från patienter och anhöriga är att få uppdaterad allmän information om akutmottagningens arbetssätt, organisation och väntetider, liksom specifik information i det enskilda fallet om handlägningsgång och vidare åtgärder.

Information om och tillgång till viss service t.ex. mat, dryck, telefon och toalett är lika berättigade krav.

Det finns ofta ett strikt medicinskt behov av regelbunden och tät patienttillsyn, t.ex. för kontroll av medvetandegrad eller blodtryck. Det finns också ett behov av regelbunden allmän omvårdnad, bland annat för att tillgodose behovet av information och service, men också för att utföra specifika omvårdnadsåtgärder, ge stöd och visa medmänsklighet.

Krav

1. Varje akutmottagning ska ha tydliga rutiner och kända kriterier för vad som kännetecknar ett gott bemötande. Det ska finnas tydliga och kända rutiner för hur patienter och anhöriga kan framföra synpunkter och klagomål, liksom hur eventuella synpunkter och klagomål återkopplas till berörda medarbetare.
2. Varje akutmottagning ska leva upp till en lägsta nivå vad gäller regionalt enhetlig information. Detta innebär att patienter och anhöriga ska ha tillgång till aktuell, muntlig och skriftlig information om de tidsgränser som definieras i modul II nedan, hur akutmottagningen fungerar avseende medicinska prioriteringar, service och omvårdnad samt hur man lämnar synpunkter till verksamhetsledningen. På akutmottagningen ska, som stöd för att hålla informationen uppdaterad, finnas en checklista där aktuella informationskrav redovisas (se bilaga 3 och 4).

3. Tillgång till mat (smörgåsar och dylikt) samt kalla och varma drycker för patienter som klarar sig själva. Detta kan innefatta att hänvisa patienten till varuautomat, sjukhuscafeteria, kiosk eller motsvarande inom rimligt gångavstånd från akutmottagningen.
4. Tillgång till mat (smörgåsar och dylikt) samt kalla och varma drycker för patienter som inte klarar sig själva. I detta fall räcker det inte att hänvisa enligt ovan, utan personalen på akutmottagningen ska hjälpa till under iakttagande av sedvanliga hygienrutiner och eventuella medicinska kontraindikationer.
5. Tillgång till toalett och telefon för patienter som klarar sig själva.
6. Tillgång till toalett och telefon för patienter som inte klarar sig själva.
7. Varje akutmottagning ska ha tydliga och kända rutiner för regelbunden allmän omvårdnad, utöver den omvårdnad och tillsyn som krävs för specifika sjukdomstillstånd och följer av specifika vårdprogram.

Ansvar

Akutmottagningens verksamhetschef.

Måltal

På varje akutmottagning ska det finnas rutiner för bemötande enligt punkt 1 ovan.

På varje akutmottagning ska det finnas information och uppdaterad checklista enligt punkt 2 ovan.

På varje akutmottagning ska kravet på basal service kunna tillgodoses enligt punkt 3-6 ovan.

På varje akutmottagning ska det finnas rutiner för omvårdnadsarbete och/eller kontakt med patienten enligt punkt 7 ovan. Tillsyn ska ges åtminstone varje halvtimme till patienter på enskilt vådrum och åtminstone varje timme till patienter i väntrum.

Samtliga dessa mål ska vara uppfyllda under 2009.

Uppföljning

Aspekter på bemötande, information, omvårdnad och service följs upp lokalt, såväl med stickprovsundersökningar som med regelbundet återkommande patientenkäter. Utfallet av dessa undersökningar och enkäter bör kunna bli föremål för dialog mellan beställare och utförare.

För att möjliggöra regionövergripande jämförelser ska samma patientenkät användas vid regionens akutmottagningar. Detaljer kring val av enkät, eventuell koppling till den nationella patientenkäten, liksom fastställande av regionala rutiner och organisation för insamling och presentation av enkätdata återstår att fastställa.

Förekomsten av rutiner för att följa upp klagomål från patienter och anhöriga och att ge återkoppling till berörda medarbetare är i sig ett ytterligare instrument i den lokala uppföljningen.

Modul II, medicinska ledtider

Bakgrund

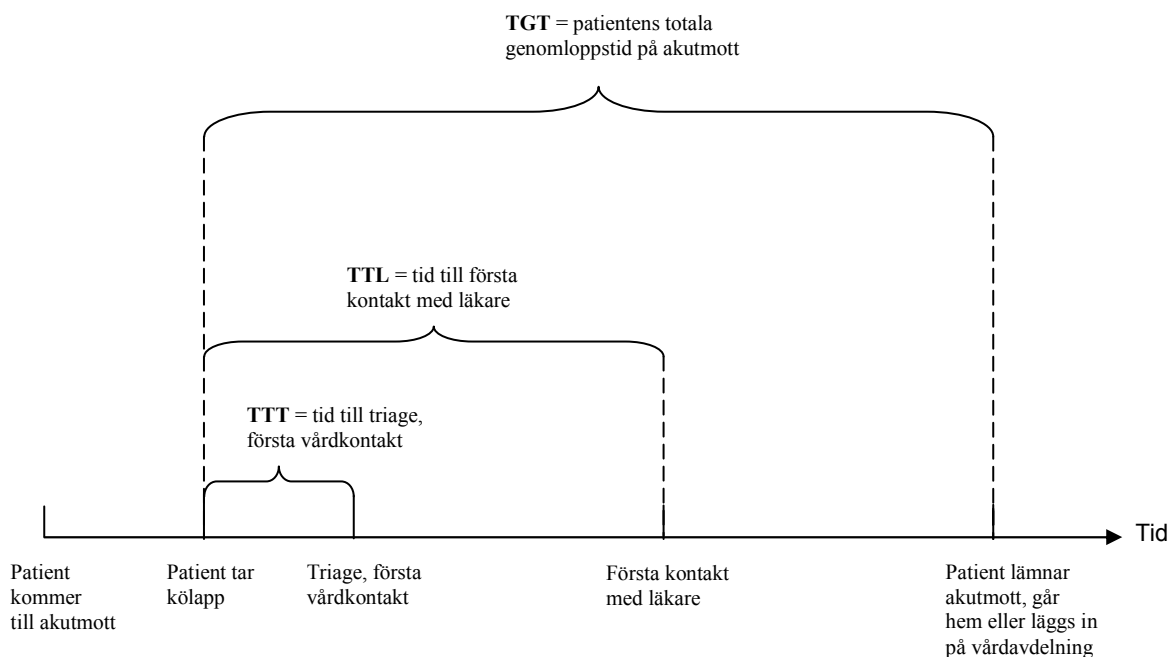
Arbetsgruppen har bedömt följande tre ledtider som centrala i beskrivningen av vårdprocessen på akutmottagningen (se figur 3).

