

Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar

Slutrapportering

Oktober 2013

Innehåll

Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar – Sammanfattning	2
1. Bakgrund, deltagare och metod	5
1.1 Introduktion: Utvecklingen på akutmottagningarna i Stockholm som helhet	5
1.2 Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar	6
1.3 Metodbeskrivning	7
2. Inflöde av patienter till Stockholms akutmottagningar	9
2.1 De ökande volymernas fördelning mellan akutmottagningarna	9
2.2 Akutmottagningarnas patientunderlag	10
2.3 Förändring av patientunderlaget	11
Befolkningstillväxt i sjukhusens befolkningsunderlag	12
Förändrade patientströmmar	13
Förändrat besöksbeteende	14
3. Patientflödet på akutmottagningarna	19
3.1 Akutmottagningarnas uppbyggnad och organisation	19
3.2 Patientflödet; från inflöde till utflöde	21
Avlastning av akutmottagningarnas inflöde	21
Registrering och triage	24
Behandlingskontakt	28
Diagnostik	32
Utflöde	34
4. Akutmottagningarnas utfall	39
4.1 Akutmottagningarnas resultat och kvalitet	39
Vård i rimlig tid	39
Patientens upplevelse av besök på akutmottagningen	41
4.2 Akutmottagningarnas ekonomi och produktivitet	42
5. Summering och arbetsområden	44
5.1 Sju punkter för sjukvårdssystemet	44
5.2 Sju punkter för akutsjukhusen	48
5.3 Sju punkter för varje individuell akutmottagning	52
6. Appendix	55

Sammanfattning

Under perioden 2007-2012 har antalet besök vid Stockholms akutmottagningar ökat kraftigt med i genomsnitt 4,5 % per år. Akutbesöken ökar mer än befolkningsökningen som i genomsnitt under perioden varit 1,9 % per år. Tidigare analyser har visat att besöken ökar allra mest bland unga kvinnor som framför allt genererar öppenvårdsbesök, men att det är äldre patienter mellan 65-79 år som driver ökningen i antal inskrivningar. Ökningen i besök är inte unik för akutmottagningarna, utan ses även hos lättakuterna samt inom primärvården. Samtidigt finns inga tecken på ökad sjuklighet i befolkningen; bra indikator saknas men de mått som finns pekar snarare på en friskare befolkning.

Situationen ger ett behov av att bättre förstå de bakomliggande orsakerna till ökningen av antal akutbesök, samt hur väl sjukhusen är rustade för att hantera ökningen. En genomlysning av patientunderlag och verksamhet vid Stockholms fem stora akutmottagningar har därför genomförts. Arbetet har inneburit ett för SLL helt nytt arbetssätt där akutmottagningarnas vardag och arbetssätt studerats i nära samarbete med representanter från verksamheten i intervjuer, studiebesök och gemensamma workshops. Syftet har varit att förstå verksamheternas utmaningar och hur de hanteras i dagsläget utan att döma av rätt och fel. Särskilt fokus har lagt på att lyfta fram goda exempel som kan bidra till att hantera den ökande belastningen på akutmottagningarna.

För att förstå vilka faktorer som påverkar inflödet av patienter för respektive akutmottagning behövs en bättre förståelse för skillnader i akutmottagningarnas befolkningsunderlag. Trots att det inte finns några formella upptagningsområden för Stockholms akutsjukvård, är det med utgångspunkt i nuvarande patientflöde möjligt att härleda ett specifikt befolkningsunderlag för respektive akutmottagning. Drivet av befolkningsunderlaget skiljer sig akutmottagningarnas nuvarande patientunderlag från varandra, framför allt vad gäller demografi, socioekonomi och vårdtyngd. Södersjukhuset är till exempel det sjukhus som störst befolkningsunderlag med avseende på antal invånare, medan övriga sjukhus har relativt jämnstora befolkningsunderlag.

Det ökade inflödet till Stockholms akutmottagningar kan härledas till tre huvudsakliga faktorer; demografiska förändringar i patientunderlaget, förändrat upptagningsmönster och förändrat besöksbeteende i patientunderlaget. Länets befolkning har under perioden ökat med 1,9 % per år, men ökningen varierar inom länet. Detta avspeglas i en högre befolkningstillväxt i befolkningsunderlaget för akutmottagningarna i Solna, Danderyd och Huddinge, och en något lägre för Capio S:t Göran samt för Södersjukhuset. Patientströmmarna till länets akutmottagningar har också förändrats något; patienter från Stockholms stad följer i mindre utsträckning de gamla upptagningsområdena och väljer i stället sin närmaste akutmottagning; patienter från de norra förortskommunerna väljer i större utsträckning Danderyds akutmottagning och Huddinge har tappat patienter som istället vänder sig till Södersjukhuset eller Södertälje sjukhus. Dock är ökad besöksfrekvens eller antal besök per invånare i befolkningen den starkaste faktorn till att besöken på Stockholms akutmottagningar ökar. Denna drivs både av att de patienter som redan besökt akuten kommer oftare, och att en större andel av befolkningen besöker akuten. Besöksfrekvensen ökar framför allt bland unga kvinnor (18-49 år) samt i

Stockholms norra förortskommuner. Patienter över 80 år står endast för 10 % av ökningen i antal besök, men 20 % av ökningen i antal inläggningar och utgör därmed en viktig grupp som kraftigt ökar arbetsbelastningen på akutmottagningarna.

Sammantaget bidrar samtliga tre faktorer; men framför allt kraftigt ökad besöksfrekvens i Stockholms norra förortskommuner till att besöken på Danderyds akutmottagning ökar mer än Stockholms andra akutmottagningar. Södersjukhuset, som också ökar kraftigt, tar idag fler patienter från Stockholms södra stadsdelar och har kraftigt ökande besöksfrekvens för unga kvinnor. Karolinska i Solna och Caphio S:t Görans akutmottagning ökar i takt med länet som helhet, Caphio S:t Görans med något lägre befolkningstillväxt som kompenseras av tillströmmande patienter. Karolinska i Huddinge, den akutmottagning som ökar minst, begränsas i första hand av minskade patientströmmar och lägre ökning av besöksfrekvens än övriga Stockholm. Detta kan delvis bero på den avlastning som lättakuten vid Huddinge akutmottagningen ger.

Stockholms fem stora akutmottagningar arbetar relativt olika, både i det dagliga arbetet och med lösningar för att hantera det ökade inflödet av patienter. Detta drivs delvis av akutmottagningarnas olika förutsättningar vad gäller organisation och vårdutbud inom det sjukhus de tillhör, men också av akutmottagningens lokaler, organisation och bemanning. Inom ramen för sina unika förutsättningar har respektive akutmottagning utvecklat individuella lösningar för arbetet med att omhänderta akuta patienter. Genomlysningen har jämfört arbetssätt och organisation för akutmottagningarnas hela flöden; från avlastande verksamhet som slussar patienter som inte behöver akutsjukhusets resurser till annan vårdinstans, via patienternas ankomst, registrering och triage, vidare till behandlingskontakt och diagnostik samt utflödet till andra vårdinstanser. Materialet innehåller benchmarking av akutmottagningarnas lokaler, patientprioritering, bemanning och personaleffektivitet, samt verksamhetens organisation, användning av diagnostik och samarbete med geriatrik. Områden med stora skillnader i arbetssätt, men också goda exempel på väl fungerande arbetssätt har lyfts fram genom hela flödet. Slutligen jämförs akutmottagningarnas resultat med avseende på väntetider, patientnöjdhet och kostnad.

Det finns ingen tydlig korrelation mellan de ökade volymerna vid Stockholms akutmottagningar och de kvalitetsmått som finns att tillgå. Förhållandet mellan det ökande inflödet och akutmottagningens resultat är komplext, men det finns förstås ett samband mellan hur många patienter som tas emot och akutmottagningens situation. Samtliga sjukhus har i dagsläget svårt att nå landstingets minimikrav att minst 71 % av patienterna skall passera akuten inom 4 timmar och Caphio S:t Görans akutmottagning är den enda som uppfyller kravet (78 %). De akutmottagningar som ökar kraftigast (Danderyd och Södersjukhuset) har sämst utfall i såväl väntetid som patientundersökningar, medan Caphio S:t Görans akutmottagning trots en relativt hög tillväxt i antal patienter har lyckats bra.

Genomlysningen pekar på ett flertal exempel på goda lösningar som har möjlighet att förbättra akutmottagningarnas situation och ge bättre förutsättningar att hantera det ökande inflödet av patienter. En del av dessa kan implementeras inom de individuella akutmottagningarna, men många kräver samarbete inom en större del av akutsjukhuset eller inom större delar av landstinget.

Landstinget eller landstingets beställarfunktion bör arbeta med följande sju områden

1. **Primärvård och information.** Primärvårdssystemets struktur (namn, öppettider, komposition) samt informationen kring alternativ till akutmottagningen
2. **Bästa arbetssätt på alla akutmottagningar.** Facilitera likriktning mot bästa arbetssätt kring t ex triage och användning av specialspår
3. **Attraktiva karriärvägar.** Skapa tydliga och långsiktiga karriärvägar inom akutmottagningarna för sköterskor och läkare
4. **Vårdavtalens differentiering.** Utveckla akutmottagningarnas vårdavtal så att de bidrar till god utveckling av verksamheten
5. **Samarbete mellan vårdinstanser.** Knyta när/lättakuter närmare akutmottagningarna samt förtydliga riktlinjer kring mottagande inom geriatrik.
6. **Samarbete mellan beställaravdelningar.** Förbättra samarbetet mellan beställaravdelningar inom HSF för löpande dialog mellan verksamheter
7. **Kompletterande granskning.** Komplettera med revision och journalgranskning kring orsaker bakom ökande besökstillväxt i identifierade grupper

Akutsjukhusen bör för att stödja akutmottagningens verksamhet arbeta med sju områden

1. **Direktinläggningar och specialspår.** Ökad användning av direktinläggningar och ökat antal specialspår
2. **Fördelning av vårdplatser.** Förbättra kulturen kring rapportering av lediga vårdplatser samt arbeta med tillförlitliga och användbara informationssystem
3. **Tidig utskrivning, snabb omställning.** Ökad tillgänglighet på befintliga vårdplatser inom hela sjukhuset
4. **Organisation av akutvårdsavdelning.** Organisera sjukhusets vårdplatser med en mindre akutvårdsavdelning för korttidsvård av akuta patienter
5. **Samarbete med geriatrik.** Dialog och samarbete med geriatriska vårdenheter med tydliga riktlinjer för mottagande av patienter
6. **Struktur för läkarbemanning.** Kombination av läkare anställda på kliniken och läkare från specialistkliniker som tjänstgör på akutmottagningen regelbundet
7. **Samarbete och logistik kring röntgen.** Utvärdera möjlighet till att förbättra samarbete och logistik kring röntgen och övrig bilddiagnostik

Slutligen bör akutmottagningarna själva överväga sju arbetsområden som fungerar bra i andra delar av Stockholm

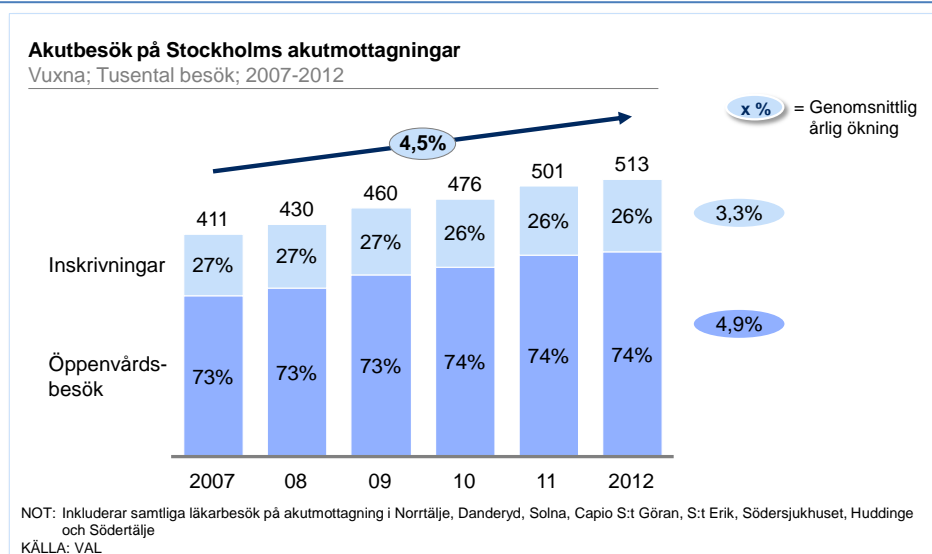
1. **Läkarlett teamtriage.** Läkarlett teamtriage om möjligt ur resurssynpunkt för snabbare handläggning och bättre patientflöde
2. **Delade väntrum.** Tydlig fördelning av patienter i yttre och inre väntrum med närhet till nästa instans och god uppsikt över väntande patienter
3. **Begränsat antal flöden.** Organisera akutmottagningens arbete i ett begränsat antal (2-5) flöden eller sektioner
4. **Integrerade vårdlag.** Arbeta med integrerade vårdlag som arbetar nära tillsammans med arbets- och skrivplatser i anslutning
5. **Fördelning av patienter.** Sträva efter ett dragande system där vårdlag aktivt hämtar nya patienter för omhändertagande
6. **Ledningssköterska/ läkare.** Koordinera akutmottagningens arbete med ett fåtal personer i central roll med ansvar för begränsad del av verksamheten
7. **Analys av röntgenanvändning.** Genomför vidare analys av hur läkares senioritet påverkar användning av diagnostik

1. Bakgrund, deltagare och metod

1.1 Introduktion: Utvecklingen på akutmottagningarna i Stockholm som helhet

Under perioden 2007-2012 har besöksvolymerna på Stockholms akutmottagningar i genomsnitt ökat med 4,5 % per år. Det är antalet öppenvårdsbesök som ökar mest, medan andelen inskrivna patienter ökar i något mindre utsträckning. Parallellt med den ökade belastningen på akutmottagningarna, ökar även antalet akuta besök till husläkarmottagningar samt antalet besök på Stockholms närakuter (bild 41 appendix). Under samma period har befolkningen i Stockholms län ökat med 1,9 % per år, varav framför allt i åldersgruppen 65-79 år. Detta innebär att akutmottagningarnas volymer i genomsnitt ökar drygt 2,5 % per år utöver befolkningsökningen.

Bild 1 – Besöksvolymerna på Stockholms akutmottagningar, 2007-2012



En analys av akutmottagningarnas patienter med avseende på kön och åldersgrupp visar att kvinnor i åldern 18-34 år står för den största ökningen. Dessa står för cirka 18 % av den totala ökningen av besöksvolymerna på akutmottagningarna, samtidigt som de bara utgör 12-13 % av totala antalet besök.

De ökade besöksvolymerna, utöver befolkningstillväxten, skulle kunna förklaras av förändringar i hälsa och levnadsstandard hos befolkningen. Bilden är dock inte entydig (bild 42-45 i appendix):

- Befolkningens självskattade hälsa förbättrades under perioden 2002-2010. Gruppen unga kvinnor har högst självskattad hälsa av alla kvinnor, och upplevd dålig hälsa tycks därmed inte vara en orsak till akuta besök

- Den socioekonomiska nivån i länet som helhet har inte förändrats i större utsträckning under de senaste åren
- Försäkringskassans så kallade ohälsotal, mätt som frånvarodagar från arbete, har reducerats i Stockholms län de senaste åren
- Forskning visar att långsiktig efterfrågan och förväntningar på välfärdstjänster ökar i takt med att BNP och hushållens disponibla inkomster ökar. Under perioden har den disponibla inkomsten i SLL ökat, men inte så mycket som ökningen i antal akutesök. Ökande inkomster kan vara en delförklaring till det ökade behovet av akutsjukvård, men förklarar inte hela ökningen.

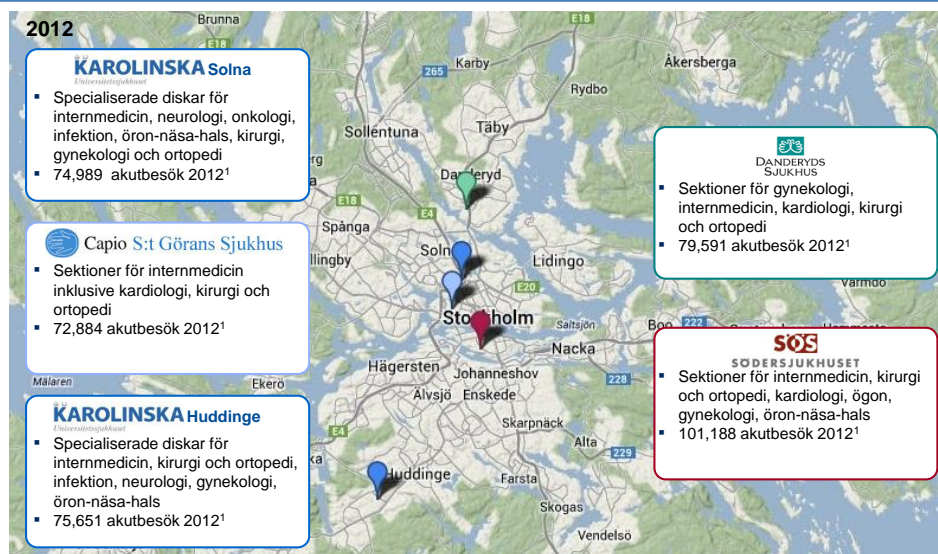
1.2 Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar

De ökande patientvolymerna på Stockholms akutmottagningar ger ett behov av att bättre förstå de bakomliggande orsakerna till ökningen, samt hur väl sjukhusen är rustade för att hantera ökningen. En genomlysning av patientunderlag och verksamhet vid Stockholms fem stora akutmottagningar har därför genomförts med syfte att skapa ett faktaunderlag för att förstå sjukhusens möjlighet att hantera akuta volymer idag och i framtiden, samt stimulera till förbättringsarbete genom att lyfta fram goda exempel och se hur olika typer av arbetssätt stimulerar verksamheten.

I genomlysningen har Stockholms fem stora akutmottagningar deltagit

- Akutmottagningen vid **Danderyds sjukhus** mottar årligen knappt 80 000 patienter exklusive de besök som sker vid gynakuten, och är en bred allmänakut med inriktning mot internmedicin/kardiologi, kirurgi och ortopedi.
- Akutmottagningen vid **Karolinska universitetssjukhuset i Solna** mottar årligen drygt 75 000 patienter, exklusive gynakuten. Utöver det allmänna akutuppdraget, som organiseras i 9 olika specialistinriktningar, utgör akutmottagningen i Solna landstingets specialiserade traumacentrum.
- Akutmottagningen vid **Capio S:t Görans sjukhus** mottar årligen cirka 73 000 patienter. Det är en allmänakut med inriktning mot internmedicin, kirurgi och ortopedi.
- Akutmottagningen vid **Södersjukhuset** är störst i Stockholm och har en bred inriktning mot internmedicin, kirurgi och ortopedi, kardiologi, samt specialistmottagning för akut ögonsjukvård, gynekologi och öron-näsa-hals som hanteras i egna flöden utanför akutkliniken. Södersjukhusets akutmottagning mottar årligen drygt 100 000 patienter exklusive besök till gyn, öron-näsa-hals och ögon
- Akutmottagningen vid **Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge** mottar årligen drygt 75 000 patienter, och har en bred specialistkompetens med totalt 8 specialistinriktningar.

Bild 2 – Stockholms fem stora akutmottagningar, 2012



¹ Läkarpbesök inklusive inläggningar och utomlänspatienter. Södersjukhuset exkl. gyn, ögon samt ÖNH. Danderyd exklusive gyn, Karolinska exklusive gyn
KÄLLA: VAL; SCB; Intervjuer; Google maps

Även om akutmottagningarna inom sina organisationer utvecklat viss specialisering är skillnaderna för patienterna små; med undantag av några länsövergripande specialiteter såsom gynekologi och öron-näsa-hals omhändertas patienter med akut vårdbehov på alla akutmottagningar.

1.3 Metodbeskrivning

För att förstå tillväxten av patientvolymerna samt hur väl sjukhusen är rustade för att hantera denna utveckling har genomlysningen dels analyserat inflödet av patienter till akutmottagningarna, dels tittat på akutmottagningarnas organisation och arbetssätt. Arbetet har inneburit ett för SLL helt nytt arbetssätt där akutmottagningarnas vardag och arbetssätt studerats i nära samarbete med representanter från verksamheten i intervjuer, studiebesök och gemensamma workshops. Syftet har varit att förstå verksamheternas utmaningar och hur de hanteras i dagsläget utan att döma av rätt och fel. Särskilt fokus har lagt på att lyfta fram goda exempel som kan bidra till att hantera den ökande belastningen på akutmottagningarna.