Tid till triage (TTT). Definieras som den registrerade tiden från det patienten ankommit till akutmottagningens gåendesida och tagit kölapp eller ankommit per ambulans och till dess att triage, inkluderande undersökning av vitalparametrar, påbörjats.

Tid till läkare (TTL). Definieras som den registrerade tiden från ankomst enligt ovan och till dess att läkarbedömning påbörjats.

Total genomloppstid (TGT). Definieras som den registrerade tiden från ankomst enligt ovan och till dess att patienten är utskriven från akutmottagningen. Notera att om patienten under en tid observeras på eventuell observationsplats (CDU) stannar klockan med avseende på TGT.

Notera att detta alltså innebär delvis nya definitioner av dessa begrepp jämfört med hur de mäts idag (se sid 12). Startpunkten här definieras som ankomst till akutmottagningen och inte, som i dagsläget, registreringen i det patientadministrativa systemet.



Figur 3. Schematisk beskrivning av tidsförloppet på akutmottagningen.

Krav och måltal

Arbetsgruppen förordar en stegvis förkortning av ledtiderna gentemot dagens nivåer (se tabell 1, sid 13).

1. Vid slutet av första året (2009) gäller:

TTT – 90 % av patienterna mindre än 10 minuter.

TTL – 90 % av patienterna mindre än 120 minuter.

TGT – 90 % av patienterna mindre än 6 timmar.

2. Vid slutet av andra året (2010) gäller:

TTT – 90 % av patienterna mindre än 10 minuter.

TTL – 90 % av patienterna mindre än 90 minuter.

TGT – 90 % av patienterna mindre än 5 timmar.

3. Vid slutet av tredje året (2011) gäller:

TTT – 90 % av patienterna mindre än 10 minuter.

TTL – 90 % av patienterna mindre än 60 minuter.

TGT – 90 % av patienterna mindre än 4 timmar.

Ansvar

Sjukhusdirektör.

Uppföljning

Uppföljning sker verksamhets- och sjukhusinternt. Modul II bör kunna bli föremål för dialog mellan beställare och utförare. Dessutom redovisas sjukhus- och akutmottagningspecifik måluppfyllelse regelbundet på central regional nivå.

Tekniska förutsättningar och nödvändiga åtgärder

För att regionalt enhetlig uppföljning av dessa medicinska ledtider ska vara möjlig att genomföra fordras att:

1. alla akutmottagningar har ett fungerande patientadministrativt system. ELVIS är regionens beslutade system och är i dagsläget infört på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Mölndal, Sahlgrenska, Östra), SÄS/Borås, Kungälv's sjukhus och Alingsås lasarett. Införande av ELVIS återstår ännu på NÄL, KSS, Sjukhuset i Lidköping och Uddevalla sjukhus.

2. alla akutmottagningar har ett system som mäter tiden från det patienten tar en kölapp till dess initial vårdkontakt/triagering påbörjas och att dessa data kan integreras med övriga medicinska ledtider. Det finns ett flertal regionalt upphandlade system som stödjer detta exempelvis *Q-matic* och *TurnOmatic*. *Q-matic* används i dagsläget av Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset, SÄS/Borås och Kungälv's sjukhus. Införande av ett dylikt system krävs på Alingsås lasarett, KSS, Sjukhuset i Lidköping, NÄL, Uddevalla sjukhus och Östra sjukhuset.
3. alla akutmottagningar inför rutiner för att säkra registrering av tid till läkare (TTL). Denna registrering sker idag på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Mölndal, Sahlgrenska, Östra), men behöver införas/säkras på Alingsås lasarett, Kungälv's sjukhus, KSS, Sjukhuset i Lidköping, SÄS/Borås, NÄL och Uddevalla sjukhus.

Införandet av Modul II förutsätter att ELVIS (händelseregistrering med tillhörande utdataplattform) införs på samtliga berörda enheter. I väntan på att detta sker krävs att lokala rutiner snarast införs så att regionalt jämförbara, kvalitetssäkrade ledtidsdata så långt möjligt kan erhållas.

Modul III, personalens kompetensnivå

Bakgrund

Ett flertal olika personalkategorier arbetar på en akutmottagning. Arbetsgruppen har ingen anledning att värdera dessas relativa betydelse för akutmottagningens arbete. Vi väljer dock att i detta sammanhang och mot bakgrund av resonemanget kring modul II lyfta fram sjuksköterskor och läkare. Frågan om akutläkare, d.v.s. specialister i akutsjukvård, handläggs i ett separat, parallellt utredningsuppdrag (Dnr RSK 628-2008).

Krav

1. Lägsta kompetensnivå på första vårdkontakt, d.v.s. *triage*, ska vara legitimerad sjuksköterska, som fått erforderlig introduktion och utbildning för att tjänstgöra på akutmottagningen. Detta innebär introduktion till akutmottagningens rutiner, lokaler och tekniska utrustning, samt genomgången utbildning i akutmottagningens triagesystem och hjärt-lungräddning för sjukvårdspersonal (S-HLR).
2. Lägsta kompetensnivå på *första läkarkontakt* ska vara läkare, som fått erforderlig introduktion och utbildning för att tjänstgöra på akutmottagningen. Detta innebär introduktion till akutmottagningens rutiner, lokaler och tekniska utrustning, liksom genomgången utbildning i akutmottagningens triagesystem. Dessutom ska läkaren ha genomgått utbildning i avancerad hjärt-lungräddning (A-HLR). I de fall läkaren inte är legitimerad ska det finnas organisatoriska rutiner som säkerställer att det formella kravet på legitimerad läkare vid behov kan uppfyllas.

Måltal

100 % såväl på sjuksköterske- som på läkarsidan.

Ansvar

Akutmottagningens verksamhetschef har ansvaret för att den tjänstgörande personalen besitter kompetens enligt ovan.

I de fall tjänstgörande läkare har annan moderklinik faller dock ansvaret för att läkaren genomgått utbildning i A-HLR och att det finns organisatoriska rutiner som säkerställer att det formella kravet på legitimerad läkare vid behov kan uppfyllas på moderklinikens verksamhetschef.

Uppföljning

Uppföljning genom retrospektiv schemagranskning sker verksamhetsinternt. Vid behov sker uppföljning i dialog med berörda läkares hemkliniker. Modul III bör också kunna bli föremål för dialog mellan beställare och utförare.

Diskussion

Vilka enheter omfattas?

I föreliggande rapport föreslås tillgänglighets- och kvalitetsmål för de akutmottagningar som i Västra Götalandsregionen handlägger patienter från flera olika medicinska specialitetsområden med en tyngdpunkt på medicin, kirurgi och ortopedi. I varierande grad handlägger ett flertal av dessa akutmottagningar under jourtid även patienter från andra specialitetsområden till exempel barn, gynekologi och psykiatri. Det är viktigt att framhålla att de föreslagna tillgänglighets- och kvalitetsmålen avser de berörda akutmottagningarnas samlade arbetsbörda och inte bara vissa utvalda nyckelspecialiteter på dessa mottagningar.

Rapporten avser primärt inte tillgänglighets- och kvalitetsmål på de akutmottagningar som endast handlägger patienter från ett specialitetsområde t.ex. gynekologi eller psykiatri. Det är givetvis fullt möjligt att tillämpa motsvarande tänkesätt kring tillgänglighet och kvalitet även på dessa specialenheter, men eftersom dessa akutmottagningars speciella förutsättningar och problem inte belysts i utredningen omfattas de i nuläget inte av föreslagna tillgänglighets- och kvalitetsmål. Vi tror dock att de angreppssätt som redovisas och de måltal som föreslås i rapporten i väsentlig grad kan tjäna som inspiration och vägledning även för dessa akutmottagningar och bli föremål för lokal dialog mellan beställare och utförare.

Efter specifika diskussioner med berörda verksamhets- och områdesledningar föreslås även akutmottagningen vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus omfattas av föreslagna tillgänglighets- och kvalitetsmål.

Måluppfyllelse

Det är viktigt att betona att de föreslagna målen och de stipulerade tidsramarna för när dessa ska uppnås inte ska betraktas som tak utan som golv. Förutsättningarna för att uppnå målen torde variera mellan de berörda enheterna då tillgänglighets- och kvalitetsarbetet hunnit olika långt och har delvis olika inriktning på akutmottagningarna i Västra Götalandsregionen.

Det kan te sig förvånande att föreslå 90 procent måluppfyllelse, snarare än 100 procent, när det gäller de tre centrala medicinska leddena. De brittiska riktlinjerna t.ex. har ju 98 procent

måluppfyllelse som riktmärke. Vi menar att man även i Västra Götaland säkert kan komma dit på sikt, men att vägen dit ännu är så lång att det inte vore realistiskt att sätta sådana måltal. Dessutom kommer det alltid att finnas patienter och situationer där stipulerade tidsgränser inte går att hålla. Ett exempel kan vara svårigheten att vid mycket hög belastning t.ex. flera samtidiga traumalarm kunna erbjuda även de medicinskt lägst prioriterade patienterna läkarbedömning inom 60 minuter. Med korrekt information och tillräcklig servicenivå torde de allra flesta patienter och anhöriga kunna acceptera detta.

Hur når vi målen?

I rapporten föreslås tillgänglighets- och kvalitetsmål men däremot inte hur dessa specifikt ska uppnås. Detta bör istället bli föremål för konkreta förslag och åtgärder på de berörda sjukhusen, som bäst känner de varierande lokala förutsättningarna. Tillgänglighets- och kvalitetsmålen bör också kunna bli föremål för diskussion mellan beställare och utförare t.ex. avseende resurser och eventuell målrelaterad ersättning. Vi har därför avstått från förslag kring verksamhetsanpassad bemanning etcetera eftersom vi menar att åtgärder av sådan karaktär med nödvändighet följer av föreslagna tillgänglighets- och kvalitetsmål. Vi har istället valt att definiera tre centrala medicinska ledtider, som inom sig rymmer ett flertal specifika deltider t.ex. tid till svar på laboratorie- och röntgenundersökningar. En betydande del i det lokala arbetet med att korta ledtider torde kretsa kring denna typ av frågeställningar, men då förutsättningarna varierar mellan de olika sjukhusen t.ex. avseende de rent fysiska avstånden mellan olika enheter tror vi att dylika detaljfrågor bäst hanteras lokalt inom de regionalt stipulerade tidsramarna.

Vi tror att de lokala, nationella och internationella exempel som redovisas i rapporten utgör en god grund för det fortsatta lokala arbetet med föreslagna tillgänglighets- och kvalitetsmål, eftersom problematikens huvuddrag torde vara väsentligen likartade på alla berörda enheter. Vi menar till exempel att målsättningen att kunna påbörja triage av 90 procent av patienterna inom tio minuter kommer att medföra att nuvarande receptionsfunktioner avskaffas. Olika fast track lösningar t.ex. för patienter med stor misstanke om höftledsfraktur, eller för medicinskt lågprioriterade patienter som kan färdigbehandlas efter en fokuserad och beslutsmässig läkarbedömning, kan också positivt bidra till kortare medicinska ledtider.