Arbetet har baserat sig på tre huvudsakliga infallsvinklar.

- Analys av central och lokal data för att få överblick av patientinflödet, urskilja övergripande trender och mönster i utvecklingen samt belysa lokala likheter och skillnader i patientvolymerna. Analysmaterialet berör vuxna patienter till Stockholms fem största akutmottagningar
- Intervjuer med verksamheterna för att komplettera analysunderlaget samt skapa djupare förståelse för utvecklingen och en sammanvägd bild av situationen på sjukhusens akutmottagningar

- Studiebesök på respektive akutmottagning under två gånger 4 timmar för att tillsammans med personalen studera situationen på nära håll, skapa bättre förståelse för utvecklingen samt jämföra arbetssätt och lyfta fram goda exempel på arbetssätt och åtgärder som kan hantera belastningen på Stockholms akutmottagningar

Arbetet har letts av en arbetsgrupp från HSF i nära samarbete med deltagande akutmottagningar. Representanter från de fem stora akutmottagningarna samt HSF har vid tre tillfällen samlats för att gemensamt arbeta med analysunderlaget samt diskutera utmaningar och goda exempel. Konsultfirman McKinsey & Company har stöttat arbete med analys, faktainsamling och sammanställning av material. Arbetet genomfördes under april-juni 2013.

Dataunderlag och justeringar

Analysmaterialet berör vuxna patienter till Stockholms fem största akutmottagningar. Ett fåtal begränsningar har gjorts för att spegla akutmottagningarnas verksamhet

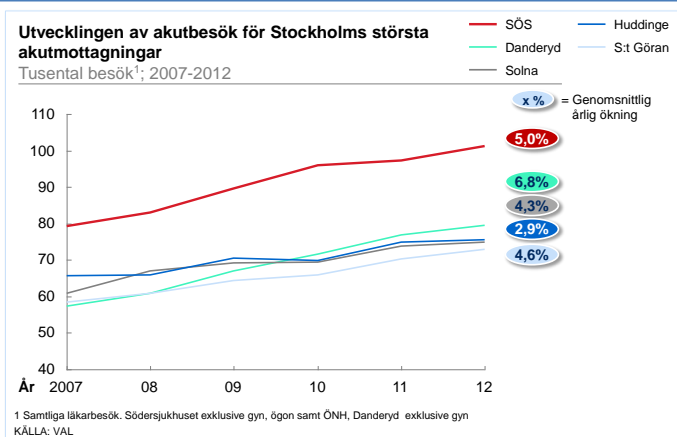
- Gynekologisk akutverksamhet bedrivs i samtliga fall i separat organisation, i regi av respektive kvinnoklinik eller gynekologiavdelning. För Södersjukhuset och Danderyds sjukhus har gynakuternas verksamhet exkluderats från analysunderlaget. För Karolinska universitetssjukhuset, vars gynakut i Solna endast har begränsade öppettider, har gynpatienterna av redovisningstekniska skäl inkluderats i underlaget. Detta har tydligt noterats i analyser där det påverkar utfallet. Capio S:t Görans sjukhus har ingen specifik gynakut och tar endast emot begränsad mängd gynpatienter; dessa finns med som del av hela akutmottagningens patientunderlag.
- På Södersjukhuset har utöver gynekologi också akutverksamheten inom öron-näsa-hals samt ögon, som bedrivs i separat organisation, separerats från analysunderlaget
- Akutsjukvård för barn har inte inkluderats i underlaget. Alla akutmottagningar tar emot en begränsad mängd akut sjuka barn, framför allt i de äldre åldrarna (15-17 år). Också dessa har exkluderats från underlaget, som endast innehåller patienter från 18 års ålder och uppåt.
- Traumauppdraget för akutmottagningen vid Karolinska i Solna har inte analyserats separat. Patienterna finns med i dataunderlaget men inga särskilda analyser eller observationer kring traumauppdraget har ingått i arbetet

2. Inflöde av patienter till Stockholms akutmottagningar

2.1 De ökande volymernas fördelning mellan akutmottagningarna

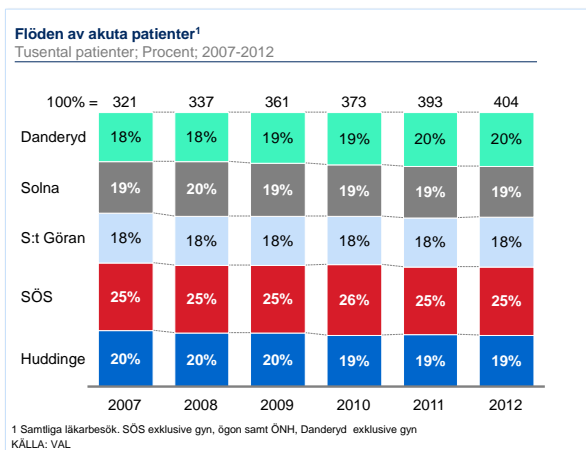
Ökningen av patientinflödet till Stockholms akutmottagningar är inte jämnt fördelad mellan sjukhusen. Under perioden 2007-2012 har Danderyds sjukhus haft den största ökningen i antal besök (6,8 % per år exklusive gynakuten). Samtliga akutmottagningars volymer ökar, men akutmottagningen på Karolinska i Huddinge ökar i minst omfattning, med i genomsnitt 2,9 % per år. Ökningen är relativt jämn från år till år.

Bild 3 – Utvecklingen av akutbesök för Stockholms största akutmottagningar



Södersjukhuset är den största akutmottagningen med 25 % av patientunderlaget. Som resultat av den ojämnt fördelade ökningen har Danderyd idag en större andel av Stockholms akutbesök jämfört med 2007.

Bild 4 – Fördelning av akutbesök mellan Stockholms största akutmottagningar



2.2 Akutmottagningarnas patientunderlag

Akutmottagningarnas befolkningsunderlag

I akutsjukhusens uppdrag ingår att omhänderta akut sjuka och olycksfall årets alla dagar dygnet runt. Samtliga vårdgivare i genomlysningen har ett specifikt uppdrag att bedriva en akutmottagning för vuxna. Utöver detta är akutmottagningens uppdrag inte närmare preciserat i akutsjukhusens avtal, med undantag för vissa medicinska specialiteter (t ex omhändertagande av svårt skadade patienter som endast bedrivs vid specialiserat traumacenter, Karolinska Solna). Sjukhusens uppdrag är att omhänderta de patienter som söker sig till akutmottagningen och patienten har fritt val av akutmottagning.

Trots att inga formella upptagningsområden finns för Stockholms akutsjukvård, kan vi härleda ett befolkningsunderlag för respektive akutmottagning baserat på inflödet av patienter (se bild 46-50 i appendix).

- **Danderyds akutmottagning** mottar i första hand patienter från de norra förorterna. De nordöstra förortskommunerna (Lidingö, Danderyd, Täby, Vaxholm, Österåker och Vallentuna) väljer akutmottagningen på Danderyds sjukhus fyra av fem gånger. Även patienter från Stockholms nordvästra förorter väljer i första hand Danderyd; mer än 60% av patienter från Sigtuna, Upplands Väsby, Upplands Bro, Sollentuna och Järfälla åker till Danderyds akutmottagning
- **Karolinska Solna** är det vanligaste valet för patienter från Solna och Sundbyberg. Därutöver väljer mellan 10 och 35 % av patienterna från länets nordvästra förorter akutmottagningen i Solna, liksom motsvarande andel från Ekerö, Lidingö och Stockholms stad (flest patienter från Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta)
- **Capio S:t Görans sjukhus** är det sjukhus som patienter från Ekerö kommun samt en stor andel av Stockholms stad väljer (över 50% av patienter från Bromma, Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm, Hässelby-Vällingby och Spånga-Tensta)
- **Södersjukhuset** tar patienter från Stockholms södra och sydöstra förorter samt den största andelen patienter från Stockholms stad (framför allt patienter från Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Skarpnäck och Södermalm). Patienter från Nacka, Värmdö och Tyresö liksom Haninge och Nynäshamn också väljer Södersjukhuset i första hand
- **Karolinska Huddinge** är förstahandsvalet för patienter från närområdet i Huddinge och Botkyrka, samt en stor del av patienterna från Salem samt delar av Haninge och Nynäshamn. Från Stockholms stad väljer patienter från Älvsjö, Skärholmen samt Hägersten-Liljeholmen ofta Huddinge sjukhus

Södersjukhuset är det sjukhus som har störst befolkningsunderlag med avseende på antal invånare, följt av Danderyd. Övriga sjukhus har relativt jämnstora befolkningsunderlag.

Dagens patientunderlag

Drivet av skillnader i sjukhusens faktiska befolkningsunderlag, skiljer sig sjukhusens nuvarande patientunderlag något från varandra (bild 51-59 i appendix)

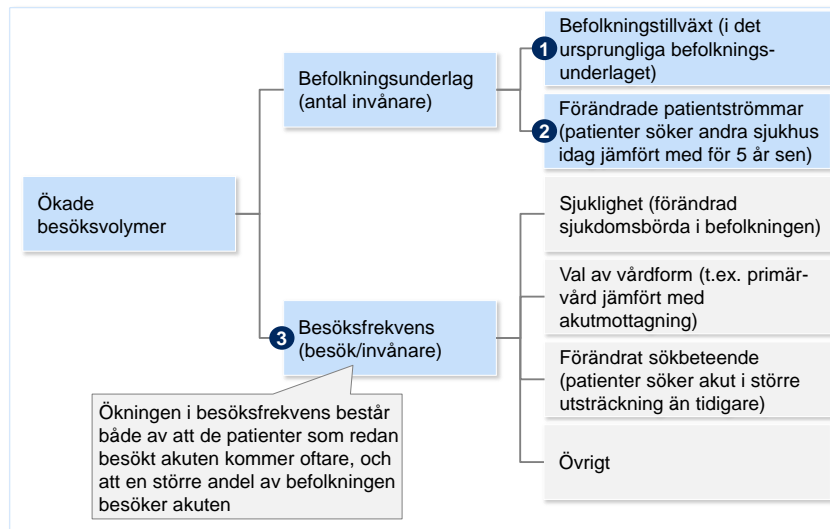
- **Avstånd till akutmottagning:** Patienter som åker till Danderyds akutmottagning har i genomsnitt färdats längst, medan patienterna som åker till Capio S:t Görans akutmottagning har färdats kortast väg
- **Demografi:** Akutmottagningarnas varierande patientunderlag speglar i stor utsträckning kön och ålder i deras befolkningsunderlag. Danderyd är t ex den akutmottagning som har högst andel kvinnor 35-49 år i sitt befolkningsunderlag, medan Capio S:t Görans har lägst andel. Capio S:t Görans har den största andelen äldre över 80 år.
- **Socioekonomi:** Huddinge har lägre socioekonomisk status i sitt befolkningsunderlag, medan övriga sjukhus ligger på en jämförbar nivå. Huddinge har också ett högre antal flergångsbesökare: Majoriteten av sjukhusen har omkring 25 % flergångsbesökare, medan Karolinska Huddinge har 31 % besökare som kommer 2 eller flera gånger per år
- **Sökorsak:** Sökorsaker varierar i mycket liten utsträckning mellan akutmottagningarna; de fem vanligaste sökorsakerna är stora på alla akutmottagningar. Några sjukhus har sökorsaker som förekommer oftare än på andra akutmottagningar; rytmrubbning på Danderyd, hand/arm-skelettskada på Södersjukhuset, samt feber på Karolinska Solna och Huddinge. Andelen akutpatienter som upp till 72h innan akutbesöket varit i kontakt med primärvården skiljer sig inte väsentligt mellan sjukhusen
- **Vårdtyngd:** Karolinskas (Solna och Huddinge) patienter är yngre, kommer oftare gående och läggs in i mindre utsträckning än patienterna på Danderyd, Södersjukhuset och Capio S:t Görans. Bland de patienter som hanteras inom akutmottagningarnas öppenvård har samtliga sjukhus likvärdig genomsnittlig DRG-vikt. Däremot har de patienter som läggs in via Karolinskas akutmottagningar en högre DRG-vikt och vårdas under längre tid; detta tyder på att en patient behöver vara sjukare för att bli inlagd på Karolinska än på övriga akutsjukhus. Till viss del kan detta drivas av att patienter med högspecialiserade diagnoser som redan är patienter på Karolinska passerar akuten, t.ex. vid återinläggningar
- **Primärvårdsutbud:** Det finns stora skillnader i vårdcentralstäthet inom akutmottagningarnas befolkningsunderlag. Kvaliteten på vårdcentralerna baserat på patienternas omdöme i vårdguiden skiljer sig i mindre utsträckning.

2.3 Förändring av patientunderlaget

Det ökade inflödet till Stockholms akutmottagningar kan härledas till tre huvudsakliga faktorer; demografiska förändringar i befolkningsunderlaget, förändrat upptagningsmönster och förändrat besöksbeteende i patientunderlaget. Genom att härleda hur stor förändring var och en av dessa faktorer står för i Stockholm som helhet respektive för de individuella akutmottagningarna, kan vi få en bättre bild av vad som ligger bakom de förändringar i akutpatienternas flöden som skett under de senaste fem åren. Inflödet av patienter till akutmottagningarna i Stockholm har därför brutits ned i tre komponenter; ökning till följd av befolkningstillväxt (antal invånare i det ursprungliga befolkningsunderlaget), förändrade patientströmmar (patienter som söker till andra

sjukhus idag jämfört med för 5 år sedan), samt förändring av besöksfrekvens (antal per besök per invånare i befolkningsunderlaget). Tillsammans har dessa faktorer under perioden 2007 till 2012 bidragit till en ökning om nästan 90 000 patientbesök på Stockholms fem stora akutmottagningar.

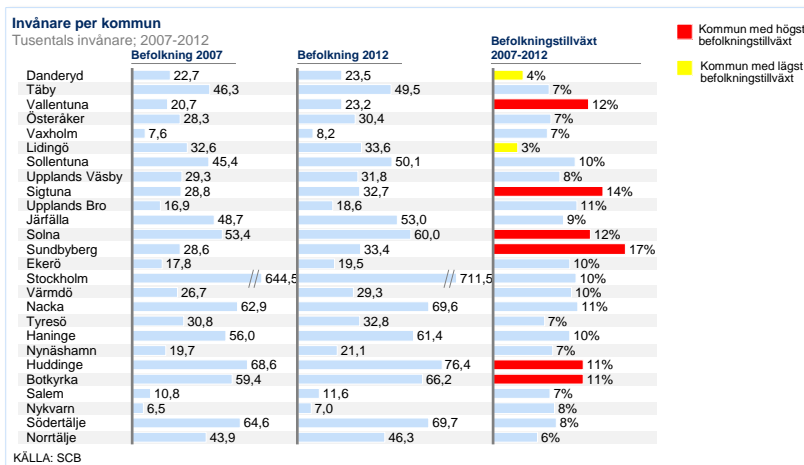
Bild 5 – Det ökade inflödet av patienter till akutmottagningarna



Befolkningstillväxt i sjukhusens befolkningsunderlag

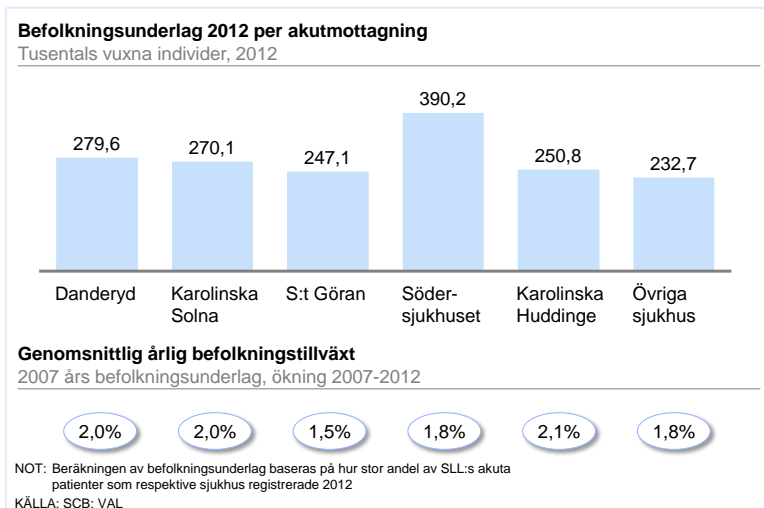
Länets befolkning har under perioden ökat med 1,9 % per år. Det motsvarar (med 2007 års besöksfrekvens och patientfördelning konstant) en ökning om knappt 36 000 besök på våra fem stora akutmottagningar. Befolkningstillväxten varierar både per åldersgrupp och mellan kommuner i länet; de norra kommunerna Vallentuna, Sigtuna, Solna och Sundbyberg samt Huddinge och Botkyrka i länets södra del ökar mest (mer än 2 % per år), medan Danderyd och Lidingö står för den lägsta ökningen i antal invånare (under 1 % per år). Övriga kommuner har en befolkningsökning om 1-2 % per år.

Bild 6 – Invånare och befolkningstillväxt per kommun



Detta avspeglas i en högre befolkningstillväxt i befolkningsunderlaget för akutmottagningarna i Solna, Danderyd och Huddinge, och en något lägre framför allt för Capio S:t Görans men även för Södersjukhuset.

Bild 7 – Befolkningsunderlag och befolkningstillväxt per akutmottagning



Förändrade patientströmmar

Som tidigare nämnts finns inga formella upptagningsområden för Stockholms akutsjukvård, och patienten har själv möjlighet att fritt välja vilken akutmottagning man väljer att söka sig till. Under perioden 2007-2012 har patienternas sökmönster ändrats något, vilket får till följd att några akutmottagningar är hårdare belastade idag i förhållande till 2007. För Stockholm som helhet har patientströmmarna inte förändrats.

En analys av patienter som söker på annat sjukhus 2012 jämfört med 2007 visar att de största förändringarna har skett inom Stockholms stad. Patienter från de södra stadsdelarna, framför allt Hägersten-Liljeholmen, väljer i dag i större utsträckning Södersjukhuset i stället för Karolinska i Huddinge. De norra stadsdelarna Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Hässelby-Vällingby, som tidigare i större utsträckning sökte sig till S:t Görans akutmottagning, söker idag i större utsträckning till Karolinska i Solna eller till Danderyd. Patienter från innerstaden, framför allt Norrmalm och Östermalm, väljer i mindre utsträckning Capio S:t Görans till förmån för Danderyd men också för Karolinska i Solna. Patienter på Kungsholmen väljer i dag Capio S:t Görans i större utsträckning än tidigare. En förklaring till förändringarna inom Stockholms stad kan vara akutmottagningarnas tidigare upptagningsområden. 2007 års besöksmönster följer i större utsträckning de gamla upptagningsområdena, då en större del av befolkningen hade en vana att söka sig till det sjukhus vars upptagningsområde man en gång tillhört. Med tiden väljer patienter att istället söka sig till sin närmaste akutmottagning.

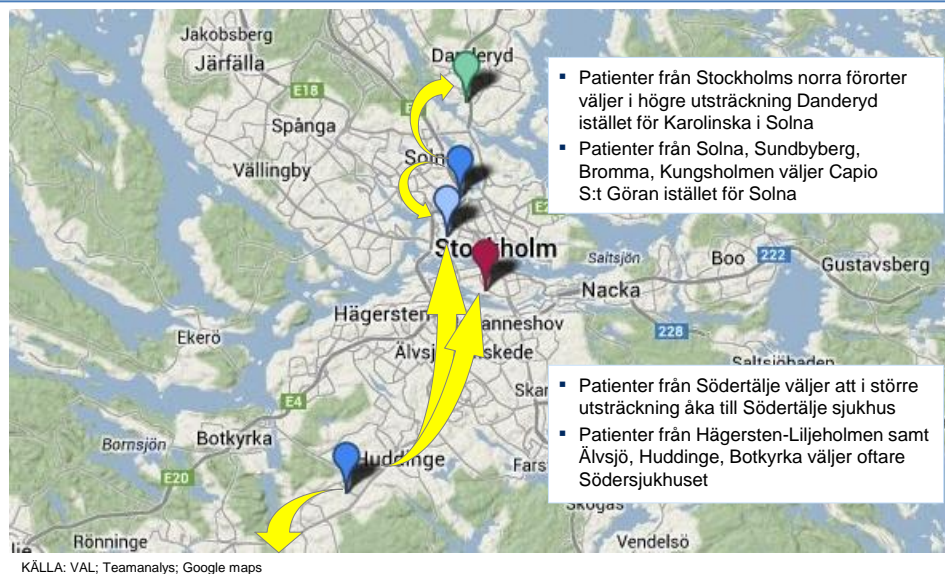
När det gäller förortskommunerna är förändringarna mindre, men framför allt Karolinska i Huddinge och Danderyd påverkas av förändrade patientströmmar. Patienter från

Botkyrka och Huddinge har blivit mindre benägna att åka till sitt närmaste sjukhus i Huddinge och söker i större utsträckning till Södersjukhuset, medan patienter från Södertälje i större utsträckning väljer Södertälje sjukhus istället för att åka den längre vägen till Huddinge. Karolinska i Huddinge är den enda akutmottagning där patientströmmarna totalt sett minskat.