Ett återkommande problem är överbelastning av akutmottagningen, som en konsekvens av interna patientavflödeshinder, så kallat exit block. Detta beror ofta på att sjukhusets disponibla sängar inte kan frigöras tillräckligt snabbt för att möta inflödet av vårdkrävande patienter, trots att beslut fattats/borde kunna ha fattats om att skriva ut ett antal färdigvårdade patienter. Detta innebär i klartext att de problem som beskrivs i föreliggande rapport kring ledtider och tillgänglighet på akutmottagningarna måste ses i ett sjukhusövergripande perspektiv, det vill säga att ansvaret ligger på direktörsnivå och inte på verksamhetschefsnivå. Detta blir speciellt tydligt när medicinska ledtider diskuteras, eftersom såväl problemet med exit block som läkartillgången på akutmottagningen inte exklusivt ägs av verksamhetschefen för akutmottagningen utan förutsätter sjukhusövergripande samarbete för att kunna lösas.

Man får inte blunda för att det kan finnas ett problem med att skicka patienter som inte är läkarbedömda direkt till olika undersökningar eller låta patienter, som öppna returer eller direktinläggningar, gå direkt till en vårdavdelning utan att passera akutmottagningen. Det finns en tydlig logik i att samla patienter på ett ställe och att koncentrera läkarresurserna dit istället för att sprida ut sjuka, ej bedömda, patienter över hela sjukhuset. Effektiviseringskrav på akutmottagningarna ska rimligen inte leda till att de medicinska riskerna ökar för

patienterna. Det är också viktigt att betona att hur korta ledtider som helst inte går att uppnå, varken av resursskäl eller av medicinska säkerhetsskäl.

Omvärlden

Västra Götalandsregionens akutmottagningar är inte ensamma om att ha bekymmer med tillgänglighet och ledtider. Tvärtom framträder vid en nationell och internationell utblick en tämligen enhetlig bild där såväl problem som möjliga lösningar är påfallande likartade. Ett stort inflöde av patienter, långa vänte- och handläggningstider, svårigheter med patientavflöde såväl internt som externt dominerar problembilden. Lösningförslagen kretsar ofta kring olika varianter av lean healthcare, alltså insatser för att minska för patienterna icke värdeskapande tid och frigöra resurser för direkt patientfokuserat arbete.

Vi har i rapporten inte specifikt fokuserat på problematiken kring inflöde och externt avflöde av patienter, något som givetvis i hög grad styr akutmottagningarnas arbetsbörda. På inflödessidan är det av stor vikt att samarbetet med andra vårdgivare fördjupas. Akutmottagningarna och sjukhusen är delar i en akutvårdskedja innefattande såväl primärvård som kommunal sjukvård, som på sikt måste optimeras i alla led för att kunna erbjuda patienter vård och omhändertagande på rätt medicinsk nivå, vilket torde kunna bidra ytterligare till rimliga medicinska ledtider. Det är i detta sammanhang intressant att notera att med de speciella förutsättningar som råder i norsk sjukvård verkar patientbelastningen på akutmottagningarna vara ungefär hälften så stor som på motsvarande svenska sjukhusbundna akutmottagningar. De diskussioner om primärvårdens uppdrag och ekonomiska styrmekanismer som förs inom ramen för Vårdval Västra Götaland förtjänar i detta sammanhang att betonas.

Även när det gäller avflöde av patienter till det egna hemmet eller till särskilda boenden är samarbetet med primärvård, kommunal sjukvård och olika intressenter inom transportsektorn av stor betydelse för undvika att medicinskt färdigbehandlade patienter blir kvar på sjukhusen och därmed bidrar till det exit block som är en så central del av akutmottagningarnas problemkomplex.

Ett tema i diskussionen om medicinska ledtider på akutmottagningarna är tillgången till specialistkompetenta läkare. Det pågår redan ett regionalt arbete kring införandet av akutläkarfunktionen. På några få akutmottagningar i Västra Götaland finns redan idag verksamma akutläkare eller åtminstone läkare anställda som genomgår utbildning till akutläkare. I avvaktan på att det regionala akutläkararbetet ska bära konkret frukt är akutmottagningarna i väsentlig grad beroende av samverkan med andra kliniker för sin läkarförsörjning. I princip innebär detta att det är samma specialistkompetenta läkare som i ökande omfattning ska tjänstgöra på akutmottagningarna samtidigt som de ska vara beredda att löpande fatta beslut om utredningar och utskrivningar på vårdavdelningarna och handlägga patienter på polikliniker och operationsavdelningar. Det är uppenbart att det finns en latent målkonflikt mellan behovet att korta de medicinska ledtiderna på akutmottagningen, kravet på intensifierat avdelningsarbete och vårdgarantins krav på nybesök och operativa åtgärder. Denna förtjänar, bland annat ur ett resursperspektiv, att vidare beaktas i den fortsatta dialogen mellan beställare och utförare.

Olika patientgrupper

En viktig del av akutsjukvårdens uppdrag är omhändertagandet av äldre multisjuka patienter. Det framgår av rapporten att det i Västra Götaland pågår ett flertal projekt för att förbättra de äldsta patienternas tillgång till akutsjukvård. Ofta handlar det om såväl äldrevårdskedjan som om mer specifikt akutmottagningsrelaterade insatser. Nationellt har t.ex. det arbete som bedrivs i Kalmar uppmärksammats, även om det i en tidigare regional rapport (Dnr RSK 345-2008) framgånget att mångbesökarmodellen i Kalmar tyvärr inte är konsekvent utvärderad. Införande av de tillgänglighets- och kvalitetsmål som föreliggande rapport föreslår torde i väsentlig grad komplettera de insatser som redan specifikt riktas mot gruppen multisjuka äldre och bidra till att kvaliteten i omhändertagandet av denna patientgrupp ökar.

Man kan argumentera för att det varit medicinskt rimligare att ha olika ledtider för de olika medicinska prioriteringsgraderna. Vi tror att detta skulle blivit rörigt ur ett patientperspektiv men vi förutsätter givetvis att de sjukaste patienterna alltid kommer att få hjälp först. Vi har heller inte valt olika måltalsnivåer för olika åldersgrupper eller för män och kvinnor utan föreslår alltså enhetliga målnivåer för alla patientgrupper

Utbildningsaspekter

Det har framförts en oro för att införandet av föreslagna tillgänglighets- och kvalitetsmål skulle försämra möjligheten till adekvat utbildning av AT- och ST-läkare. Vi menar att det blir precis tvärtom och att möjligheterna till kvalificerad handledning såväl för dessa som för andra utbildningsgrupper istället ökar med ökad tillgång till mer erfarna läkare i första linjen. Det är en självklarhet att sjukvårdens grundläggande utbildningsuppdrag kvarstår oavsett hur det interna arbetet organiseras.

Följduppdrag

Det finns i dagsläget i Västra Götaland ingen enhetlighet i valet av metod för triage. Vid Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) pågår ett projekt *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*, som syftar till att granska det vetenskapliga underlaget för nytta och risker med de olika triageringsmetoderna. Planerat publiceringsdatum för SBU-rapporten är våren 2010. När SBUs utvärdering föreligger vore det av värde att diskutera och utreda förutsättningarna för att införa ett regionalt enhetligt triageringssystem.

I rapporten föreslås en minimistandard för den patientinformation som ska lämnas på akutmottagningarna. Det är en fördel om detta informationsmaterial kan ha en regiongemensam stomme och vi föreslår därför ett fortsatt projekt kring det konkreta utformandet och framtagandet av detta material.

Det är av stor betydelse att berörda enheter kan följas och utvärderas med samma mätinstrument när det gäller bemötande, information, omvårdnad och service. En möjlighet värd att ytterligare undersöka är att koppla dessa frågeställningar till den kommande nationella patientenkäten. Ett annat alternativ är att använda någon av de separata mer akutmottagnings specifika enkäter som finns att tillgå. Vi föreslår därför ett fortsatt projekt kring en regiongemensam patientenkät för uppföljning, såväl lokalt som regionövergripande, av dessa aspekter.

Ett av de allra mest centrala områdena vid införandet av tillgänglighets- och kvalitetsmål på akutmottagningarna i Västra Götaland är IT-frågan. Om inte en grundläggande enhetlighet

kan uppnås blir det mycket svårt att få fram regionalt jämförbara data kring ledtider och måluppfyllelse. Det fordras, som vi ser det, en ökad regional enhetlighet när det gäller patientadministrativa system, liksom i hur data rapporteras till vårddatabasen Vega. Vidare krävs att alla berörda enheter införskaffar ett elektroniskt kölappssystem och att data från detta system integreras med övrig relevant information om medicinska ledtider. Vi föreslår därför ett fortsatt regionalt projekt kring IT-frågor samt rapport- och redovisningsrutiner avseende tillgänglighets- och kvalitetsmål. Det är dock viktigt att IT-frågan inte dras i långbänk utan att sjukhusen snabbt kan komma igång med rapportering av föreslagna ledtider så att dessa kan redovisas lokalt och regionalt, vilket torde kunna bidra till faktiska förändringar av arbetssättet på akutmottagningar och sjukhus.

I detta sammanhang kan också nämnas det arbete som bedrivs på akutmottagningarna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset kring en så kallad Väntometer, det vill säga ett elektroniskt system som kan ge patienter, anhöriga och personal tillförlitliga uppgifter om förväntade väntetider. Vidareutveckling av detta system skulle vara av värde för att kunna ge alla berörda parter rimlig information om väntetider, vilket det ju finns gott om exempel på från andra samhällssektorer. Det ter sig rimligt att även denna fråga beaktas i det föreslagna IT-projektet.

Referenser

Alberti G. Emergency care ten years on: reforming emergency care. Department of Health, NHS, 2007.
(www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074239)

American College of Emergency Physicians. Emergency Department Crowding: High – Impact Solutions. ACEP Task Force report on boarding, 2008.
(www.acep.org/workarea/showcontent.aspx?id=37960)

Boudreaux ED, Friedman J, Chansky ME, Baumann BM. Emergency department patient satisfaction: examining the role of acuity. *Acad Emerg Med.* 2004 Feb;11(2):162-8.

Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med.* 1993 Mar;22(3):586-91.

Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med.* 2005 Dec;46(6):491-7.

Dhatt G, Manna J, Bishawi B, Chetty D, Al Sheiban A, James D. Impact of a satellite laboratory on turnaround times for the emergency department. *Clin Chem Lab Med.* 2008;46(10):1464-7.

Fatovich DM, Nagree Y, Sprivulis P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J.* 2005 May;22(5):351-4.

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. *Acad Emerg Med.* 2003 Feb;10(2):127-33.

Haraden C, Nolan T, Resar R. Optimizing Patient Flow, Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings. Innovation Series 2003, Institute for Healthcare Improvement.

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. *N Z Med J.* 2008 Apr 18;121(1272):59-68.

Ieraci S, Digiusto E, Sonntag P, Dann L, Fox D. Streaming by case complexity: evaluation of a model for emergency department Fast Track. *Emerg Med Australas.* 2008 Jun;20(3):241-9.

King DL, Ben-Tovim DI, Bassham J. Redesigning emergency department patient flows: application of Lean Thinking to health care. *Emerg Med Australas.* 2006 Aug;18(4):391-7.

Kwa P, Blake D. Fast track: has it changed patient care in the emergency department? *Emerg Med Australas*. 2008 Feb;20(1):10-5.

Lövtrup M. Modell från bilindustri ska rädda sjukvården. *Läkartidningen* 2008 nov;105(47):3396-9.

Lövtrup M. Den nya modellen har fått fäste på Lunds universitetssjukhus. *Läkartidningen* 2008 nov;105(47):3398-9.

Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006 Mar 6;184(5):213-6.

Singer AJ, Viccellio P, Thode HC Jr, Bock JL, Henry MC. Introduction of a stat laboratory reduces emergency department length of stay. *Acad Emerg Med*. 2008 Apr;15(4):324-8.

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. *Med J Aust*. 2006 Mar 6;184(5):208-12. Erratum in: *Med J Aust*. 2006 Jun 19;184(12):616.

Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996 Dec;28(6):657-65.

Åhlström P, Jacobsson T, Johansson M, Larsson A. Bättre tillgänglighet på akuten. *Chalmers* 2008.

Bilaga 1. Detaljuppgifter om regionens akutmottagningar

Beskrivning av akutmottagningarna samt eventuell jourcentral i sjukhusets lokaler

Alingsås lasarett (AL): Akutmottagningen består av två delar:

- Sjukhusets jour för kirurgi/ortopedi/urologi och internmedicin, öppen alla dagar kl. 08.00-22.00.

- En jourmottagning för allmänmedicin, lokaliserad i akutmottagningens lokaler, öppen vardagar kl. 18.00-08.00 samt lördag, söndag och helgdag kl. 12.00-08.00.

Kungälv Sjukhus (KS): Akutmottagning för medicin, ortopedi, kirurgi dygnet runt, psykiatri kl. 08.00-20.00. Jourcentral finns i sjukhusets lokaler men är inte samlokaliserad med akutmottagningen. Jourcentralen är öppen vardagar kl. 17.00-21.00 samt lördag, söndag och helgdag kl. 8.00-21.00

Kärnsjukhuset i Skövde (KSS): Alla specialiteter finns på jourtid. Akutmottagningen är öppen dygnet runt. Öron-näs-hals-, gynekologi- och barnkliniken har egna mottagningar dagtid till kl. 17. Jourcentral finns i sjukhusets lokaler men är inte samlokaliserad med akutmottagningen. Jourcentralen är öppen vardagar kl. 17.00-23.00 samt lördag, söndag och helgdag kl. 08.00-23.00.

Sjukhuset i Lidköping (SiL): Sjukhusets akutmottagning för medicin är öppen dygnet runt. Akutmottagningen för kirurgi/urologi/ortopedi är öppen alla dagar mellan kl. 07.30 och 21.00. Jourcentral finns i samma lokaler som akutmottagningen. Jourcentralen är öppen vardagar kl. 17.00-23.00 samt lördag, söndag och helgdag kl. 08.00-23.00.

Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL): Akutverksamhet dygnet runt för medicin och kirurgi. Kvällar, nätter och helger även kvinno-, barn-, och öron-näs-hals kliniken akutverksamhet samt oralkirurgen.

Mölnåls sjukhus(SU/M): Akutmottagning dygnet runt för vuxna inom specialiteterna ortopedi och medicin.

Sahlgrenska sjukhuset (SU/S): Akutmottagning dygnet runt. Mottagningen är regionens traumacenter.

Östra sjukhuset (SU/Ö): Akutmottagning för medicin och kirurgi dygnet runt för vuxna.

Södra Älvsborgs Sjukhus/Borås (SÄS/Borås): Akutmottagning för länssjukvård öppen dygnet runt. Under jourtid bedrivs även akutmottagning för specialiteterna gynekologi, öron-näs-halsjukvård samt ögonsjukvård. Medicinskt akut sjuka barn under ett år omhändertas dygnet runt av barnkliniken.

Primärvårdens jourcentral är öppen från kl. 17.00 på vardagar och från 08.00 på lördag, söndag samt helger. Denna verksamhet bedrivs i en av korridorerna på akutmottagningen. Distriktsläkaren avslutar sin tjänstgöring klockan 21 och därefter handläggs de allmänmedicinska samt kirurgiska och ortopediska patienterna av en jour som benämns

Nattläkare. De patienter som har allvarliga symtom handläggs av respektive disciplins primärjour.

Uddevalla sjukhus (Uddevalla): Från och med januari 2009 finns akutmottagning för ortopedi öppen dygnet runt. Samlokaliserad med akutmottagningen finns en Närakut på primärvårdsnivå i sjukhuset regi, öppen vardagar kl. 17.00-08.00 samt lördag, söndag och helgdag hela dygnet.

Övriga jourcentraler

Utöver de fem ovan beskrivna jourcentralerna i anslutning till akutsjukhusen finns ytterligare fjorton jourcentraler i regionen. Öppettiderna för dessa varierar men majoriteten öppnar vardagar vid 17-tiden och har öppet fram till kl. 21 eller 22. På lördag, söndag och helger varierar öppettiderna från enbart ett par timmar mitt på dagen till öppet hela dygnet (se tabell 1 nedan).

Tabell 1. Öppettider för de jourcentraler som inte är lokaliserade till akutsjukhusen

Jourcentral	Vardag	Lördag, söndag samt helgdag
Bäckefors	16.30-08.00	Hela dygnet
Lysekil	17.30-08.00	Hela dygnet
Strömstad	17.30-08.00	Hela dygnet
Trollhättan	17.00-22.00	08.00-22.00
Uddevalla	17.00-22.00	08.00-22.00
Falköping	17.00-21.00	08.00-21.00
Mariestad	17.00-21.00	08.00-21.00
Skene	17.00-21.00	10.00-16.00
Ulricehamn	17.00-19.00	10.00-16.00
Göteborg, Nordost	19.00-22.00	10.00-15.00
Göteborg, Centrum	Hela dygnet	Hela dygnet
Mölnadal		10.00-15.00
Partille		10.00-15.00
Öckerö		09.00-11.00

Patientflöde

Tabell 2. Totalt antal individer som besökt respektive akutmottagning år 2007, oavsett ålder och folkbokföringsort.

Källa: Vega utom för KSS och Sjukhuset i Lidköping där uppgifter hämtats från Tranan.