I de norra förortskommunerna (Järfälla, Sigtuna, Upplands Bro, Upplands Väsby samt Täby) finns ett mönster där patienter väljer att åka till Danderyd istället för Karolinska i Solna, vilket lett till att Danderyds akutmottagning idag tar en större del patienter från den norra delen av länet idag än vad man gjorde 2007.

Den ökning av patienter på gynakuten i Danderyd som drivits av nattstängningen av gynakuten i Solna är inte del av denna analys, då besök till gynakuten i Danderyd helt har separerats från övrig besöksdata.

Bild 8 – Förändring av patientströmmar, 2007-2012



Förändrat besöksbeteende

Då tillväxt som följd av befolkningstillväxt och förändrade upptagningsmönster rensats bort, kvarstår förändringar i patienternas besöksbeteende. Besöksfrekvensen, eller antalet besök per invånare, beror av ett stort antal faktorer såsom befolkningens sjuklighet, val av vårdform (primärvård i förhållande till akutmottagning) och förändrat sökbeteende, t ex att patienter söker akut i större utsträckning än tidigare. Ökad besöksfrekvens står för den största delen av förändringen i antal akutbesök, totalt sett knappt 54 000 ytterligare besök på de fem stora akutmottagningarna, och är den faktor som varierar mest mellan akutmottagningarna. Ökningen i besöksfrekvens består både av att de patienter som redan besökt akuten kommer oftare, och att en större andel av befolkningen besöker akuten. Totalt sett minskar andelen patienter som från akuten läggs in på vårdavdelning. Denna utveckling speglar delvis den prioritering som måste till när antalet patienter ökar

snabbare än antal vårdplatser, men också en utveckling av vården där större del av patientens omhändertagande kan ske inom öppenvården.

Det finns redan i utgångspunkt relativt stora skillnader i besöksfrekvens mellan landstingets kommuner. Norrtälje, Botkyrka, Huddinge och Södertälje har högst besöksfrekvens i förhållande till befolkning, medan Nacka, Värmdö, Tyresö och Sigtuna har lägst. Skillnaderna i besöksfrekvens mellan olika kommuner finns i alla åldersgrupper, men är mest påtaglig för patienter över 80 år, som också har högst besöksfrekvens totalt sett.

Bild 9 – Besöksfrekvens per kommun

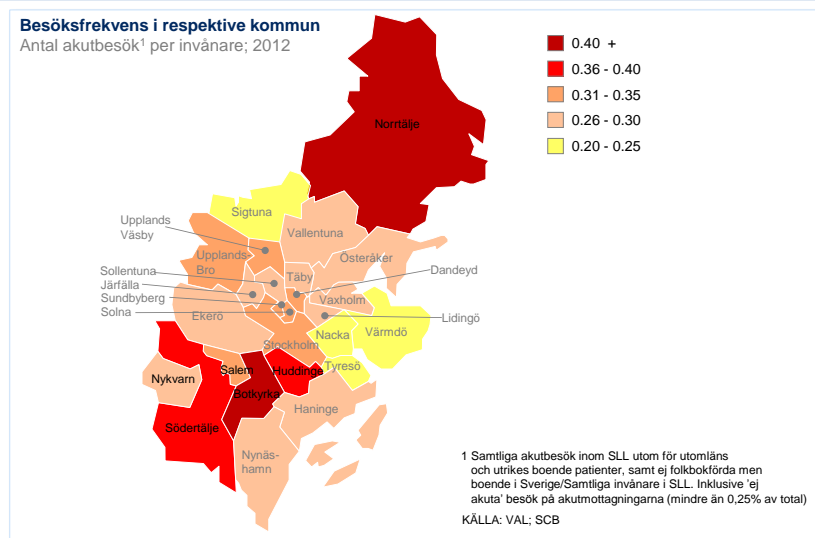
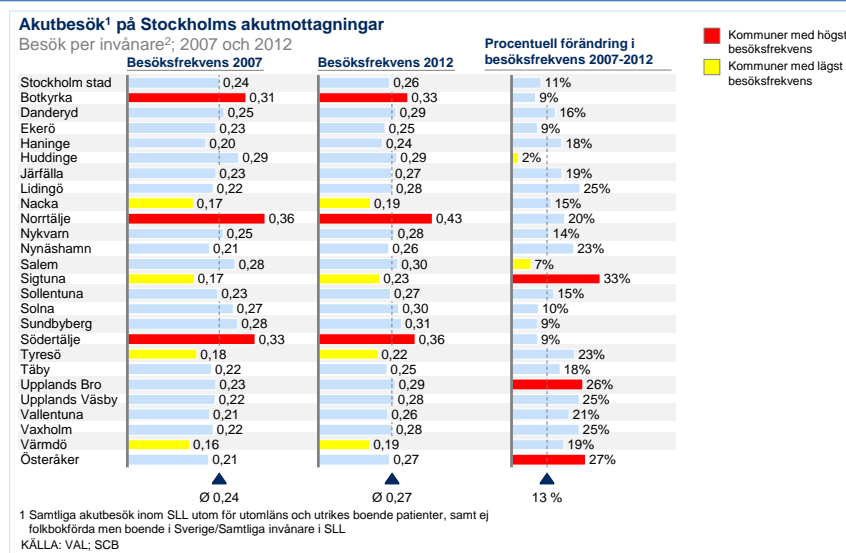


Bild 10 – Ökning av besöksfrekvens per kommun



När det gäller ökning av besöksfrekvens är skillnaderna mellan kommunerna stora. Sigtuna, Upplands Bro och Österåker är de kommuner där störst förändring skett under perioden medan kommuner som Huddinge och Salem ökar minst. Sammantaget är

Danderyds akutmottagning den akutmottagning vars befolkningsunderlag har den största ökningen av besöksfrekvens (3,6 % per år), följt av Karolinska i Solna (2,7 % per år) och Södersjukhuset (2,4 % per år). Befolkningsunderlaget för Capio S:t Görans och Karolinska i Huddinge ökar sin besöksfrekvens minst; ändå ökar den så mycket som 1,8 respektive 1,9 % per år.

Bild 11 – Ökning av besöksfrekvens per akutmottagning



Vilka patientgrupper är det då som står för denna stora ökning? För Stockholm som helhet är det svårt att urskilja några tydliga grupper, men när analysen görs per akutmottagning urskiljs ett antal trender.

- **Kvinnor i ålder 18-49 år**, och framför allt 18-34 år, är en av de grupper som ökar mest i Stockholm som helhet, framför allt på Södersjukhusets, Danderyds och Capio S:t Görans akutmottagning. I Huddinge ökar kvinnor 18-34 år starkt, medan de något äldre ökar mindre. Andelen inläggningar i gruppen ligger lågt (12-20 %), men minskar inte på något sjukhus och ökar något i Huddinge. Detta utgör en indikation på att patientgruppen inte i större utsträckning än tidigare söker för obetydliga problem; eftersom inläggningsfrekvensen för akutbesök totalt sett minskar borde den, allt annat oförändrat, minska också för unga kvinnor. Då dessa läggs in i bibehållen omfattning söker de rimligtvis för likvärdiga eller något mer allvarliga problem än tidigare. Baserat på de öppenvårds-DRG som gruppen behandlas inom, ser dessa kvinnor också ut att söka för samma typer av problem som tidigare, med ett undantag för Karolinska i Huddinge där andelen gynekologiska patienter ökat. Det har också skett relativt stora omfördelningar av vart dessa patienter vänder sig, framför allt bland kvinnor bosatta i Stockholms stad och från de norra förortererna.
- **Män i ålder 18-49 år** ökar inte alls i samma utsträckning. Det är endast Danderyds akutmottagning som har en markant ökad besöksfrekvens för denna grupp, drivet av att samtliga länets norra kommuner har högre tillväxt i besöksfrekvens för unga män än länets södra delar. Totalt sett ökar gruppen i linje med Stockholm som helhet

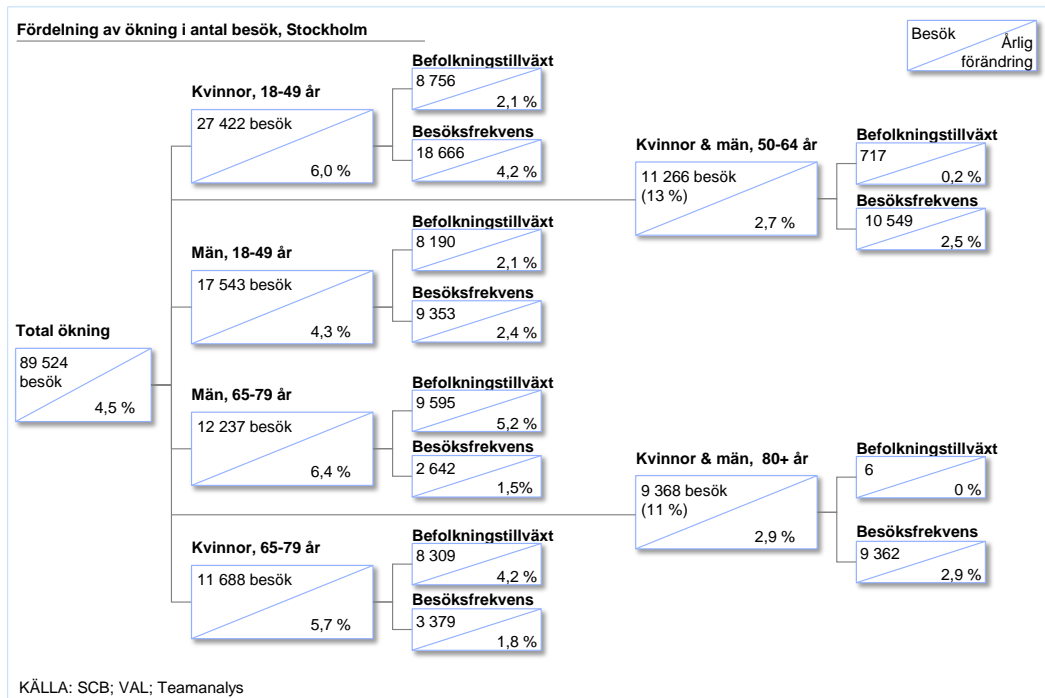
men med ojämn geografisk fördelning. Gruppen har också ändrat sitt geografiska sökmönster relativt mycket och söker i större utsträckning till framför allt Danderyds akutmottagning. Gruppen har konstant låg inläggningsfrekvens (10-15 % beroende på sjukhus) och inga skillnader i sökmönster (baserat på öppenvårds-DRG) kan urskiljas.

- **Män i ålder 65-79 år** är en grupp som ökar med ett stort antal besök totalt sett, framför allt drivet av kraftig befolkningstillväxt. Medan Stockholm som helhet ökar sin befolkning med 1,9 % per år, ökar denna grupp i medeltal 5,2 % per år och endast stadsdelar som Farsta, Enskede-Åstra-Vantör, Skärholmen och Hässelby-Vällingby ökar väsentligt mindre än så. Förändringen i besöksfrekvens är i medeltal låg, 1,5 % per år men mycket ojämnt fördelad där enstaka kommuner utspridda i länet ökar besöksfrekvensen kraftigt (t ex Älvsjö, Lidingö, Östermalm, Sigtuna och Nykvarn). Samtliga akutmottagningar upplever en ökad mängd patienter från denna grupp, de har hög inläggningsfrekvens (ofta över 40 %), som dock minskar för de flesta akutmottagningar. Gruppen söker i stor utsträckning till samma akutmottagning idag som för 5 år sedan.
- **Kvinnor i ålder 65-79 år** har också relativt hög befolkningstillväxt, om än något lägre än män i motsvarande ålder. Besöksfrekvensen ökar i mindre än Stockholm som helhet. Endast i Danderyds befolkningsunderlag ökar den något mer och rörligheten är låg utom för patienter till Karolinska i Solna, dit kvinnor i denna åldersgrupp söker i sig i större utsträckning än de tidigare har gjort. Det gäller patienter från hela Stockholm och från samtliga sjukhus.
- **Kvinnor och män över 80 år** utgör en grupp med förvånansvärt lite förändring. Besöksfrekvensen ökar omkring 2-4 % för samtliga sjukhus, gruppen söker till samma sjukhus som tidigare, och befolkningen i denna grupp ökar inte nämnvärt. Trots begränsad ökning är detta en grupp som utgör en stor belastning på akutmottagningarnas situation. Gamla patienter har ofta en komplicerad sjukdomsbakgrund och kräver mer vård än unga i övrigt friska patienter, och behöver ofta läggas in för fortsatt vård. Ökningen innebär nästan 10 000 fler besök från denna grupp idag i förhållande till 2007, vilket innebär omkring 4000 fler inläggningar. Detta innebär att trots att gruppen endast står för 10% av ökningen i antal besök svarar de för 20% av det ökade antalet inläggningar
- **Kvinnor och män i åldern 50-64 år** är den grupp som sticker ut minst i statistiken. Befolkningstillväxten är mycket låg, gruppen söker sig till samma sjukhus som tidigare, och besöksfrekvensen ökar något än för Stockholm som helhet. Sammantaget ökar akutbesöken i gruppen med 2,7 % per år, något mer för Karolinska i Solna och Södersjukhuset, något mindre för Huddinge sjukhus.

Sammantaget bidrar relativt hög befolkningstillväxt, ökade patientströmmar men framför allt kraftigt ökad besöksfrekvens i Stockholms norra förortskommuner till att besöken på Danderyds akutmottagning ökar mer än Stockholms andra akutmottagningar. Södersjukhusets akutmottagning, som också ökar kraftigt, tar idag fler patienter från Stockholms södra stadsdelar och har kraftigt ökande besöksfrekvens för unga kvinnor. Karolinska i Solna och Caphio S:t Görans akutmottagning ökar i takt med länet som helhet, Caphio S:t Göran med något lägre befolkningstillväxt som kompenseras av

tillströmmande patienter. Karolinska i Huddinge, den akutmottagning som ökar minst, begränsas i första hand av minskade patientströmmar och lägre ökning i besöksfrekvens än övriga Stockholm.

Bild 12 – Fördelning av ökning i antal akutbesök, Stockholm som helhet



3. Patientflödet på akutmottagningarna

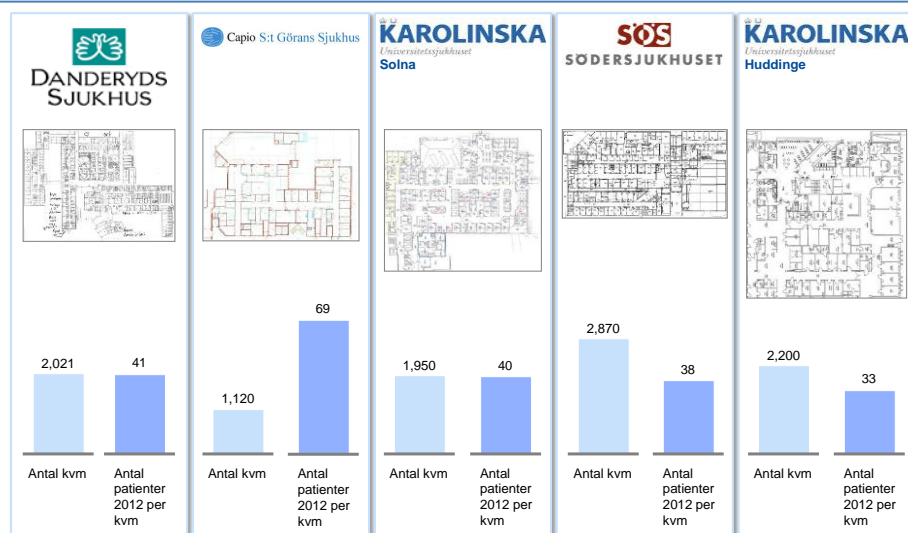
3.1 Akutmottagningarnas uppbyggnad och organisation

Samtliga fem akutmottagningar som ingår i genomlysningen följer en grundkonfiguration, med vissa skillnader i arbetssätt vad gäller ankomstsätt, organisation av registrering/yttri triage och inre triage/initial läkarbedömning, organisation av läkarteam i sektioner eller diskar och de bemanningsmodeller som används för vårdpersonalen. Utbud och nyttjande av extern diagnostik (laboratorium, bilddiagnostik etc.) varierar också något. Samtliga sjukhus har en hårt belastad vårdplatssituation, och samarbeten kring utflöde och vårdplatsfördelning varierar. Akutmottagningarna hanterar också larm samt särskilt omhändertagande eller specialspår för specifika patientgrupper relativt olika.

Lokaler

Akutmottagningarna har mellan 1120 och 2870 kvm till förfogande för sin verksamhet. Capio S:t Görans akutmottagning har de minsta lokalerna och flest patienter som passerar akutmottagningen i förhållande till ytan, med något mer än dubbelt så många patienter per kvadratmeter som Karolinska i Huddinge. Danderyd, Södersjukhuset och Karolinska i Solna har ungefär samma yta till förfogande per patient. Akutmottagningarnas trångboddhet beror givetvis till stor del på hur ytan kan nyttjas, och framför allt Södersjukhuset upplever lokalerna som mycket begränsande.

Bild 13 – Akutmottagningarnas lokaler



Not: Kvadratmeteryta exklusive ambulanshall. Solna exklusive gyn, Danderyd exklusive gyn, SöS exklusive gyn, ögon och ÖNH, Huddinge exklusive barn och gyn

KÄLLA: Lokal data från respektive sjukhus

Patientflöde

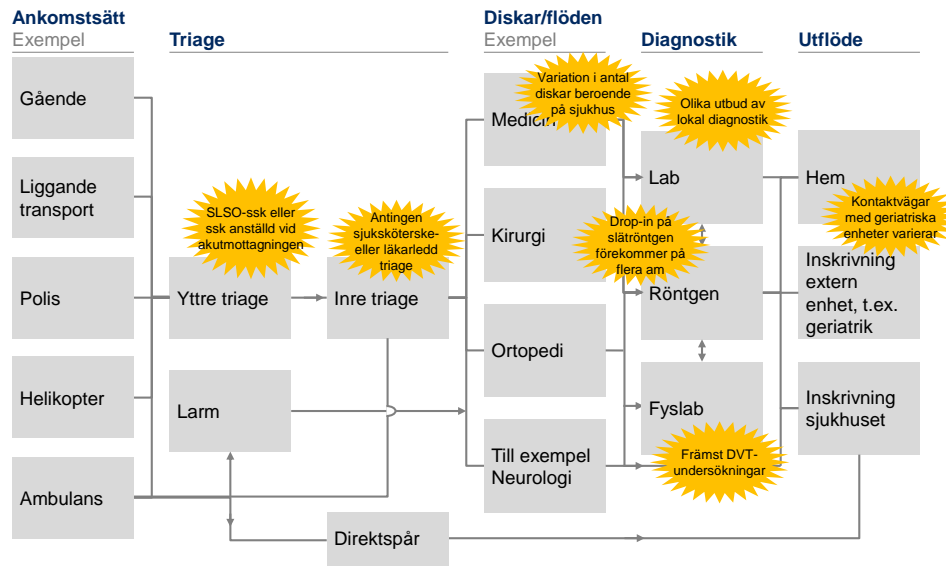
Flödet vid samtliga akutmottagningar följer en grundkonfiguration, där patienter anländer företrädesvis med egen transport (gående) eller via ambulans, liggande transport, helikopter eller i ett fåtal fall med polis. Patienten registreras i det s.k. yttre triaget, där en snabb första bedömning av patientens tillstånd görs, innan patienten slussas via väntrummet vidare till inre triage eller en första läkarbedömning. Därefter tas patienter om hand vid ett antal diskar, flöden eller sektioner, där läkarteam med läkare och sköterskor tar emot patienterna och genomför diagnostik och ev. behandling. Extern diagnostik, (laboratorium, bilddiagnostik etc.) genomförs på eller i anslutning till akutmottagningen och patienten slussas efter avslutad diagnostik och/eller behandling vidare till vårdavdelning, externa vårdenheter (t ex geriatrik) eller hemmet.

Det finns relativt stora skillnader i akutmottagningarnas organisation och arbetssätt.

- Vid de akutmottagningar som arbetar i anslutning till en lättakut (Karolinska i Huddinge och sedan maj 2013 Danderyd) sköts registrering och yttre triage under dagtid av distriktssköterskor från SLSO, medan övriga akutmottagningar själva bemannar och hanterar yttre triage med sjuksköterskor eller undersköterskor från akutmottagningen
- Sjukhusen använder två olika triagesystem; akutmottagningarna vid Karolinska i Solna respektive Huddinge samt Södersjukhuset och Danderyd använder RETTS-systemet, medan Caphio S:t Görans arbetar enligt TEWS
- Akutmottagningarnas triage kan bemannas helt av sjuksköterskor, då vanligen alla patienter triageras, eller av särskilda triageteam bestående av läkare och sjuksköterskor. Alternativt slussas patienterna direkt in till disk där behandlande läkarteam också gör första triagebedömningen. Flera sjukhus använder en kombination av dessa arbetssätt beroende på hur belastningen på akutmottagningen för tillfället ser ut
- Behandlingsteamens organisation i diskar, flöden eller sektioner varierar starkt mellan akutmottagningarna, både vad gäller subspecialisering i antal diskar, men också i organisation inom respektive disk eller sektion
- Tillgång till och användning av vårdplatser på akutvårdsavdelning (AVA) skiljer sig kraftigt mellan sjukhusen, där vissa akutmottagningar har ett stort antal AVA-platser att tillgå, medan andra inte alls arbetar med AVA-platser. Några akutmottagningar har någon form av observationsplatser eller 24-timmarsplatser
- Arbetssätt kring utflödet på akutmottagningen varierar, både vad gäller fördelning och koordinering av vårdplatser, men också det mer långsiktiga arbetet kring kontaktvägar med geriatriska enheter.

Beskrivning av de individuella akutmottagningarnas patientflöden finns i appendix (bild 60-64).

Bild 14 – Grundkonfiguration för patientflödet på Stockholms akutmottagningar



Samtliga akutmottagningar har utmaningar inom sina områden. Samtidigt har man utvecklat effektiva och väl fungerande lösningar och arbetssätt som bidrar till att på effektivt och patientsäkert sätt hantera den belastning som det ökande patientflödet innebär. Många av dessa lösningar har god potential att förbättra situationen i hela Stockholm om de implementeras på bredare front inom de individuella akutmottagningarna, inom större delar av sjukhuset eller inom hela landstinget.

3.2 Patientflödet; från inflöde till utflöde

Avlastning av akutmottagningarnas inflöde

Första steget i akutmottagningens patientflöde sker innan patienten ankommit till akutmottagningen. Den större delen av det ökade patientflödet till akutmottagningarna består som tidigare diskuterat av ökad besöksfrekvens. Det arbete som kan göras för att slussa patienter som inte behöver akutsjukhusets resurser till andra vårdinstanser, inom primärvård eller direkt till anpassad slutenvård, är därför mycket viktigt.

Väl fungerande primärvård med tydlig information till medborgaren

Samtliga akutmottagningar upplever att en del av patienterna har svårt att hitta rätt i systemet, och vänder sig till akutmottagningen i brist på annan tillgänglig vårdinstans. På akutmottagningen vet man att man får hjälp, även om det innebär en väntetid, och alla akutmottagningar har upplevt att patienter hellre väljer att vänta och få besöket avklarat, än att uppsöka annan vårdinstans.

Utbud eller funktion av Stockholms primärvård har inte granskats inom ramen för detta arbete, men det kan konstateras att Stockholms nuvarande system med ett stort antal vårdcentraler med olika utbud och öppettider, samt det varierande vårdutbudet jourtid

med jouröppna vårdcentraler, närakuter och lättakuter, också de med olika öppettider och utbud, är komplicerat för medborgare och patienter och förstå och på egen hand navigera.

Samtliga akutmottagningar upplever ett behov av att sjukvårdssystemet i större utsträckning tillgodoser medborgarens behov och förväntningar. I takt med att samhället utvecklas vad gäller information, tillgänglighet och öppettider för andra typer av tjänster ökar förväntningarna även på vården. Medborgarna får större behov av information om och tillgänglighet till vård där individen befinner sig vid den tidpunkt som behovet uppstår. Där ingår kapacitet och tillgänglighet att inom primärvården till att ta emot akuta besök under stor del av dygnet, tydlighet kring vad din vårdcentral eller husläkarmottagning kan hjälpa dig med, hur man kommer i kontakt med vården på bästa sätt, vart man vänder sig utanför ordinarie öppettider och när man faktiskt bör vända sig till en akutmottagning.

Samtidigt bör nämnas att den stora tillströmningen av patienter till akutmottagningarna inte huvudsakligen består av patienter med lågt vårdbehov som borde tas om hand inom primärvården. För t ex unga kvinnor vars besöksfrekvens ökar i stor utsträckning, blir patienterna i samma eller ökande omfattning inlagda på vårdavdelning vilket är en tydlig indikator på att åtminstone en stor grupp av dessa patienter har ett verkligt behov av akutsjukhusets resurser. Bättre samhällsinformation och tydliga alternativ till akutmottagningen kan dock avlasta en del av akutens flöde.

Avlastande lättakut i samarbete eller anslutning till akutmottagning

Tillgång till avlastande när- eller lättakut i samarbete eller direkt anslutning till akutmottagningen är ett effektivt och reellt sätt att avlasta akutmottagningen. Ett exempel på detta är akutmottagningen på Karolinska i Huddinge, där lättakuten funnits på plats sedan slutet av 2009. Lättakuten hanterar idag omkring 18000 besök varje år, samtidigt som ökningen i besöksfrekvens på akutmottagningen i perioden 2007-2012 är omkring en procentenhet lägre än för övriga akutmottagningar. Hur stor del av denna lägre ökning som förklaras av att lättakuten kan inte urskiljas. För ytterligare förståelse för dynamiken mellan akutmottagning och anslutande lättakut är det viktigt att analysera hur situationen på Danderyds akutmottagning, som har haft högst ökning av besöksfrekvens i hela landstinget, påverkas av den nyligen öppnade lättakuten.

Ett annat exempel på fungerande avlastning av en akutmottagning utgörs av systemet i Nacka och Värmdö. Inom dessa två kommuner finns flera väl fungerande jouröppna primärvårdsenheter (bland annat Nacka närakut och Gustavsbergs vårdcentral). Medborgarna i dessa kommuner har en lägre besöksfrekvens vid akutmottagning än i övriga länet. Restiden till akutsjukhuset är här förhållandevis lång, men Södersjukhuset har också utvecklat ett gott samarbete med Nacka närakut. Akutmottagningens personal har bland annat möjlighet att direkt boka in patienter för uppföljningsbesök vid närakuten, vilket fungerar mycket bra.

Hänvisning till annan vårdinstans

Akutmottagningen har också möjlighet att i begränsad utsträckning hänvisa patienter som redan sökt sig till akutmottagningen till annan vårdinstans, t ex primärvård. Sjukhusen har olika rutiner för denna typ av hänvisningar, och för de sjukhus som saknar lättakut i

direkt anslutning hänvisas ett mycket litet antal patienter varje dag. Flera sjukhus har helt slutat hänvisa efter enstaka fall av felaktiga hänvisningar som medfört risk för patienten. Sammanfattningsvis kan slutsatsen dras att hänvisningar, även om de skulle öka något i förhållande till dagens situation, utgör en mycket liten möjlighet till avlastning av akutmottagningen. De är samtidigt förknippade med en obekväm arbetssituation, potentiellt missnöje hos patienten och möjlig patientsäkerhetsrisk. Hänvisningar av patienter som redan har kommit till akuten bör därför inte vara ett fokusområde för fortsatt arbete.

Direktinläggningar

Vissa patienter kan med mycket god patientsäkerhet slussas direkt till sjukhusets vårdavdelningar, utan att behöva passera eller belasta akutmottagningens verksamhet. Detta gäller patienter med kända åkommor eller typiska symptom, och förutsätter att sjukhuset har vårdplatser tillgängliga för inläggning av dessa patienter. I vissa fall, t ex inom strokesjukvården, hålls särskilda vårdplatser tillgängliga för vissa akuta patienter, men i många fall utgör sjukhusets vårdplatssituation i stort en begränsning för möjligheten till direktinläggningar. Danderyds akutmottagning, som har landstingets mest utvecklade system för direktinläggningar, upplever trots en högt belastad vårdplatssituation att systemet utgör en reell avlastning för akutmottagningen och en tydlig förbättring av omhändertagande och patientsäkerhet för berörda patienter.

Danderyds sjukhus arbetar i dagsläget med direkt inläggning på vårdavdelning framför allt för fem typer av patienter.

- Strokepatienter som tas om hand via BRA IN-larm direkt till röntgen och strokeavdelning
- Sepsis-larm där läkare från läkare från infektionsavdelningen möter upp ambulans på akutmottagningen, sätter in behandling och tar patienten direkt till lämplig avdelning
- STEMI-larm där patienter med typiska EKG-förändringar tas direkt till angiolog/HIA (patienter som visar ST-höjningar/nyttillkommet vänstersidigt skänkelblock på EKG i ambulans)
- Höftprocessen där patienter med höftfraktur går direkt till röntgen och vidare till ortopedjouren som ordnar vårdplats och operationsanmälan
- Kirurgiska cancerpatienter med tidigare kontakt med sjukhuset, som via särskild kontaktsjuksköterska slussas direkt till avdelning för tillstånd som antas vara relaterat till cancersjukdomen.

Övriga akutmottagningar har mindre väl utvecklade system för direktinläggningar, även om systemet i viss utsträckning förekommer över hela Stockholm. Samtliga akutmottagningar är överens om att detta är en möjlighet till patientsäker avlastning av verksamheten, men att det är en fråga som behöver hanteras på sjukhusnivå tillsammans med berörda vårdavdelningar och med stöd från sjukhusledningen.

Det finns också möjlighet att arbeta med liknande system för direkt inläggning av patienter till vårdenheter utanför akutsjukhuset, framför allt till geriatriska vårdenheter. Detta berörs som del av utflödet från akuten.

Specialspår inom akutmottagningen

I tillägg till direktinläggningar arbetar samtliga akutmottagningar med specialspår inom akutmottagningen för vissa patientgrupper. Detta utgör inte en avlastning av antal patienter som kommer till akutmottagningen, men bidrar till ett effektivt och säkert mottagande av utsatta patientgrupper. Omfång och utformning av dessa specialspår varierar mellan akutmottagningarna, och samtliga sjukhus har några områden där denna verksamhet har potential att utvecklas. Sjukhusens specialspår är också mycket olika utformning, där varje sjukhus har utvecklat sitt individuella arbetssätt med begränsat erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna. Ett exempel på detta är stroke, där samtliga sjukhus arbetar med någon form av specialspår eller larmrutin, men med stor variation i organisation och hantering av dessa patienter beroende på vilken akutmottagning man kommer till.

Bild 15 – Specialspår för stroke har olika utformning på Stockholms akutmottagningar

	Specialspår för stroke	Kort beskrivning
Danderyd	BRA-IN larm – direktspår med neurologjour/medicinjour	▪ Ambulans larmar akuten vid misstanke om akut stroke och går direkt till CT:n. Neurologjour/medicinjour möter upp vid CT:n och beslutar om vidare handläggning i dialog med neurologbakjouren
Karolinska Solna	Direktspår med neurologjour	▪ Ambulans larmar akuten vid misstanke om akut stroke. Neurologjour möter upp på akutmottagningen och följer med till CT:n och beslutar om vidare handläggning
Capio S:t Göran	Direktspår med stroke-sjuksköterska	▪ Ambulans larmar akuten vid misstanke om akut stroke och stroke-ssk från strokeavdelningen möter upp på akuten tillsammans med läkare. Därefter direkt till CT och beslut om vidare handläggning i dialog med neurologbakjour
Söder-sjukhuset	Direktspår med stroke-sjuksköterska	▪ Ambulans larmar akuten vid misstanke om akut stroke och stroke-ssk möter upp på akutrummet. Därefter direkt till CT och beslut om vidare handläggning i dialog med neurologbakjour
Karolinska Huddinge	Neurolog möter upp direkt på akuten	▪ Ambulans larmar vid misstanke om akut stroke och går direkt till CT. Från akutmottagningen går patient till CT och därefter vidare handläggning, t ex med trombolys

Möjligheten till specialspår är förknippat med sjukhusets resurser och kan inte helt likriktas för landstingets alla sjukhus. Ett ökat erfarenhetsutbyte och gemensamma riktlinjer för organisation och arbetssätt för vård av vissa patientgrupper, samt utökning av antalet patientgrupper som hanteras via specialspår kan dock bidra till effektivare och säkrare omhändertagande av dessa patienter. Att utöka antalet specialspår till samtliga patientgrupper som passar för detta handläggningssätt kan bidra till att avlasta akutens verksamhet, och kräver framför allt god dialog och bra samarbete mellan sjukhusets avdelningar.

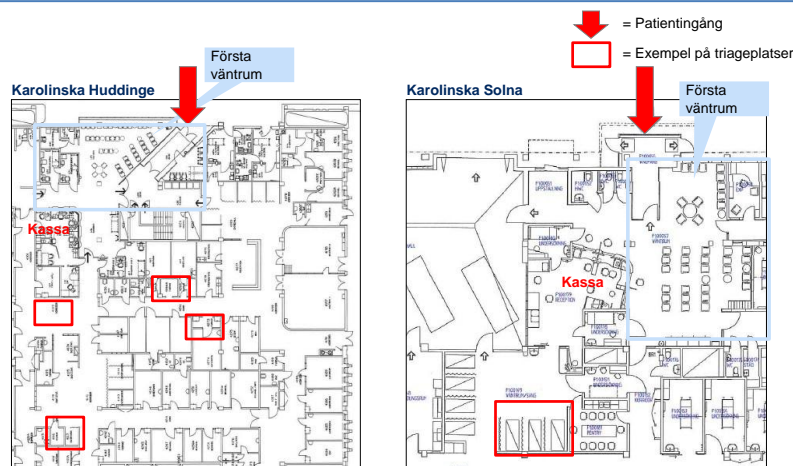
Registrering och triage

När en patient ankommer till akutmottagningen sker först en registrering av patienten och en snabb bedömning av dess tillstånd (yttre triage), varefter patienten får vänta i väntrum

på ett komplett inre triage eller en första läkarbedömning. Grundstrukturen för detta arbete ser relativt lika ut tvärs samtliga akutmottagningar, men väsentliga skillnader i arbetssätt och organisation finns.

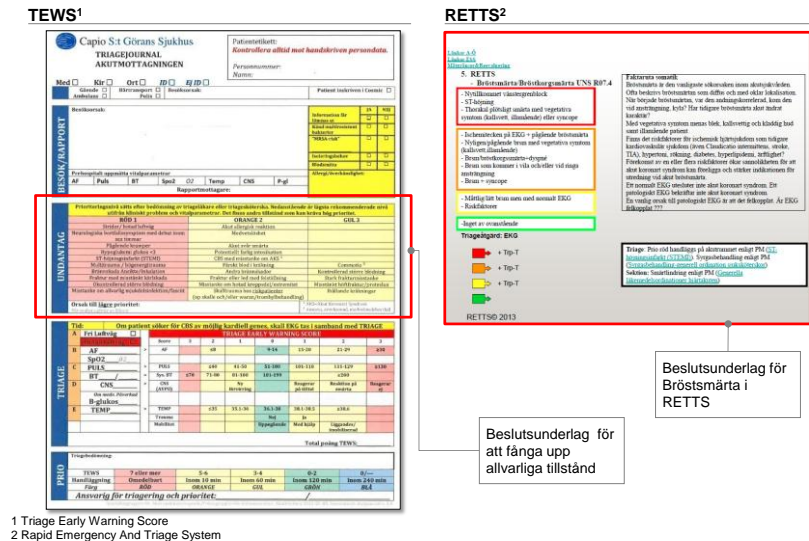
- **Bemanning av yttre triage** varierar mellan sjukhusen. Samtliga akutmottagningar arbetar med sjuksköterskor i yttre triage under dagtid. Huddinge och Danderyd som samarbetar med en anslutande lättakut har SLSO-anställda distriktssköterskor som sköter yttre triage samt bedömning av vilka patienter som bör slussas till akutmottagningen respektive lättakuten.
- **Storlek och organisation av väntrum**, bland annat mellan centrala och lokala väntrum (t.ex. vid ortopeddisken) skiljer sig åt mellan akutmottagningarna. Väntrummens utformning är i stor utsträckning beroende av akutmottagningens lokaler, och påverkas inte av till exempel triagemetod. Väntrummen utgör framför allt en viktig faktor för patient- och arbetsmiljö på akutmottagningarna

Bild 16 – Exempel på struktur för registrering och triage; Karolinska i Solna/Huddinge



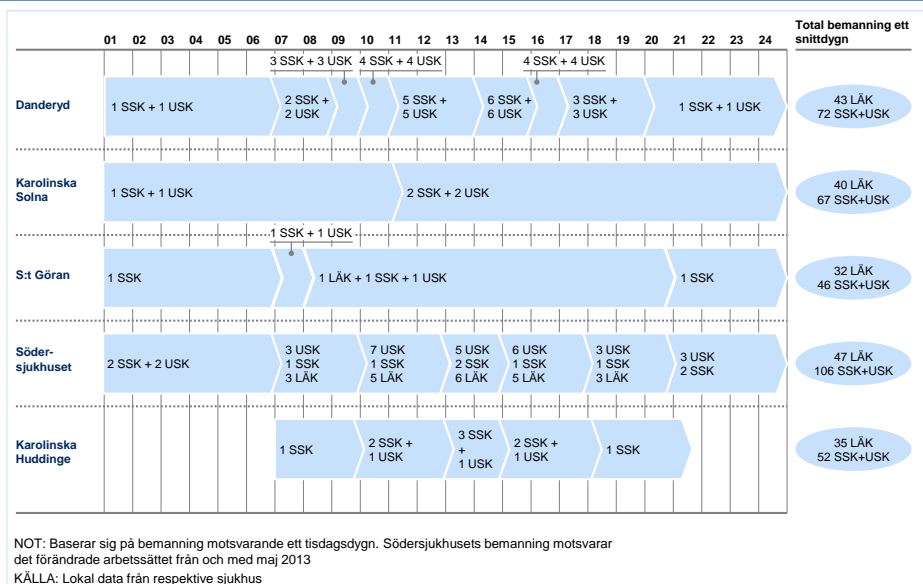
- **Triagesystemet RETTS respektive TEWS** används på Stockholms akutmottagningar. Danderyd, Södersjukhuset och Karolinska Solna/Huddinge använder RETTS, medan Capio S:t Görans akutmottagning sedan en tid tillbaka arbetar med TEWS. Båda systemen baserar sig på patientens vitalparametrar, där RETTS är anpassat för att användas av sjuksköterskor som med hjälp av ett beslutsunderlag ringar in patientens besvär på en detaljerad nivå, medan TEWS i första hand är avsett för team-triage med läkare involverad. Båda systemen prioriterar alla patienterna på akutmottagningen avseende akut medicinskt behov. Den avgörande skillnaden mellan akutmottagningarnas arbetssätt är inte systemet i sig, utan huruvida läkare deltar i den initiala bedömningen av patientens tillstånd.

Bild 17 – Triagesystemen TEWS och RETTS



- **Bemanning av inre triage** organiseras mycket olika mellan akutmottagningarna. På Danderyds akutmottagning bemannas triaget av dedikerade sjuksköterskor, som arbetar med att triagera samtliga patienter som kommer till akutmottagningen. Flera av akutmottagningarna, t ex Karolinska i Solna, alternerar mellan ett liknande sjuksköterskelett system och att vid kapacitet slussa patienten direkt till läkarteam som gör en första bedömning av patienter. Södersjukhuset har i maj 2013 övergått från sköterskelett triage till triage i läkarteam, där patienten tidigt får en första bedömning av läkare. Capio S:t Görans medicinska arbetar helt med läkarlett triage för medicinpatienter, medan kirurgi och ortopedi har triage med sjuksköterskor.