Enhet	2007
AL	10 691
KS	15 588
KSS	31 196
SiL	10 452
NÄL	21 361
SU/M	23 573
SU/S	30 660
SU/Ö	22 572
SÄS/Borås	23 389
Uddevalla	23 641

Tabell 3. Totalt antal besök på respektive akutmottagning år 2007, oavsett besökarnas ålder och folkbokföringsort.

Källa: Vega utom för KSS och Sjukhuset i Lidköping där uppgifter hämtats från Tranan.

(Antalet besök registrerade i sjukhusens patientadministrativa system skiljer sig i vissa fall från antalet besök registrerade i den centrala vårddatabasen Vega)

Enhet	Totalt antal besök	Andel läkarbesök, %	Andel inskrivningsbesök, %
AL	15 555	97,7	28,6
KS	23 233	98,6	37,6
KSS	44 068	95,5	45,0
SiL	16 490	94,4	41,0
NÄL	31 094	99,1	41,5
SU/M	30 495	97,9	28,5
SU/S	42 649	99,3	37,7
SU/Ö	31 103	98,2	45,1
SÄS/Borås	34 515	95,4	36,0
Uddevalla	34 275	99,0	36,3
Totalt	303 477		

Läkare vid akutmottagningen

Tabell 4. Ordinarie läkarbemanning vid akutmottagningen

Enhet	Läkarna anställda vid akutmottagningen	Läkarna kommer från annan klinik
AL		x
KS		x
KSS		x
SiL		x
NÄL		x
SU/M		x
SU/S		x
SU/Ö	x (6)	x
SÄS/Borås	x	x
	(5 specialister, 7 ST-läkare)	
Uddevalla	ingen uppgift	ingen uppgift

Första bedömning av patient

Tabell 5. Triagemodell som används vid akutmottagningarna

Enhet	Triagemodell
AL	Manchester + vitalparametrar
KS	Manchester (kommer att lägga till vitalparametrar från feb. 2009)
KSS	Manchester + vitalparametrar
SiL	METTS
NÄL	Manchester + vitalparametrar
SU/M	Manchester + vitalparametrar (kommer att byta till METTS under 2009)
SU/S	METTS
SU/Ö	ADAPT (kommer att byta till METTS under 2009)
SÄS/Borås	Manchester + vitalparametrar
Uddevalla	Manchester + vitalparametrar

Bemötande och service

Tabell 6. Utvärdering/uppföljning av hur patienterna upplever bemötande, service, information etc.

Enhet	Utvärdering/uppföljning
AL	Ingen regelbunden utvärdering. Patientenkäter används inte i dagsläget men planeras att genomföras när regionens upphandling av ny patientenkät är klar
KS	Patientenkät genomförd 2008/2009.
KSS	Var 100:e pat. följs upp med postenkät. Intervjuer i samband med projekt (Black Belt)
SiL	Intervjuer i samband med projekt (Black Belt). Patientenkät (egen variant) används inom verksamhetsområdet och planeras att genomföras 2009 för akutmottagningen.
NÄL	Ingen regelbunden utvärdering.
SU/M	Patientenkät genomförd 2008.
SU/S	Patientenkät genomförs 1 gång/år.
SU/Ö	Patientenkät genomförd 2008.
SÄS/Borås	Utvärdering gjord 2004, 2006. Planering av kontinuerlig mätning pågår, start 2009. Målgrupp är då samtliga patienter som går hem.
Uddevalla	2008-2009 görs en intervjustudie kring patienters upplevda bemötande på akutmott. Patientenkäter används ej.

Tabell 7. Tillgång till enklare förtäring på eller i närheten av akutmottagningen

Enhet	Tillgång till mat och dryck på akutmott	Tillgång till mat och dryck i närheten av akutmott			
		Varuautomat	Kiosk	Cafeteria	Restaurang
AL	x	x	x	x	x
KS	x	x	x	x	x
KSS	x	x	x	x	x
SiL	x		x	x	x
NÄL	x	x	x	x	x
SU/M	x	x	x	x	x
SU/S	x	x	x	x	x
SU/Ö	x	x	x	x	x
SÄS/Borås	x	x	x	x	x
Uddevalla	x	x	x	x	x

Tabell 8. Öppethållande vid kiosk, cafeteria och restaurang belägna inom kort gångavstånd från akutmottagningen

Enhet	Kiosk		Cafeteria		Restaurang	
	Öppen vardagar	Öppen helger	Öppen vardagar	Öppen helger	Öppen vardagar	Öppen helger
AL	x	x	x	x	x	
KS	x	x	x	x	x	
KSS	x	x	x	x	x	
SiL	x		x		x	
NÄL	x		x	x	x	x
SU/M	x	x	x		x	
SU/S	x	x	x	x	x	x
SU/Ö	x	x	x	x	x	x
SÄS/Borås	x	x	x	x	x	x
Uddevalla	x		x		x	

Bilaga 2. Ledtider vid sjukhus i Sverige

Sjukhus	Tid till triage	Tid till läkare	Total genomloppstid
Norrbottnens läns landsting [§] 2008	Ingen uppgift	Mål: 90 % inom 30 minuter Resultat: uppnått målet till 30-35 %	Mål: 90 % inom 180 minuter. Resultatet: uppnått målet till 75 %
----- Jan - okt 2007	----- Ingen uppgift	----- 55 minuter	----- 164 minuter
Centralsjukhuset Karlstad	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Centrallasarettet i Västerås	Ingen uppgift Mål: inom 15 minuter	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Karolinska universitetssjukhuset/Solna	Ingen uppgift Direkt till ssk + läkare	Ingen uppgift	Nytt arbets sätt, har pågått i 2 mån. Mål: max 4 timmar på akutmott. Resultat: uppnått målet till 75-78 %
S:t. Görans sjukhus*	Ingen uppgift	Se nedan	Se nedan
Länssjukhuset Ryhov	Ingen uppgift Direkt till ssk	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Sjukhuset i Varberg	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Länssjukhuset i Halmstad [‡]	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Universitetssjukhuset i Lund Medeltider, 2008	11 min	95 minuter	227 minuter

§) Innefattar Gällivare sjukhus, Kalix sjukhus, Kiruna sjukhus, Piteå sjukhus och Sunderbyns sjukhus. Tiderna på dessa sjukhus är i stort likartade vilket medfört att tiderna inte är uppdelade sjukhusvis.