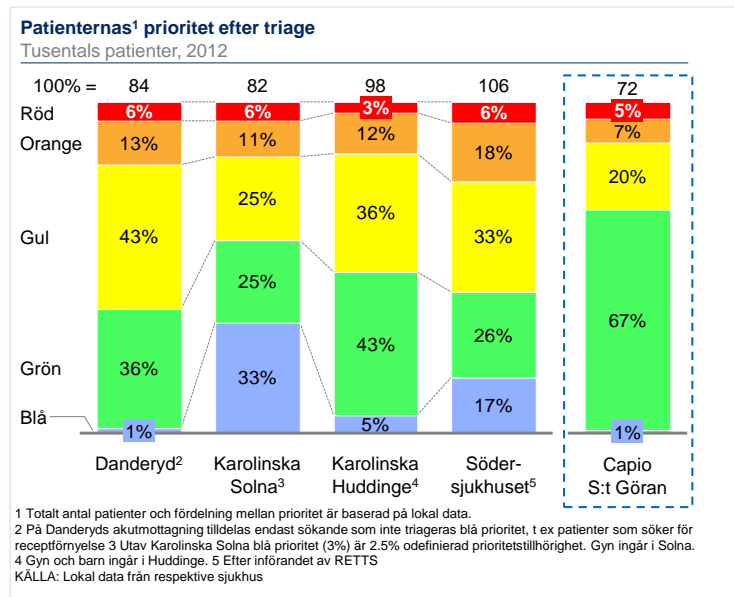
Bild 18 – Bemanning av inre triage



- **Prioritetsfördelning** av patienterna i det inre triaget skiljer sig också åt mellan akutmottagningarna. Oavsett triagesystem tar akutmottagningen emot omkring 5 %

högprioriterade eller röda patienter och en relativ jämn andel orange patienter med näst högsta prioritet. Däremot finns stora skillnader i hur de lägre patienterna prioriteras; för de akutmottagningar som arbetar med RETTS skiljer andelen blå, gröna och gula patienter kraftigt. Delar av detta drivs av skillnader i patientunderlaget; t ex tar lättakuten på Karolinska i Huddinge hand om majoriteten av patienter som skulle fått blå prioritet och på Karolinska i Solna gör öron-näsa-hals-mottagningen att andelen blå patienter är hög. Skillnaden i prioritet är dock så stor att det även måste avspegla skillnader i arbetssätt.

Bild 19 – Prioritetsfördelning av patienter i inre triage



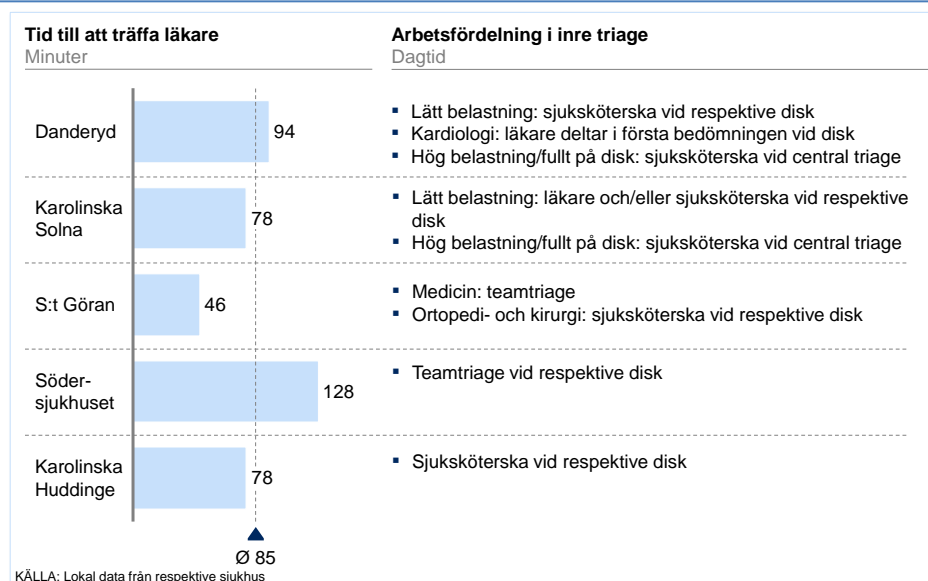
Det är många faktorer kring arbetssätt för registrering och triage som påverkar akutmottagningens effektivitet och patientbemötande, och akutmottagningens situation vad gäller lokaler och bemanning är avgörande för val av arbetssätt. Några gemensamma rekommendationer kan dock sammanfattas

- Akutmottagningarna är överens om att ett arbetssätt där läkare är delaktiga i triagearbetet bidrar till snabbare handläggning och bättre flöde genom akutmottagningen. Sjuksköterskelett triage kan utgöra en flaskhals i systemet då samtliga patienter måste passera genom triaget som blir resurskrävande och långsamt
- Det finns en korrelation mellan arbetssätt/triagesystem och tid till att träffa läkare, där teamtriage med läkare direkt leder till att patienten snabbare får träffa en läkare. Undersökningar visar att patienten upplever väntetider på upp till en timme för att få träffa läkare som acceptabelt, samt att en tidig bedömning av patientens tillstånd bidrar till att patienter anser väntetiden acceptabel (se bild 65 i appendix). Arbetssätt med tidigt läkarbemötande bidrar därmed till en bättre patientupplevelse
- Bemanning av yttre triage med sjuksköterskor är att föredra, men under nattetid och vid lägre belastning är bemanning med undersköterskor tillfredställande. Samarbete

med SLSO fungerar väl för de akutmottagningar som arbetar i direkt anslutning till en lättakut

- I den mån lokalerna tillåter, föredrar akutmottagningarna rymliga väntrum och tydlig fördelning av patienter i yttre och inre väntrum, där patienten befinner sig i närhet till nästa instans och lätt kan hållas under uppsikt av personal.
- Andelen patienter med röd prioritet är relativt jämn oberoende av triagesystem och arbetssätt, medan mindre akuta patienter prioriteras mycket olika mellan akutmottagningarna. Detta beror delvis på akutmottagningarnas utbud och organisation, men utgör också ett område där Stockholms patienter, trots ett standardiserat system på alla akutmottagningar, hanteras olika på respektive akutmottagning. Detta utgör en tydlig möjlighet till större likriktning av arbetssätt, framför allt inom ramen för de akutmottagningar som arbetar med RETTS

Bild 20 – Triagesystem och tid till att träffa läkare



Behandlingskontakt

Efter triage väntar patientens behandlingskontakt. Här genomgår patienten bedömning, diagnostik och/eller behandling. Alla akutmottagningarna arbetar med vårdlag, läkarteam eller moduler där läkare och sjuksköterskor tillsammans tar hand om patienten och organiserar arbetet i diskar, flöden eller sektioner som tar hand om olika patientgrupper.

Den enskilt största skillnaden mellan akutmottagningarna är organisationen i diskar, flöden eller sektioner, som varierar starkt mellan sjukhusen. Detta är delvis en följd av sjukhusens utbud, där t ex öron-näsa-hals som egen specialitet endast finns hos Solna, Södersjukhuset och Huddinge, men också en fråga om organisation då t ex kardiologi eller infektion hanteras vid samtliga akutmottagningar, men inte alltid som egen sektion eller disk. Karolinska i Solna respektive Huddinge har den högsta graden av subspecialisering, vilket reflekterar universitetssjukhusets specialiserade verksamhet men inte nödvändigtvis innebär den mest ändamålsenliga organisationen av

akutmottagningens verksamhet. På Södersjukhuset och på Karolinska i Solna finns ett akutläkarflöde, där särskilda akutläkare hanterar såväl medicinska som kirurgiska patienter.

Bild 21 – Organisation av diskar, flöden eller sektioner

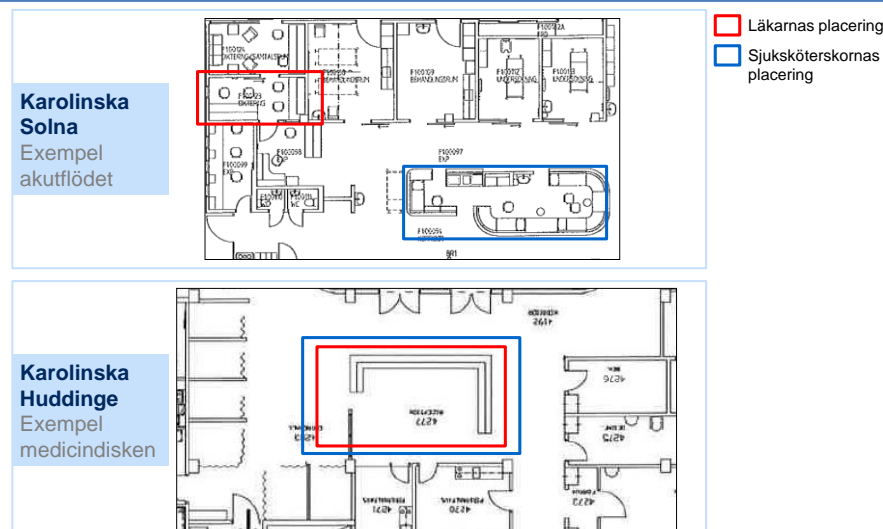
	Danderyd	Karolinska Solna	S:t Göran	Söder-sjukhuset	Karolinska Huddinge	
Ortopedi						= Egen disk
Kirurgi						= Del av annan disk
Medicin						= Del av akutläkarflödet
Kardiologi						
Neurologi						
ÖNH						
Infektion						
Onkologi						

KÄLLA: Intervjuer

Utöver organisationen i diskar pekar genomlysningen på fyra områden med stora strukturella skillnader mellan akutmottagningarna:

- **Struktur av vårdlag.** Ett vårdlag består vanligtvis av en läkare och en eller flera sjuksköterskor/undersköterskor. Personalen i ett vårdlag har i allmänhet samma arbetstider och arbetar tillsammans hela passet. Första kontakten med patienten sker gemensamt och därefter delar vårdlaget upp fortsatt arbete emellan sig. Strukturen varierar något mellan sjukhusen. Medicindisken på Capio S:t Göran arbetar till exempel med personal i vårdlag enligt ovanstående modell. Akutflödet på Karolinska Solna arbetar istället med en specialist, två underläkare och två sjuksköterskor tillsammans i en så kallad modul

Bild 22 – Placering av vårdlag; exempel från Karolinska i Solna/Huddinge

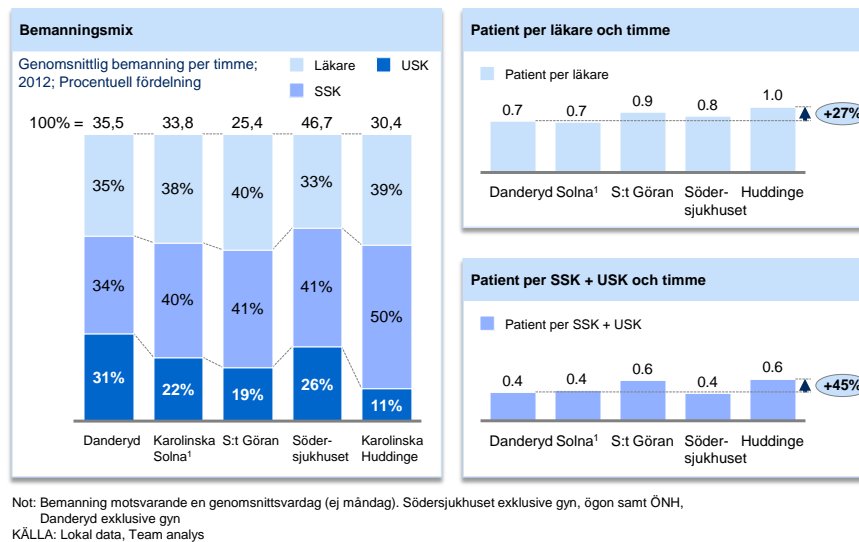


- **Fördelning av nya patienter.** Patienter fördelas antingen direkt till olika läkare/vårdlag eller placeras i en central pool vid respektive disk i väntan på ledig läkare/vårdlag. På Danderyd delas patienten till exempel direkt ut till ett vårdlag, medan medicindisken på Huddinge har en central pool med patienter som hämtas upp av vårdlag när de får kapacitet
- **Förekomst av ledningssjuksköterska.** Ledningssjuksköterskan har ett övergripande ansvar för flödet vid respektive disk, och koordinerar arbetet för hela disken. Danderyd arbetar helt utan ledningssjuksköterskor på respektive sektion, men har en ledningssköterska för hela akutmottagningen som arbetar från reception och yttre triage, medan t ex akutflödet på Södersjukhuset har en koordinator för det individuella flödet
- **Förekomst av ledningsläkare.** Som alternativ till ledningssjuksköterska arbetar vissa verksamheter med ledningsläkare. Ledningsläkarens uppgifter är dels att övervaka inflödet och identifiera patienter som snabbt behöver tas om hand, men även att fungera som konsult åt övriga vårdlag på respektive disk och åt övriga akuten. Kirurgidisken på Huddinge har t ex en ledningsläkare som sitter tillsammans med ledningssjuksköterskan och är konsult åt vårdlagen och andra diskar, samt assisterar vid larm. På kirurgidisken på t ex Danderyd finns motsvarande roll inte lika tydligt definierad.

Akutmottagningarnas bemanning skiljer sig också mellan sjukhusen.

- **Förekomst av akutläkare.** Akutläkare/särskilt anställda medicinläkare används på Karolinska Solna, Södersjukhuset och Karolinska Huddinge. Solnas akutklinik har anställda akutläkare som bemannar medicin- och kirurgiflödena. Södersjukhusets akutsektion har anställda akutläkare som bemannar ortopedi- och kirurgiflödena. Huddinges akutklinik har specialister i internmedicin anställda som ansvarar för cirka 40 % av medicindiskens läkarbehov
- **Vidareutbildade sjuksköterskor.** Ett fåtal sjuksköterskor vid respektive akutmottagning har läst en magisterutbildning i akutsjukvård. Varje år vidareutbildas några sjuksköterskor per akutmottagning. Sköterskorna får under utbildningen behålla sin lön men går ned i arbetstid med 20 %
- **Kompetensmix.** Andelen läkare är cirka 30-40 % av den totala bemanningen vid akutmottagningarna. Mixen mellan sjuksköterskor och undersköterskor varierar stort mellan sjukhusen; Danderyd har en hög andel undersköterskor, Karolinska Huddinge har en hög andel sjuksköterskor. Verksamheter med en hög andel läkare ser också ut att arbeta relativt sett effektivt, både Capio S:t Göran och Huddinge, som har en hög andel läkare i personalen, ser fler patienter per arbetad timme än övriga sjukhus både vad gäller läkare och omvårdnadspersonal

Bild 23 – Bemanningsstruktur och patienter per läkare/omvårdnadspersonal



- **Bemanningsanpassning efter patientinflödet.** Samtliga sjukhus har en bemanning som är relativt väl anpassad efter inflödet av patienter, och arbetar kontinuerligt med att optimera detta (se bild 66 i appendix).

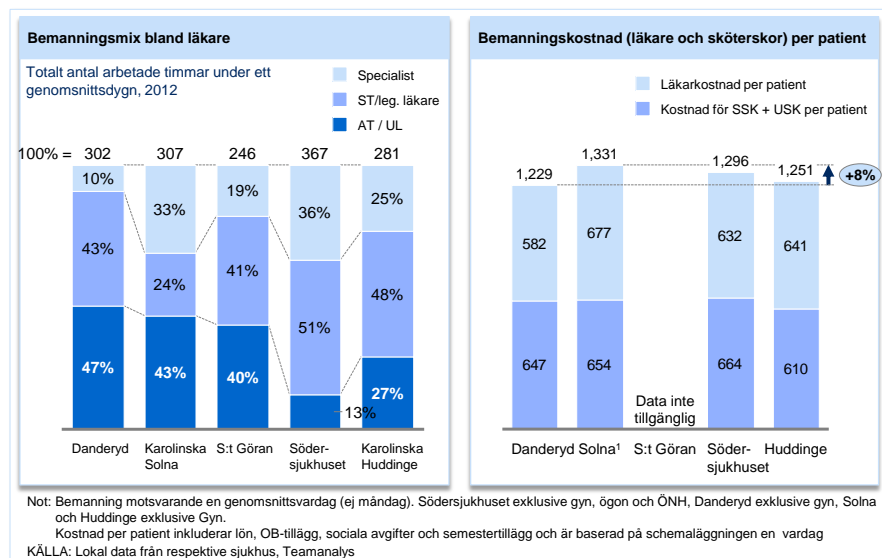
Liksom vid registrering och triage kan olika arbetssätt fungera olika väl beroende på akutmottagningens situation, men några gemensamma slutsatser kan dras

- Vårdlag som arbetar gemensamt och sitter tillsammans är att föredra framför uppdelning av arbetsuppgifter och separerade platser
- Det finns såväl för- som nackdelar med olika metoder för att fördela ut nya patienter till vårdlag. Om akutmottagningen lyckas med ett 'dragande' system är central kö att föredra, men det ställer höga krav på kultur och samarbete inom hela akutmottagningen
- Uppdelning av patientflödet i diskar eller sektioner är nödvändigt för hantera flödet, men en alltför granulär specialisering skapar hinder för effektivt resursutnyttjande och lastbalansering inom akutmottagningen. För att effektivt jämna ut flödet och flexibelt bemanna verksamheten bör antalet diskar begränsas till mellan två och fem beroende på akutmottagningens utbud och kompetens.
- Ledningssjuksköterska för hela verksamheten är en mycket krävande roll. En ledningssjuksköterska eller ledningsläkare för respektive disk eller flöde fungerar mycket väl där det förekommer, och säkerställer god koordination och uppsikt över patienterna
- Vidareutbildade sjuksköterskor är något som samtliga akutmottagningar uppskattar och eftersträvar, och som bör utökas – för att öka kompetensen men framför allt för att skapa karriärvägar och möjlighet till utveckling för akutsjuksköterskor
- Förekomst av akutläkare är mycket omdebatterat. De sjukhus som arbetar med akutläkare är mycket nöjda med systemet, samtidigt som det över tid finns en

utmaning i att behålla eftertraktade dubbelspecialister i den krävande rollen som läkare som endast arbetar inom akutkliniken. Egna resurser tycker samtliga akutmottagningar är bra, samtidigt som inlånade läkare är ett bra sätt att engagera sjukhusets andra kliniker i akutmottagningens verksamhet. Däremot utgör ett alltför stort antal läkare som deltar i akutverksamheten ett problem för dagens flödes- och processorienterade arbetssätt, där läkare som arbetar i verksamheten behöver känna till och vara med och utveckla verksamhetens rutiner. Om läkare endast tjänstgör på akuten enstaka arbetspass blir det svårt att bidra till effektivt arbete och utveckling av verksamheten

- De akutmottagningar som har kortast väntetid har en förhållandevis stor andel läkare i bemanningen. Stor andel läkare är dock inte direkt korrelerat med antal patienter som varje läkare hanterar per timme, vilket är ett bättre effektivitetsmått. Bemanningskostnad per patient är inte direkt koordinerad med personalens sammansättning; Karolinska i Huddinge, som arbetar med hög andel läkare varav många specialister och stor andel sjuksköterskor bland omvårdnadspersonalen, har relativt sett låg bemanningskostnad per patient. I Huddinges fall bidrar erfaren specialistutbildad personal till att många patienter hanteras per timme.

Bild 24 – Bemanningskostnad per akutmottagning



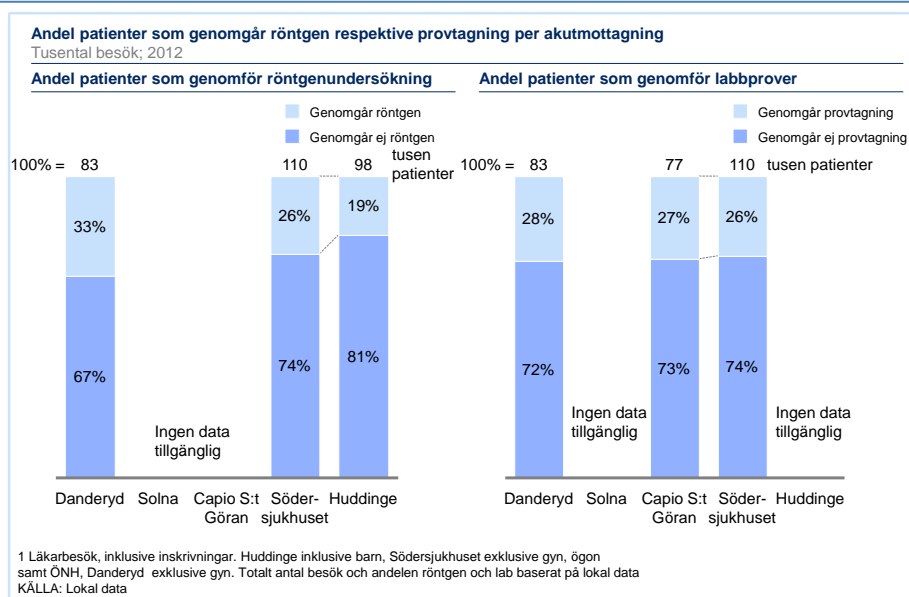
Diagnostik

Utbudet av extern diagnostik varierar i mycket liten utsträckning mellan akutmottagningarna. Det är framför allt tillgången till dedikerad slätröntgen inom akutmottagningens egen verksamhet som skiljer sig mellan sjukhusen

- **Lokal labdiagnostik** utgörs av de laboratorieanalyser som genomförs på akutmottagningen. Samtliga sjukhus analyserar t.ex. CRP, blodgas, glukos, urinstickor och Strep A lokalt. Hb analyseras inte lokalt på Karolinska då tillförlitligheten på resultatet varit låg, medan övriga akutmottagningar fortsatt arbetar med dessa analyser lokalt.

- **Central labdiagnostik** utgörs av sjukhusets centrala laboratorium på uppdrag av akutmottagningen. Det centrala laboratoriet är öppet dygnet runt på samtliga sjukhus, och samarbetet fungerar väl. Några akutmottagningar, bland annat Karolinska i Solna, arbetar med rörpost till lab. Svarstider upplevs som rimliga och stabila för samtliga sjukhus
- **Bilddiagnostik** utgörs framför allt av skiktröntgen, datortomografi och ultraljud som kan utföras akut på samtliga sjukhus. Diagnostiken genomförs i regel i samarbete med sjukhusens röntgenkliniker, i nära anslutning till akutmottagningens verksamhet. Undersökningar beställda nattetid prioriteras något hårdare och kan ibland komma att utföras först på morgonen/förmiddagen efter. Capio S:t Göran är den enda akutmottagning som har tillgång till slätröntgenutrustning lokalt på akutmottagningen, med en maskin placerad inom akutmottagningen. Denna utgör en mycket värdefull resurs för akutmottagningen och har mycket hög användning. Capio S:t Görans övriga bilddiagnostik utförs i anslutning till akutmottagningen men i röntgenverksamhetens regi.

Bild 25 – Andel patienter som genomgår diagnostik

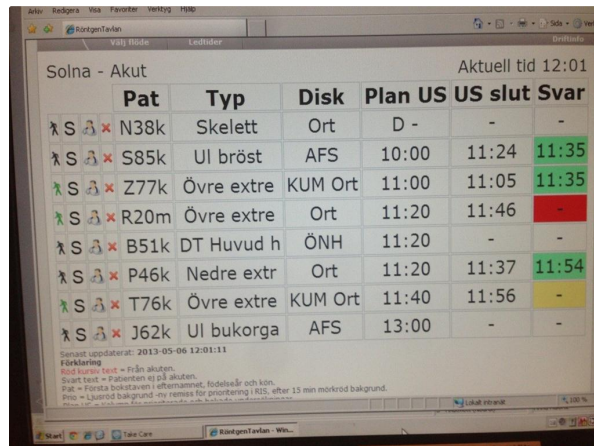


Andel patienter som genomgår röntgen varierar mellan 19 och 33 % för de akutmottagningar som kan redovisa data (Danderyd, Södersjukhuset och Karolinska i Huddinge), vilket är relativt mycket då mottagningarna har likartade patientunderlag. Danderyds akutmottagning, som använder mest röntgen, är den akutmottagning som arbetar med mest junior läkarkår, men ett kausalt samband mellan läkarbemanning och röntgenanvändning kan inte fastställas. Omkring 26-28% av patienterna genomgår provtagning; variationen är mycket mindre än för bilddiagnostiken.

Samtliga akutmottagningar upplever att diagnostiken fungerar relativt bra, men att bilddiagnostik utgör en stor flaskhals i arbetet. En vanlig slätröntgen har väntetider omkring 1 timme (från remiss till undersökning) och en patient som behöver genomgå datortomografi lämnar i princip aldrig akutmottagningen inom 5-6 timmar.

Det finns goda exempel på arbete som underlättar logistiken kring röntgen av akutens patienter. Karolinska i Solna arbetar med ett IT-verktyg som kallas för Röntgentavlan, där röntgenundersökningar som beställs från akuten registreras på röntgenkliniken. Röntgenpersonalen uppdaterar därefter den så kallade Röntgentavlan med information om de patienter som skall undersökas – om de behöver transport, när beräknad tid för undersökning är osv. Vaktmästare och transporttjänst följer röntgentavlan och transporterar patienterna i god tid inför undersökning. Detta underlättar logistiken och minimerar flaskhalsar i hanteringen av röntgendiagnostiken.

Bild 26 – Röntgentavlan vid Karolinska i Solna



Solna - Akut						
Aktuell tid 12:01						
Pat	Typ	Disk	Plan	US	US slut	Svar
N38k	Skelett	Ort	D -	-	-	-
S85k	UI bröst	AFS	10:00	11:24	11:35	
Z77k	Övre extre	KUM Ort	11:00	11:05	11:35	
R20m	Övre extre	Ort	11:20	11:46	-	
B51k	DT Huvud h	ÖNH	11:20	-	-	
P46k	Nedre extr	Ort	11:20	11:37	11:54	
T76k	Övre extre	KUM Ort	11:40	11:56	-	
J62k	UI bukorga	AFS	13:00	-	-	

Då akutmottagningarna inte själva direkt påverkar organisation och upplägg för den externa diagnostiken, har genomlysningen inte gått på djupet kring förbättringsområden för det diagnostiska arbetet. Det kan dock konstateras att samtliga akutmottagningar känner frustration över den flaskhals som uppstår i samband med röntgen och övrig bilddiagnostik, medan laboratoriemedicinen upplevs fungera relativt väl. Samarbetet med bilddiagnostik utgör ett arbetsområde med potential att ytterligare avlasta akutmottagningarnas verksamhet. Arbetet med genomlysning och åtgärdsplan för detta samarbete bör ske i samverkan mellan akutmottagningar och sjukhusens röntgenkliniker.

Utflöde

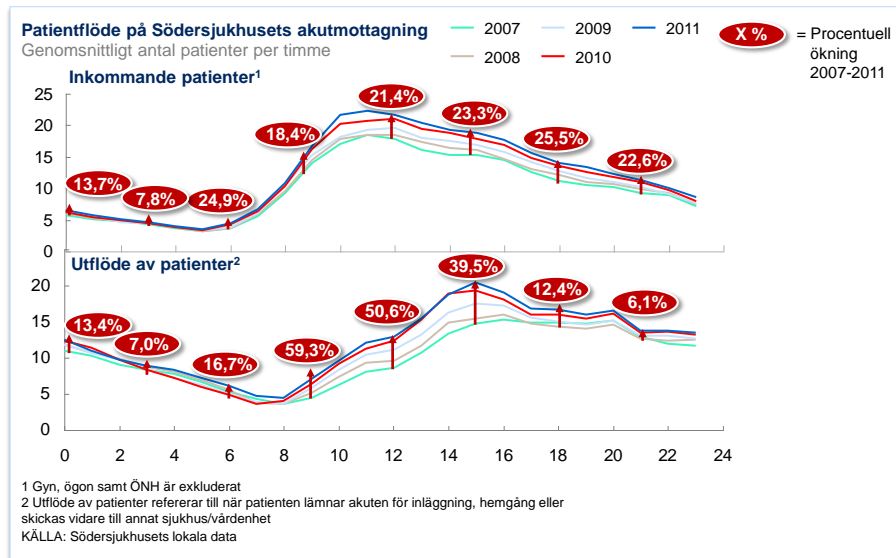
När patientens akutbesök är avslutat skrivs patienten ut från akutens verksamhet, antingen till hemgång eller till fortsatt i vård på vårdavdelning inom akutsjukhuset eller inom annan vårdinstans, t ex en vårdplats på geriatrikenhet.

Tillgång på lediga vårdplatser har lyfts fram som det absolut största problemet på samtliga akutmottagningar. Bristen på vårdplatser leder till att patienter i många fall blir kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats, där de fyller platser och kräver både övervakning och i många fall vidare behandling. För att lämna plats för diagnostik och behandling av nyinkomna patienter får patienter i väntan på vårdplats ofta vänta på en hård brits i korridor eller annat tillgängligt utrymme, ibland utan mat och bekvämligheter.

Ett tydligt tecken på att utflödet av patienter från akutmottagningen inte fungerar tillfredsställande är skillnaden mellan hur inflödet och utflödet från akutmottagningen har

förändrats under perioden 2007-2012. Medan inflödet av patienter ökar relativt jämnt över dygnet, något lägre under natten, ökar utflödet av patienter med en mycket mer ojämn fördelning; det är framför allt mellan kl 9 och 16 som patienter har möjlighet att lämna akutmottagningen. Den huvudsakliga orsaken till detta är tillgången på vårdplatser; det är under kontorstid som patienter skrivs ut från sjukhusets vårdavdelningar och därmed frigör vårdplatser för inkommande patienter.

Bild 27 – Ökning av patientflödet på Södersjukhusets akutmottagning



Tillgången på vårdplatser för inskrivning av akuta patienter är en sjukhus- och landstingsövergripande fråga som berörs i många forum. Det finns dock åtgärder för att öka tillgängligheten på befintliga vårdplatser

- Väl fungerande fördelning av vårdplatser mellan sjukhusets olika behov samt tydliga riktlinjer för vårdavdelningars uppdrag vad gäller akuta patienter
- Arbete med tidig utskrivning och snabb omställning för att öka tillgängligheten på befintliga vårdplatser
- Användning av platser på akutvårdsavdelning (AVA) på bästa sätt
- Gott samarbete med geriatriska vårdenheter

Fördelning av vårdplatser

Samtliga sjukhus utom Capio S:t Görän använder sig av vårdplatskoordinatorer för att fördela vårdplatser på sjukhusets avdelningar. När en patient behöver vårdplats kontaktar läkaren vårdplatskoordinatorn, som i sin tur hittar en plats åt patienten. Sjuksköterska på tilldelad avdelning kontaktar sedan läkaren för rapport och överföring av patienten. Detta system fungerar inte alltid bra, arbetet som vårdplatskoordinator är krävande, innebär ett stort antal manuella kontakter mellan akutmottagning och vårdavdelning och upplevs ofta otacksamt. Med rätt person i rollen upplevs systemet trots vissa brister som den bästa lösningen för fördelning av vårdplatser.

Capio S:t Görans sjukhus arbetar istället med en uppdaterad digital vårdplatsöversikt. Systemet, som kallas bedlog, uppdateras automatiskt när patienten skrivs in/ut i journalsystemet och lediga platser indikeras med grön färg. Neutral färg berättar att det är fullt på avdelning och röd färg att det är överfullt. Detta system fungerar mycket bra när det finns platser, mindre bra när det är ont om platser. Den centrala skillnaden mellan arbetssätten handlar inte om IT-verktyget som sådant utan om kulturen kring verktygets användning. Motsvarande funktion finns tillgänglig i TakeCare, men funktionen används inte på det sätt den skulle kunna göra och informationen blir därför inte tillförlitlig. Akutmottagningarna upplever ibland att vårdavdelningarna bevakar och skyddar sina platser, vilket skapar ytterligare behov av manuell koordinering av vårdplatser.

Bild 28 – Exempel från bedlog, Capio S:t Görans sjukhus

PlanPage

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052

1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

1061

1062

1063

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075

1076

1077

1078

1079

1080

1081

1082

1083

1084

1085

1086

1087

1088

1089

1090

1091

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1100

1101

1102

1103

1104

1105

1106

1107

1108

1109

1110

1111

1112

1113

1114

1115

1116

1117

1118

1119

1120

1121

1122

1123

1124

1125

1126

1127

1128

1129

1130

1131

1132

1133

1134

1135

1136

1137

1138

1139

1140

1141

1142

1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155

1156

1157

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

1206

1207

1208

1209

1210

1211

1212

1213

1214

1215

1216

1217

1218

1219

1220

1221

1222

1223

1224

1225

1226

1227

1228

1229

1230

1231

1232

1233

1234

1235

1236

1237

1238

1239

1240

1241

1242

1243

1244

1245

1246

1247

1248

1249

1250

1251

1252

1253

1254

1255

1256

1257

1258

1259

1260

1261

1262

1263

1264

1265

1266

1267

1268

1269

1270

1271

1272

1273

1274

1275

1276

1277

1278

1279

1280

1281

1282

1283

1284

1285

1286

1287

1288

1289

1290

1291

1292

1293

1294

1295

1296

1297

1298

1299

1300

1301

1302

1303

1304

1305

1306

1307

1308

1309

1310

1311

1312

1313

1314

1315

1316

1317

1318

1319

1320

1321

1322

1323

1324

1325

1326

1327

1328

1329

1330

1331

1332

1333

1334

1335

1336

1337

1338

1339

1340

1341

1342

1343

1344

1345

1346

1347

1348

1349

1350

1351

1352

1353

1354

1355

1356

1357

1358

1359

1360

1361

1362

1363

1364

1365

1366

1367

1368

1369

1370

1371

1372

1373

1374

1375

1376

1377

1378

1379

1380

1381

1382

1383

1384

1385

1386

1387

1388

1389

1390

1391

1392

1393

1394

1395

1396

1397

1398

1399

1400

1401

1402

1403

1404

1405

1406

1407

1408

1409

1410

1411

1412

1413

1414

1415

1416

1417

1418

1419

1420

1421

1422

1423

1424

1425

1426

1427

1428

1429

1430

1431

1432

1433

1434

1435

1436

1437

1438

1439

1440

1441

1442

1443

1444

1445

1446

1447

1448

1449

1450

1451

1452

1453

1454

1455

1456

1457

1458

1459

1460

1461

1462

1463

1464

1465

1466

1467

1468

1469

1470

1471

1472

1473

1474

1475

1476

1477

1478

1479

1480

1481

1482

1483

1484

1485

1486

1487

1488

1489

1490

1491

1492

1493

1494

1495

1496

1497

1498

1499

1500

1501

1502

Tidig utskrivning och snabb omställning ökar tillgängligheten på befintliga vårdplatser

Samtliga sjukhus har en mycket hög beläggingsgrad på sina vårdplatser. För att frigöra en plats på vårdavdelning och möjliggöra att avdelning tar emot en patient från akutmottagningen krävs i regel att en tidigare patient lämnar platsen och skrivs ut från sjukhuset. Idag skrivs en stor del av patienter ut under dagtid, ofta efter att avdelningen har rondats, vilket innebär att platsen inte blir tillgänglig förrän framåt eftermiddagen. För att öka tillgängligheten på sjukhusets vårdplatser och underlätta patientflödet genom hela sjukhuset behöver sjukhusen aktivt arbeta med att öka omsättningen av patienter på vårdavdelningarna, genom att möjliggöra utskrivning tidigare under dagen, men också efter kl 16.

Vårdplatser på akutvårdsavdelning (AVA)

Så kallade akutvårdplatser är avsedda för korttidsvård av akuta patienter med utskrivning inom 1-2 dygn, och har ofta en något lägre vårdnivå än sjukhusets övriga vårdplatser. Det är ett kostnadseffektivt sätt att vårda akuta patienter med lägre vårdbehov än patienter med längre vårdtider, och bidrar också till att hålla vårdtiden nere. För att fungera väl skall platserna ha hög omsättning och användas till just akuta patienter som behöver övervakning i 1-2 dygn.

Sjukhusen har organiserat sina vårdplatser för akutpatienter på mycket olika sätt. Danderyd har inga vårdplatser på akutvårdsavdelning (AVA) medan Huddinge har ett mycket stort antal AVA-platser i förhållande till patientinflödet.

Bild 29 – Vårdplatser på akutvårdsavdelning, Stockholms akutmottagningar

Akutvårdsavdelningar tillhörande akutklinikerna vid respektive sjukhus				
	Observationsenhet	Generell akutvårds- avdelning	Specialiserad akutvårdsavdelning	Totalt antal platser
Danderyd	Nej	Nej	Nej	0
Solna	Nej	Ja, 2 stycken ¹	Nej	36
S:t Göran	Nej	Ja	Nej	12
Söder- sjukhuset	Ja	Nej	Nej	10
Huddinge	Nej	Nej	Ja, medicinsk AVA + kirurgisk AVA	35 + 36

1 Inkluderar 5 stycken intermedieärvårdsplatser
KÄLLA: Intervjuer

Inläggning på geriatrisk vårdenhhet

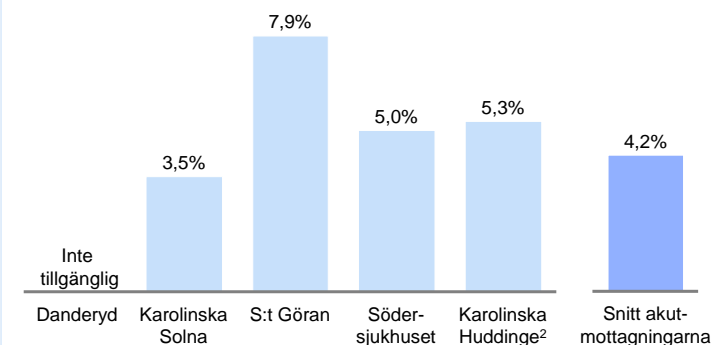
En stor del av de äldre patienter som kommer till akutmottagningen har ett behov av fortsatt vård, antingen på en av sjukhusets vårdavdelningar eller på en geriatrisk vårdenhhet med särskild kompetens att vårda äldre, sköra patienter med längre rehabiliteringstid från en akut åkomma. Dialogen mellan akutmottagningarna och de geriatriska enheterna varierar. Flera akutmottagningar upplever att de geriatriska enheterna ställer mycket höga krav på avancerad utredning av patienterna med bland annat lungröntgen innan de accepteras på vårdenhhet. Detta försvårar direkt inläggning från akutmottagningen eller leder till att äldre sköra patienter tillbringar lång tid på akutmottagningen.

Capio S:t Görans akutmottagning har utvecklat en god dialog och samverkansrutin med flera geriatriska enheter, där man preciserat en tydlig referensram för patientens parametrar inom ett antal diagnoser och tillstånd som kan vara aktuella för inläggning direkt från akutmottagning till geriatrik. Det förs även en aktiv dialog kring det motsatta flödet, där geriatriska enheter har möjlighet att direkt slussa patienter med större vårdbehov till vårdplatser på S:t Görans sjukhus. Resultatet av detta samarbete är tydligt; Capio S:t Göran har klart högst andel inläggningar direkt från akutmottagning till geriatrik och samarbetet med geriatriken fungerar mycket smidigt.

Bild 30 – Inläggningar på geriatrika enheter från respektive akutmottagning

Direktinläggningar på geriatrikavdelning från akutmottagningen per patient över 65 års ålder som läggs in

Procent; 2012



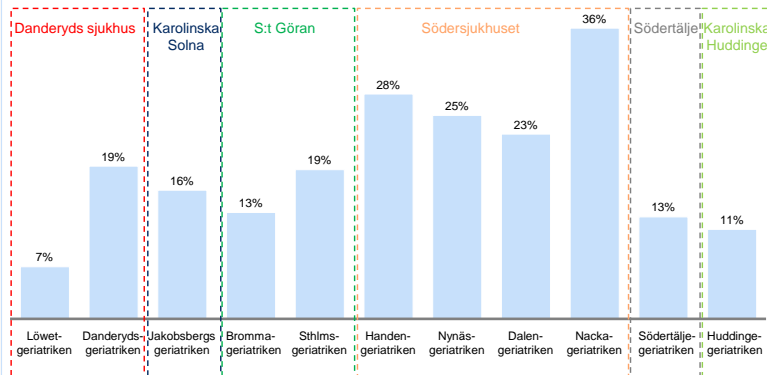
NOT: Besökare som hänvisas till geriatrik, beräknat som andel av samtliga patienter över 65 år som läggs in (baserat på VAL). Södersjukhuset exklusive gyn, ögon samt ÖNH, Danderyd exklusive gyn. Huddinges siffror inkluderar endast de patienter som läggs in på Huddinges geriatrikavdelningar. Data över de fåtal som skickas till andra geriatrikavdelningar saknas
KÄLLA: Lokal data, VAL

Geriatriska enheter tar också emot patienter direkt från hem eller serviceboenden. Också här är en aktiv dialog med akutmottagningen viktig som stöd till den geriatrika enheten. De geriatrika enheter som samarbetar mycket med Södersjukhuset tar emot en hög andel patienter direkt från hemmet.