*) Tid till läkare ca 35 min – 1 tim 12 min beroende på tidpunkten på dygnet.
Total handläggningstid ca 1 tim 57 min - 2 timmar 24 minuter beroende på tidpunkt på dygnet. 90 % av patienterna blir handlagda inom 4 timmar.

‡) Inget datoriserat stöd finns.

Bilaga 3. Checklista för information

INFORMATION OM	UPPDATERAD	TILLGÄNGLIG/ÖVERSATT		KANAL	FINNS
<p>1</p> <p>Vad akutmottagningarnas åtagande innebär</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 min till triage - 120 min till läkare - 6 timmars vistelsetid 	<input checked="" type="checkbox"/>	Handikappanp. <input type="checkbox"/>	Översatt till aktuella språk <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Muntlig info <input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig info, affisch (från VGR) <input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig info, folder (från VGR) <input type="checkbox"/> Skriftlig info, TV-monitor/dator <input type="checkbox"/> Annat: _____	<input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/>
<p>2</p> <p>Prioriteringar och organisation på akutmottagningen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriteringssystem, organisation och processer 	<input checked="" type="checkbox"/>	Handikappanp. <input type="checkbox"/>	Översatt till aktuella språk <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Muntlig info <input type="checkbox"/> Skriftlig info, affisch <input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig info, folder <input type="checkbox"/> Skriftlig info, TV-monitor/dator <input type="checkbox"/> Annat: _____	<input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/>
<p>3</p> <p>Information om service på akutmottagningen och fortsatt information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tillgång till mat och dryck - Tillgång till WC - Hur regelbunden information till patienten kommer att ges. 	<input checked="" type="checkbox"/>	Handikappanp. <input type="checkbox"/>	Översatt till aktuella språk <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Muntlig info <input type="checkbox"/> Skriftlig info, affisch <input type="checkbox"/> Skriftlig info, folder <input type="checkbox"/> Skriftlig info, TV-monitor/dator <input type="checkbox"/> Annat: _____	<input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/>

INFORMATION OM	UPPDATERAD	TILLGÄNGLIG/ÖVERSATT		KANAL	FINNS
<p>4</p> <p>Kontinuerlig information/omvårdnad under vänte- och vistelsetid</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Var 30:e min (på egen sal)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 gång/timme i väntrum</p>	<p>Handikappanp.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Översatt till aktuella språk</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Muntlig info</p> <p><input type="checkbox"/> Skriftlig info, TV-monitor/dator</p> <p><input type="checkbox"/> Annat: _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>5</p> <p>Möjligheter att lämna synpunkter till sjukhuset</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Handikappanp.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Översatt till aktuella språk</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Muntlig info, vid behov</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig info, affisch (från VGR)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig info, folder (från VGR)</p> <p><input type="checkbox"/> Skriftlig info, TV-monitor/dator</p> <p><input type="checkbox"/> Annat: _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Bilaga 4. Instruktion till Checklista för information

Checklistan

- riktlinjer och hjälp för informationsspridning till patienter och anhöriga på akutmottagningen.

Checklistan fyller två funktioner. Dels beskriver den vilken information som är obligatorisk och som ska spridas till patienter och anhöriga på alla akutmottagningar i Västra Götalandsregionen. Dessutom är den en hjälp för användaren. Utöver att den underlättar för användaren att följa upp och säkerställa att de obligatoriska informationsrutinerna följs samt att informationen är uppdaterad, möjliggör den tillägg och uppföljning av akutmottagningens lokala rutiner.

Så här använder du checklisten

Checklistan beskriver vilken information som ska finnas på akutmottagningen under första kolumnen. I andra, tredje och fjärde kolumnen, markerar användaren i boxarna om informationen är uppdaterad, tillgänglig och anpassad för personer med handikapp och för dem som behöver information på annat språk än svenska, samt i vilka informationskanaler informationen finns/sprids. I den sista kolumnen finns rödkantade boxar som användaren slutligen markerar då de övriga kolumnerna gått igenom. Då ska det vara säkerställt att informationen i första kolumnen finns tillgänglig på akutmottagningen på ett ordnat sätt. Den grårandiga färgen i boxarna indikerar att det är obligatoriskt att dessa fylls i. De vita boxarna visar på möjligheter att informera på flera sätt.

Rubrikerna under kolumn 1:

Detta måste patienter och anhöriga få information om på akutmottagningen:

- 1. Vad akutmottagningarnas åtagande innebär. För 2009 innebär det att akutmottagningarna i Västra Götalandsregionen ska erbjuda mindre än 10 minuter tills patienten kommer till Triage, 120 minuter tills patienten kommer till läkaren samt maximalt 6 timmars vistelsetid på akutmottagningen totalt.**
- 2. Hur prioriteringar görs på akutmottagningen och varför prioriteringarna görs på det sättet. Ibland kan det till exempel vara svårt för patienter och anhöriga att förstå hur både sjukare och friskare patienter får ”gå före i kön”, om en akutmottagning exempelvis använder sig av så kallat ”Fast track”.**
- 3. Vilken service patienter och anhöriga kan förvänta sig på akutmottagningen. Det gäller så väl tillgång till mat och dryck, tillgång till toalett samt om hur information om deras ärende löpande kommer att ges.**
- 4. Den löpande informationen som rör patientens ärende. Detta är den enda informationsdelen som enbart kan uppdateras och utformas i samband med patientens besök på akutmottagningen.**
- 5. Vilka möjligheter det finns för patienterna att lämna synpunkter angående vistelsen på akutmottagningen till sjukhuset.**