Bild 31 – Inläggningar på geriatrika enheter direkt från hemmet

Andel av inläggningar på geriatrika enheter som tas in direkt från hemmet

Procent; 2012



Not: Rutat område beskriver de vanligaste flödena av geriatrika patienten
KÄLLA: HSF

4. Akutmottagningarnas utfall

4.1 Akutmottagningarnas resultat och kvalitet

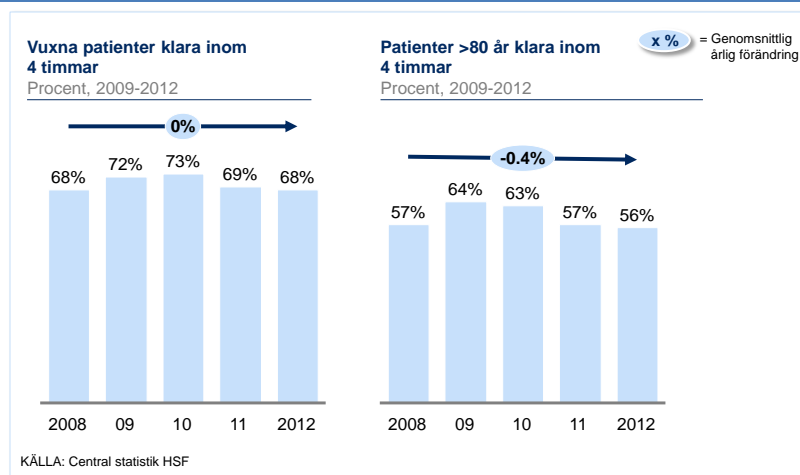
Akutmottagningarnas resultat och kvalitet är viktiga för att förstå vilken effekt det ökade inflödet av patienter har på respektive akutmottagning. Samtidigt är den akuta vårdens kvalitet och patientsäkerhet beroende av ett stort antal faktorer, varav inflöde av patienter endast utgör en del av akutmottagningens situation. Sambandet mellan akutmottagningarnas utfall och inflödet av patienter till akutmottagningarna är komplext, men det kan konstateras att inflödet av patienter till akutmottagningen spelar stor roll för verksamhetens förmåga och möjlighet att ge inkommande patienter ett gott omhändertagande.

Akutmottagningarna följs enligt vårdavtal med beställaren upp på sina väntetider, som också är kopplade till målrelaterad finansiell ersättning. Andra direkta kvalitetsindikatorer saknas i dagsläget. Väntetider är ett omdiskuterat mått på en akutmottagnings resultat då det inte tar direkt hänsyn till kvalitet eller utfall av omhändertagandet. Samtidigt utgör det ett internationellt etablerat mått för uppföljning av akutmottagningars verksamhet med stark koppling till kvalitet och patientsäkerhet.

Vård i rimlig tid

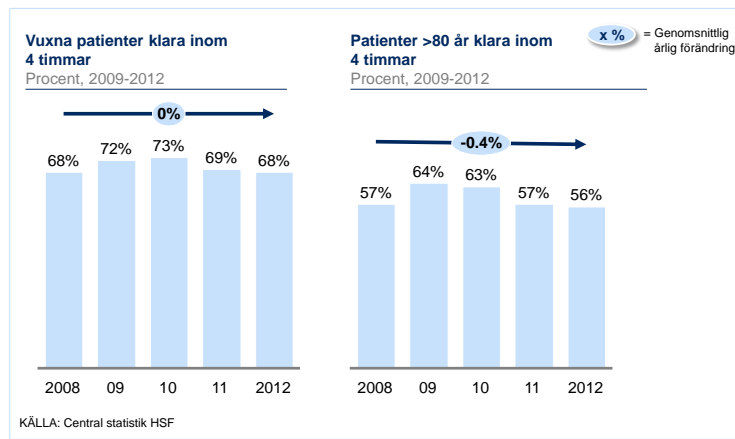
Akutsjukhusens akutmottagningar skall enligt avtalen med SLL tillhandahålla vård i rimlig tid, vilket 2012 innebär att vistelsetiden för patienter på akutmottagningen skall understiga 4 timmar för en miniminivå om 71 % av patienterna, med en målnivå om 79 %. Andelen patienter äldre än 80 år där vistelsetiden understiger 4 timmar redovisas separat.

Bild 32 – Andel patienter klara inom 4 timmar på alla Stockholms akutmottagningar



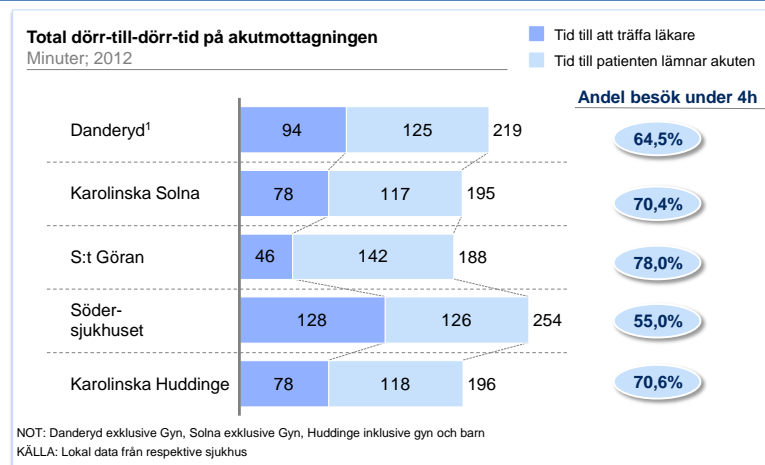
För Stockholm som helhet förbättrades andelen patienter som vid besök på akutmottagning var klara inom 4 timmar mellan 2008 och 2010, för att under 2011 och 2012 sjunka tillbaks mot 2008 års nivåer på 68 %. Av de enskilda akutmottagningarna är det endast Capio S:t Görans sjukhus som uppfyller målsättningen om att minst 71 % av vuxna patienter lämnar akuten inom 4 timmar, och ligger med 78 % nära landstingets målsättning om 79 %. Södersjukhuset ligger sämst till med en total siffra på 59 % för hela året, med en förbättring från 56 till 60 % mellan årets första och sista kvartal. När det gäller patienter över 80 år är situationen som väntat sämre, snittsiffran i landstinget är 56 % och fördelningen mellan sjukhusen ser ungefär likadan ut som för samtliga vuxna patienter.

Bild 33 – Andel patienter klara inom 4 timmar på respektive akutmottagning



Situationen återspeglas i patientens genomsnittliga tid på akuten, som inte redovisas centralt men följs lokalt av samtliga akutmottagningar. Dörr-till-dörr-tiden är kortast (188 minuter) på Capio S:t Görän och längst (254 minuter) på Södersjukhuset. Det finns också en tydlig koppling mellan total dörr-till-dörr-tid på akutmottagningen och tid till att först träffa läkare. En längre tid till att träffa läkare är tätt förknippat med lång total tid på akutmottagningen.

Bild 34 – Genomsnittlig tid på akutmottagningen (dörr-till-dörr-tid)

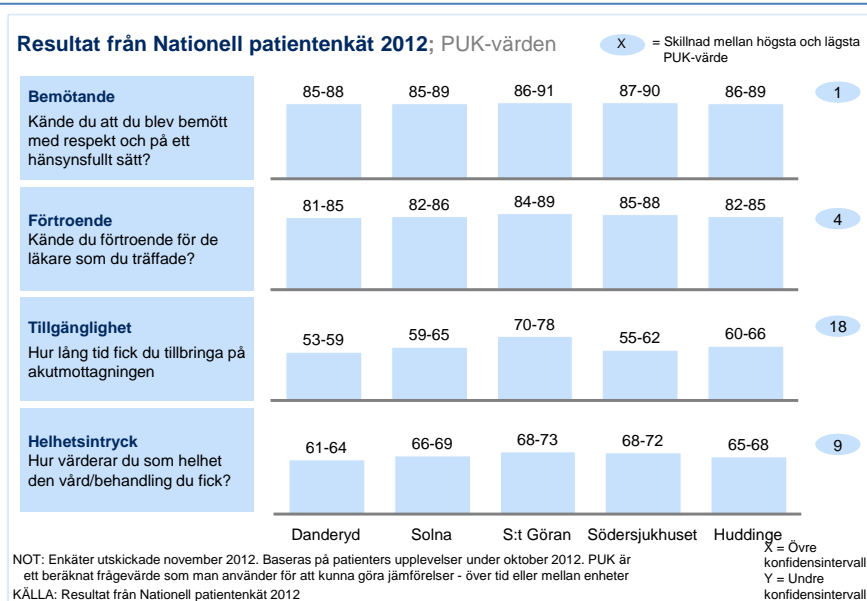


Patientens upplevelse av besök på akutmottagningen

Utöver väntetid följs inte sjukhusens akutmottagningar med några kvantitativa indikatorer. För att ge en bild av akutmottagningarnas resultat redovisas patientens upplevelse av besöket samt vid hur många tillfällen respektive sjukhus anmälts till landstingets patientnämnd. Dessa mått är inga tydliga eller etablerade kvalitetsmått, men utgör en indikation på hur vårdkvaliteten utvecklats under perioden.

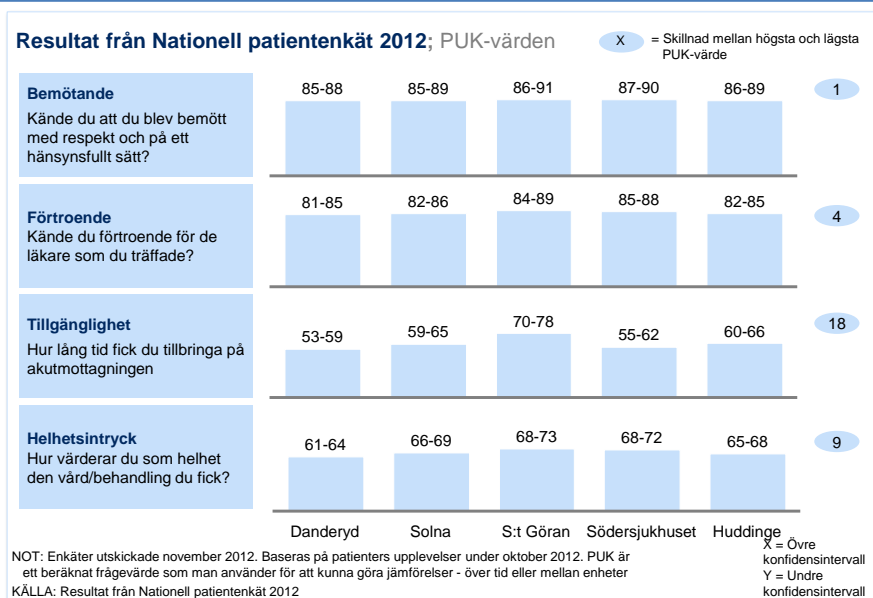
Nationell patientenkät från 2012 jämför bland annat bemötande, förtroende för läkare, tillgänglighet och helhetsintryck för de individuella akutmottagningarna i Stockholm. Vad gäller bemötande och förtroende för läkare finns inga avgörande skillnader mellan akutmottagningarna, medan tillgängligheten upplevs bäst på Capio S:t Görans akutmottagning och lägst på Danderyd respektive Södersjukhusets akutmottagning. Detta är i linje med akutmottagningarnas uppfyllelse av 4-timmarsmålet. Patienternas helhetsintryck av akutbesöket skiljer mindre, men också här ligger S:t Görans högst, och Danderyd har det sämsta utfallet. Övriga indikatorer i enkäten uppvisar mindre skillnader men följer samma mönster.

Bild 35 – Resultat från nationell patientenkät 2012



Akutmottagningarnas arbete följs också upp via patientnämnden, där patienter har möjlighet att göra en anmälan om något gått snett eller man är missnöjd med mottagandet på akuten. Antalet anmälningar till patientnämnden har sedan 2007 ökat kraftigt i hela Stockholm och de flesta anmälningar gäller vård och behandling. Det finns dock inget tydligt mönster för vilka akutmottagningar som fått flest anmälningar och det ökade inflödet; frekvensen anmälningar på Danderyd och Södersjukhuset, som har ökat inflödet mest och har längst väntetider, har varit mycket stabil under perioden. Akutmottagningen vid Karolinska i Huddinge ligger något högre, och Capio S:t Görans anmälningar ökade kraftigt 2012 från en låg bas.

Bild 36 – Anmälningar till patientnämnden per akutmottagning



Det finns ingen tydlig korrelation mellan de ökade volymerna vid Stockholms akutmottagningar och de kvalitetsmått som finns att tillgå. Vi kan dock konstatera att de akutmottagningar som ökar kraftigast (Danderyd och Södersjukhuset) också kämpar med sämst utfall i såväl väntetid som patientundersökningar, medan Capio S:t Görans akutmottagning trots en relativt hög tillväxt i antal patienter har lyckats bra med väntetider och patientnöjdhet. Däremot korrelerar inte antalet anmälningar till patientnämnden med motsvarande siffror.

4.2 Akutmottagningarnas ekonomi och produktivitet

Akutmottagningens organisation är beroende av de resurser som finns att tillgå. Arbetssätt som läkarlett triage, specialspår för särskilda patientgrupper och koordinerande ledningspersonal kräver dedikerade resurser som associeras med en kostnad. Det finns dock ingen tydlig korrelation mellan akutmottagningens kostnad per patient och de arbetssätt som används; många av de intuitivt dyra arbetssätten som stor andel specialistutbildade läkare eller hög andel sjuksköterskor i omvårdnadspersonalen kompenseras av att personalen hanterar fler patienter på kortare tid. Ett estimat av den totala bemannings- och totalkostnaden per patient på akutmottagningarna pekar på att den verksamhet som i dagsläget har lägst kostnad per patient både vad gäller total kostnad och bemanningskostnad är Capio S:t Görans sjukhus, medan Karolinska i Huddinge respektive Solna har landstingets högsta totala kostnad. Långa väntetider och konstant högt tryck på akutmottagningen associeras med ett mindre effektivt arbetssätt, som ser ut att driva kostnader mer än införande av till synes dyrare lösningar som underlättar arbetet.

För varje enskild förändring av organisation och arbetssätt finns behov av en djupare kalkyl av den ekonomiska effekten. De flesta förslag till förändringar som framkommit i

genomlysningen bör dock vara möjliga att genomföra utan någon större investering eller förändring av verksamhetens resurser.

Bild 37 – Akutmottagningarnas ekonomi och produktivitet

Kostnadsposter per sjukhus och patient					INDIKATIV
Kronor per patient, ungefärliga siffror; SEK; 201					
	Total kostnad	Personal-kostnad	Lokal-kostnad	Material-kostnad	Läkemedels-kostnad
Danderyd	~3600	1900	100	100	20
Karolinska Solna	~4000	1800	140	100	40
S:t Görans	~2700	1200	80	70	30
Söder-sjukhuset ³	~3700	1800	110	90	30
Karolinska Huddinge	4000	1700	130	80	30

NOT: Danderyds siffror exklusive Gyn och transporttjänst. Södersjukhuset siffror exklusive Transporttjänst, Gyn, Ögon samt ÖNH, men inklusive observationsenheten (10 vårdplatser från och med april 2012). Capio S:t Görans siffror exklusive IT-kostnader och AVA. Personalkostnader för läkare från andra kliniker är inkluderade på Danderyd, S:t Görans och Södersjukhuset, men saknas delvis på Karolinska Solna och Huddinge
KÄLLA: Lokal data från respektive sjukhus; Teamanalys

5. Summering och arbetsområden

Stockholms fem stora akutmottagningar arbetar relativt olika, både i det dagliga arbetet och med lösningar för att hantera det ökade inflödet av patienter. Detta drivs delvis av akutmottagningarnas olika förutsättningar vad gäller organisation och vårdutbud inom det sjukhus de tillhör, men också av akutmottagningens lokaler, organisation och bemanning. Inom ramen för dessa förutsättningar har respektive akutmottagning utvecklat individuella lösningar för arbetet med att omhänderta akuta patienter. Genomlysningen pekar på ett flertal exempel på goda lösningar som har möjlighet att förbättra akutmottagningarnas situation och ge bättre förutsättningar att hantera det ökande inflödet av patienter. En del av dessa kan implementeras inom de individuella akutmottagningarna, men många kräver samarbete inom en större del av akutsjukhuset eller inom större delar av landstinget.

Genomlysningen har samlat sju punkter för vidare arbete för vardera initiativtagare; sjukvårdssystemet som helhet, respektive akutsjukhus och de individuella akutmottagningarna.

5.1 Sju punkter för sjukvårdssystemet

Sjukvårdssystemet, med beställaren som initiativtagare, kan arbeta med sju arbetspunkter för att förbättra för Stockholms akutmottagningar

Bild 38 – Sju arbetspunkter för Stockholms sjukvårdssystem

1	Primärvård och information	▪ Primärvårdssystemets struktur (namn, öppettider, komposition) samt informationen kring alternativ till akutmottagningen
2	Bästa arbetssätt på alla akutmottagningar	▪ Facilitera likriktning mot bästa arbetssätt kring t ex triage och användning av specialspår
3	Attraktiva karriärvägar	▪ Skapa tydliga och långsiktiga karriärvägar inom akutmottagningarna för sköterskor och läkare
4	Vårdavtalens differentiering	▪ Utveckla akutmottagningarnas vårdavtal så att de bidrar till god utveckling av verksamheten
5	Samarbete mellan vårdinstanser	▪ Knyta när/lättakuter närmare akutmottagningarna ▪ Förtydliga riktlinjer kring mottagande inom geriatrik
6	Samarbete mellan beställaravdelningar	▪ Förbättra samarbetet mellan beställaravdelningar inom HSF för löpande dialog mellan verksamheter
7	Kompletterande granskning	▪ Komplettera med revision och journalgranskning kring orsaker bakom ökande besöksstillväxt i identifierade grupper

1. Primärvård och information

- Genomlysningen har inte specifikt berört utbud och tillgänglighet inom primärvården, men arbetet med akutmottagningarna pekar på ett tydligt behov av att stärka primärvårdens möjlighet att ta hand om akut sjuka patienter som inte behöver

akutsjukhusets resurser. Akutmottagningarna upplever att patienter har svårt att hitta rätt i systemet och vänder sig till akutmottagningen där man vet att man får hjälp också i fall där akutsjukhusets resurser inte är nödvändiga

- För att adressera detta behöver primärvårdens struktur vad gäller namn på tjänster, öppettider, komposition av vårdutbudet etc. bli tydligare, samtidigt som informationen kring dessa tjänster behöver förbättras. Tydlig samhällsinformation som hjälper patienten att hitta rätt väg i systemet kan bidra till att slussa patienter rätt i systemet. Vårdguiden spelar här en viktig roll, men det handlar också om praktisk information kring öppettider, telefonkontakt, tidsbokning och tillgänglighet
- Målsättningen bör vara att tillgodose medborgarnas behov och förväntningar på sjukvårdssystemet med ökad tillgänglighet och information där individen befinner sig vid den tidpunkt som behovet uppstår, samt att tillgodose kapacitet och tillgänglighet att inom primärvården till att ta emot akuta besök under stor del av dygnet. Primärvården behöver också ge god uppföljning av multisjuka patienter genom t ex hemsjukvård eller stöd med medicinsk kompetens för äldreboenden och vårdhem.

2. Bästa arbetssätt på alla akutmottagningar

- Genomlysningen lyfter fram ett stort antal områden där Stockholms akutmottagningar arbetar mycket olika. Det förekommer ofta fem olika arbetssätt för att lösa en och samma process; hur akutmottagningens triage är organiserat samt hur patienter prioriteras, hur sjukhuset valt att bemanna akutmottagningen, hur man arbetar med mottagande av specifika patientgrupper genom direktinläggningar eller specialspår etc.
- Akutmottagningarna har till viss del olika förutsättningar vad gäller organisation och tillgängliga vårdresurser, men skillnaderna i arbetssätt och resultat är alltför stora för att förklaras av dessa. I grunden har samtliga akutmottagningar samma uppdrag och patientunderlag. Inom flera av de områden där arbetssätt och organisation idag skiljer bör ett bästa gemensamt arbetssätt vara möjligt att identifiera, med målsättning att öka likabehandlingen av patienter inom Stockholm och öka kvalitet och patientsäkerhet
- Beställaren har här en viktig roll i att via vårdavtalen kravställa akutmottagningarna, men även i att facilitera kunskapsutbyte och framtagande av bästa arbetssätt. Vårdavtalen ger möjlighet till uppföljning av kvalitetsindikatorer som ger akutmottagningen incitament till bästa arbetssätt. De skulle utöver detta kunna precisera krav kring arbetssätt i större uträkning än idag. Genomlysningens metodik lyfter också fram ett arbetssätt för effektivt och värdefullt kunskapsutbyte mellan akutmottagningarna i Stockholm, vilket bör tas tillvara som en start på ett arbete för att gemensamt utveckla akutmottagningarnas verksamheter
- Konkret bör beställaren inleda arbetet med att adressera prioritering av patienter vid triage inom de akutmottagningar som använder RETTS. Beställaren bör facilitera ett arbete där akutmottagningarna gemensamt arbetar fram en bästa lösning och

likriktat arbetssätt för att säkerställa likabehandling och högsta möjliga patientsäkerhet på alla Stockholms akutmottagningar

- Som nästa steg bör en djupare analys genomföras kring akutmottagningarnas specialspår för utvalda patientgrupper, hur dessa bör utformas och vilka tillhörande riktlinjer för t ex ambulansprotokoll som skall användas i hela Stockholm. Beställaren bör i samband med detta överväga att införa krav på att specialspår ska förekomma inom ett visst antal områden i beställningen till akutsjukhusen.

3. Attraktiva karriärvägar

- Akutmottagningarna utgör en av de verksamheter inom Stockholms somatiska specialistvård som har högst personalomsättning. Ofta börjar juniora medarbetare på akuten, arbetar en period och söker sig sedan till andra delar av sjukhuset när de vill ta nästa steg i karriären. När kraven på akutmottagningen ökar, både som följd av ökat patientinflöde men också med nya processorienterade arbetssätt och avancerat omhändertagande inom öppenvården, ökar också behovet av personal med lång erfarenhet och bred kompetens
- För sjuksköterskor finns idag ingen specialistutbildning till akutsjuksköterska. Däremot finns en vidareutbildning på magisternivå. De sköterskor som genomgått denna är mycket uppskattade inom akutmottagningarnas verksamhet. Bland läkare utbildas ett fåtal dubbelspecialister inom medicin och kirurgi, så kallade akutläkare. Specialistutbildningen löper ca sju år och färdiga dubbelspecialister är mycket attraktiva inom stora delar av sjukhuset
- Beställaren bör arbeta för att skapa tydliga och långsiktiga karriärvägar och utvecklingsmöjligheter inom akutmottagningarnas verksamhet för såväl sköterskor som läkare. Målsättningen bör vara att öka kompetensnivån inom personalen. För sköterskor behövs tydligare karriärvägar, till exempel genom system med nivågruppering av sköterskor baserat på erfarenhet och kompetens likt det som förekommer på Södersjukhuset, eller genom att arbeta för att etablera en specialistutbildning till akutsjuksköterska
- För läkare bör beställaren arbeta för en översyn av dagens specialistutbildning. En möjlighet är att tillsammans med Socialstyrelsen utvärdera möjligheten att införa akutläkare som egen specialitet för att lyfta status och identitet för rollen som akutläkare.

4. Vårdavtalens differentiering

- Stockholms fem stora akutmottagningar har idag i princip samma uppdrag i sina vårdavtal. Trots det ser verksamheten relativt olika ut, och de specialiteter och kompetenser som erbjuds på akutmottagningarna varierar
- Beställaren bör överväga att utveckla akutmottagningarnas vårdavtal så att det speglar den verksamhet man önskar på respektive akutmottagning. Vårdavtalen bör sträva efter att stödja en god utveckling av akutmottagningens verksamhet, såväl vad gäller utbud som hur tjänsterna levereras.

5. *Samarbete mellan vårdinstanser*

- Det förekommer goda exempel på hur akutmottagningens arbete kan avlastas via gott samarbete med andra vårdinstanser. Exempel på detta är bland annat Södersjukhusets goda samarbete med Nacka närakut, där akutmottagningen har möjlighet att direkt boka in patienter för uppföljningsbesök på närakuten, samt Capio S:t Görans samverkan med geriatriska vårdenheter där tydliga rutiner för vilka patienter och vilka utredningar som krävs för att slussa en patient vidare till geriatriken
- Trots goda exempel på samarbeten mellan akutmottagning och lätt- och närakut råder i dagsläget bristande incitament för lätt- och närakuter att aktivt avlasta akutmottagningen. Beställaren bör undersöka om det finns utrymme att förbättra incitament och vårdavtal för Stockholms lätt- och närakuter med avsikt att utöka det direkta samarbetet med akutmottagningarna. Målsättningen bör vara att direkt avlasta akutmottagningarna, t ex genom tidsbokning för uppföljningsbesök på närakut
- Geriatriska vårdplatser är en av de vårdformer som upplevs utgöra en bristvara i Stockholms sjukvårdssystem. Beställaren bör genomföra en djupare analys av tillgången på geriatriska vårdplatser i ljuset av akutmottagningarnas situation, samt vilka åtgärder som kan öka tillgängligheten på det platser som finns idag. Beställaren bör överväga värdet av direkta incitament till den geriatriska verksamheten för omhändertagande av patienter från hem respektive akutmottagning
- I tillägg bör beställaren facilitera en process tillsammans med samtliga geriatriska enheter som tar emot akuta patienter för att klargöra vilka riktlinjer för som gäller för mottagande. Målsättningen bör vara tydliga samverkansrutiner mellan akutmottagning och geriatrisk verksamhet likt de samverkansrutiner Capio S:t Görans sjukhus har åstadkommit med de geriatriska enheter de arbetar nära. Det bör också tydliggöras vilka akutmottagningar som respektive geriatrisk enhet arbetar mot, samt vilket samarbete som förväntas mellan geriatrik och akutmottagning

6. *Samarbete mellan beställaravdelningar*

- Akutmottagningarnas uppdrag hanteras via hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) enhet för somatisk slutenvård. Primärvården, närakuternas verksamhet och geriatrisk verksamhet beställs via närsjukvården, medan bland annat ambulansens uppdrag hanteras av enheten för särskilda vårdfrågor. Även om enheterna arbetar nära varandra i samma byggnad, skulle en ökad dialog och samarbete mellan enheterna förbättra förutsättningarna för ett nära samarbete och en större helhetssyn på verksamheten
- Beställaren bör förbättra samarbetet mellan beställaravdelningar inom HSF för löpande dialog mellan verksamheter, framför allt vad gäller när- och lättakuter, akutmottagning och geriatrik. Beställning och vårdavtal för respektive verksamhet bör stödja ett nära samarbete och innehålla incitament som främjar systemet som helhet.

7. Kompletterande granskning

- Genomlysningen har identifierat flera grupper där tillväxten i besöksfrekvens är högre än genomsnittet. Som komplement till de genomförda analyserna bör mer detaljerad revision och journalgranskning specifikt genomföras inom vissa identifierade patientgrupper för att utöka förståelsen för bakomliggande orsaker samt ta fram en specifik åtgärdsplan för respektive grupp
- Beställaren bör primärt fokusera en kompletterande granskning till tre patientgrupper och områden
 - Drivkrafter bakom den kraftiga besökstillväxten i länets norra förortskommuner
 - Drivkrafter till samt möjligheter till anpassning av vårdutbud och information för unga kvinnor
 - Förebyggande av akut vårdbehov och alternativ till akutmottagningen för omhändertagande av patienter i åldersgruppen över 80 år.

5.2 Sju punkter för akutsjukhusen

Akutmottagningens verksamhet påverkas av en mycket stor del av akutsjukhusets övriga verksamhet. Flera av de förbättringsområden som identifierats i genomlysningen berör flera verksamheter inom sjukhuset. För att underlätta situationen för sina akutmottagningar bör respektive sjukhusledning arbeta med följande sju punkter

Bild 39 – Sju arbetspunkter för sjukhusens verksamhet

1	Direktinläggningar och specialspår	<ul style="list-style-type: none">▪ Ökad användning av direktinläggningar▪ Ökat antal specialspår
2	Fördelning av vårdplatser	<ul style="list-style-type: none">▪ Kultur kring rapportering av lediga vårdplatser▪ Tillförlitliga och användbara informationssystem
3	Tidig utskrivning, snabb omställning	<ul style="list-style-type: none">▪ Ökad tillgänglighet på befintliga vårdplatser inom hela sjukhuset
4	Organisation av akutvårdsavdelning	<ul style="list-style-type: none">▪ Organisera sjukhusets vårdplatser med en mindre akutvårdsavdelning för korttidsvård av akuta patienter
5	Samarbete med geriatrik	<ul style="list-style-type: none">▪ Dialog och samarbete med geriatriska vårdenheter▪ Tydliga riktlinjer för mottagande av patienter
6	Struktur för läkarbemanning	<ul style="list-style-type: none">▪ Kombination av läkare anställda på kliniken och läkare från specialistkliniker som tjänstgör på akutmottagningen regelbundet
7	Samarbete och logistik kring röntgen	<ul style="list-style-type: none">▪ Utvärdera möjlighet till att förbättra samarbete och logistik kring röntgen och övrig bildiagnostik

1. Direktinläggningar och specialspår

- Direktinläggningar på vårdavdelning innebär att patienter med tydligt eller känt vårdbehov slussas direkt till sjukhusets vårdavdelningar, utan att passera akutmottagningen. Systemet förekommer i varierande utsträckning för olika patientgrupper på Stockholms akutsjukhus. På Danderyds sjukhus är systemet med

direktinläggningar mest utbrett, och akutmottagningen upplever att direktinläggningar fungerar som en reell avlastning av akutmottagningen. Genomlysningen pekar på att samtliga sjukhus har potential att öka användningen av direktinläggningar, med målsättning att förbättra omhändertagandet av utsatta patientgrupper och avlasta akutmottagningen på ett patientsäkert sätt

- Specialspår innebär att vissa grupper av patienter tas emot enligt en särskild handlingsplan, där patienten slussas runt det vanliga akuta patientflödet och direkt mot särskilt anpassad behandling. Omfång och utformning av specialspår varierar mellan akutmottagningarna och utgör i regel ett samarbete mellan akutmottagningen och mottagande vårdavdelning. Genomlysningen pekar på att specialspåren har potential att utvecklas både vad gäller omfattning men också genom att ta fram gemensamma bästa arbetssätt mellan Stockholms akutmottagningar
- Akutsjukhusen bör arbeta för att avlasta in- och utflöde till akutmottagningen genom ökad användning av direktinläggningar på vårdavdelning och ett ökat antal specialspår för brådskande eller utsatta patientgrupper. Utveckling av denna typ av arbetssätt kräver nära samarbete mellan akutmottagning och de specialistkliniker som tar emot berörda patienter. Sjukhusen bör också arbeta för att ta fram ett gemensamt bästa arbetssätt för omhändertagande av vissa patientgrupper i hela Stockholm, t ex vad gäller strokepatienter som idag omhändertas relativt olika på respektive akutmottagning.

2. Fördelning av vårdplatser

- Samtliga akutmottagningar upplever tillgång på vårdplatser för patienter som behöver läggas in för fortsatt vård som en av sina absolut största utmaningar, samt att fördelning av vårdplatser till nya patienter är ett arbetskrävande moment som skapar väntetider för patienter som skall lämna akutmottagningen
- Capio S:t Görans sjukhus fördelar vårdplatser med hjälp av ett IT-verktyg, bedlog, där vårdplatssituationen kontinuerligt hålls uppdaterat. Motsvarande funktion finns tillgänglig i TakeCare, men används inte på övriga akutsjukhus då informationen inte är uppdaterad eller tillförlitlig. Vårdplatser fördelas istället manuellt med hjälp av vårdplatskoordinatorer som håller uppsikt över sjukhusets vårdplatser och fördelar nya patienter till lediga platser. Arbetssättet upplevs otillfredsställande på flera områden; rollen som vårdplatskoordinator är arbetskrävande och tung och avdelningar upplevs vara ovilliga att ta emot patienter från akuten eller rent av att undanhålla information om tillgängliga vårdplatser
- Utmaningen kring fördelning av vårdplatser är i stor utsträckning en kultur- och ledningsfråga. Akutsjukhusen bör arbeta för att långsiktigt förbättra kulturen kring rapportering av lediga vårdplatser. Sjukhusen bör säkra att fundamental information i befintliga system uppdateras korrekt och kan användas för effektiv fördelning av vårdplatser. Sjukhusen bör också komplettera systemet med tydliga riktlinjer för respektive vårdavdelnings uppdrag vad gäller omhändertagande av akuta patienter

3. Tidig utskrivning, snabb omställning

- Samtliga sjukhus har en mycket hög beläggningsgrad på sina vårdplatser. För att frigöra en plats på vårdavdelning och möjliggöra att avdelning tar emot en patient från akutmottagningen krävs i regel att en tidigare patient lämnar platsen och skrivs ut från sjukhuset. Idag skrivs en stor del av patienter ut under dagtid, ofta efter att avdelningen har rondats, vilket innebär att platsen inte blir tillgänglig förrän framåt eftermiddagen.
- För att öka tillgängligheten på sjukhusets vårdplatser och underlätta patientflödet inom hela sjukhuset behöver sjukhusen aktivt arbeta med att öka omsättningen av patienter på vårdavdelningarna, genom att möjliggöra utskrivning tidigare samt under en större del av dagen. Sjukhusen bör också arbeta med att snabbt ställa om en vårdplats när en patient har lämnat för att möjliggöra mottagande av en ny patient.

4. Organisation av akutvårdsavdelning

- Akutvårdsplatser är vårdplatser avsedda för korttidsvård av akuta patienter med utskrivning inom 1-2 dygn, ofta i anslutning till akutmottagningen och med en något lägre vårdnivå än sjukhusets övriga vårdplatser. Akutvårdsavdelningar innebär ett kostnadseffektivt sätt att omhänderta patienter med vårdbehov under kortare tid och passar en viss typ av patienter. Genomlysningen pekar på att akutvårdsavdelningarna fungerar väl, men att antalet platser bör begränsas till att fylla behovet för patienter kort vårdbehov. En alltför stor akutvårdsavdelning som tar emot ett bredare spektrum av patienter fungerar istället som en 'vanlig' vårdavdelning, och motverkar samarbete kring omhändertagande av akuta patienter inom sjukhuset
- Akutsjukhusen bör utvärdera möjligheten att organisera sjukhusets vårdplatser med en mindre akutvårdsavdelning för korttidsvård av akuta patienter samt tydligt uppdrag för omhändertagande av patienter från akutmottagningen på vårdplatser för sjukhusets ordinarie vårdavdelningar

5. Samarbete med geriatrik

- Inläggning av patienter från akutmottagning till geriatriska vårdenheter utgör ett viktigt utflöde från akuten och berör äldre sköra patienter som ofta far illa av lång tid på akuten. Genomlysningen identifierar detta som ett kritiskt flöde då det utgör en flaskhals för en mycket utsatt patientgrupp, med följd att sköra personer tillbringar onödigt lång tid på akuten eller flyttas runt flera gånger. Flera akutmottagningar upplever att samarbetet med geriatriken fungerar dåligt med bristande dialog och mycket höga krav på utredning av patienten innan de tas emot inom geriatriken. Samtidigt finns exempel på områden där samarbetet med geriatriken fungerar mycket väl; Capio S:t Görans sjukhus har utvecklat en mycket god samverkansrutin med flera geriatriska enheter.
- Sjukhusen bör arbeta för att utveckla dialogen och samarbetet med geriatriska vårdenheter för att avlasta utflödet från akuten. Med stöd från beställaren bör

sjukhusen i samarbete med geriatriken ta fram tydliga riktlinjer för hur slussning av patienter från akutmottagning till geriatriska vårdenheter skall gå till.

6. Struktur för läkarbemanning

- Samtliga akutmottagningar bemannas av läkare från hela sjukhusen, där specialister från olika avdelningar periodvis tjänstgör inom akutmottagningen. En del akutmottagningar arbetar också med läkare anställda direkt på akuten, ofta specialister inom internmedicin eller dubbelspecialister inom medicin och kirurgi. Läkarbemanningens sammansättning varierar också starkt mellan olika akutmottagningar; andelen specialister varierar mellan 10 och 36 %, och kontinuiteten i läkarbemanningen varierar från läkare som endast arbetar inom akuten till specialister från andra avdelningar som tjänstgör på akuten ett fåtal dagar om året
- I takt med att akutmottagningens arbetssätt utvecklas ställs allt högre krav på de läkare som arbetar inom akutmottagningen; inte bara vad gäller medicinsk kompetens utan också kunskap om akutmottagningens processer och arbetssätt. Allt större antal patienter som tidigare skrevs in tas idag om hand inom öppenvården, vilket ställer högre krav på läkarna på akuten. För att arbeta effektivt och patientsäkert bör majoriteten av akutmottagningens läkare arbeta kontinuerligt inom verksamheten, känna den väl och kunna bidra till att utveckla arbetet
- Då bemanningen av läkare till akutmottagningen sker med läkare från en stor del av akutsjukhusets verksamhet, behöver frågan hanteras på sjukhusnivå. Sjukhusen bör arbeta för att bemanna akutmottagningen med en kombination av läkare anställda på kliniken och läkare från specialistkliniker som tjänstgör på akutmottagningen, samt inför ett minimikrav på tjänstgöringsgrad inom akutmottagningen

7. Samarbete och logistik kring röntgen

- Även om röntgenverksamheten på Stockholms akutmottagningar i stort fungerar väl, upplevs framför allt avancerad bilddiagnostik som en stor flaskhals i akutens arbete. Genomlysningen har inte belyst detta område närmare då det bör göras i samarbete mellan röntgen och akutmottagning, men det kan konstateras att det finns ett behov för fortsatt analys av akutmottagningarnas samarbete och logistik gentemot bilddiagnostiken
- I samarbete mellan respektive sjukhus akutmottagning och röntgenenheter bör akutsjukhusen ytterligare utvärdera vilka förbättringsområden som finns vad gäller samarbete och logistik kring röntgen och övrig bilddiagnostik för patienter som besöker akutmottagningen. De goda exempel på väl fungerande röntgenorganisation som finns inom vissa akutmottagningar bör användas som utgångspunkt för liknande lösningar på samtliga sjukhus.

5.3 Sju punkter för varje individuell akutmottagning

Genomlysningen lyfter fram ett antal exempel på lösningar och arbetssätt som fungerar mycket bra på någon eller några av Stockholms stora akutmottagningar. Varje individuell akutmottagning bör överväga följande sju arbetspunkter

Bild 40 – Sju arbetspunkter för de individuella akutmottagningarna



1. Läkarlett teamtriage

- Stockholms akutmottagningar har mycket varierande organisation och bemanning av verksamhetens triagefunktion. Genomlysningen har inte i detalj slagit fast en optimal organisation eller bemanning av triage, men samtliga akutmottagningar är överens om att läkarlett teamtriage är att föredra om det är möjligt att genomföra. Undersökningar visar också att patienter som träffar en läkare inom 60 minuter i stort är nöjda med akutmottagningens tillgänglighet
- Södersjukhuset har under våren 2013 omorganiserat sin triagefunktion från sjuksköterskelett till läkarlett teamtriage, vilket gjorts utan större förändring av verksamhetens resurser. Jämförelse av akutmottagningarnas kostnad per patient pekar också på att organisation och bemanning inte är avgörande för verksamhetens kostnader. Det ser med andra ord ut att vara möjligt att arbeta med läkarlett triage utan att öka verksamhetens resurser
- Samtliga akutmottagningar i Stockholm bör överväga att arbeta med läkarlett teamtriage om möjligt ur resurssynpunkt för snabbare handläggning av patienter och bättre patientflöde genom akutmottagningen

2. Delade väntrum

- Stockholms akutmottagningar har som följd av lokalernas utformning och verksamhetens organisation en varierande struktur för patienternas väntrum.

Väntrummen utgör framför allt en viktig faktor för patient- och arbetsmiljö på akutmottagningarna, men har också betydelse för hur väl personalen har möjlighet att hålla uppsikt över väntande patienter och hur deras tillstånd utvecklas.

- I den mån lokalerna tillåter, bör akutmottagningarna organisera patienterna med en tydlig fördelning av patienter i yttre och inre väntrum, där framför allt patienter i inte väntrum har nära till nästa instans och kan hållas under god uppsikt av personal

3. Begränsat antal flöden

- Organisationen i diskar, flöden eller sektioner är den enskilt största skillnaden mellan akutmottagningarnas arbetssätt. Många olika lösningar har möjlighet att fungera bra, men i en allt mer pressad akutverksamhet med stort behov av väl fungerande patientflöden och tydligt flödesarbete är en begränsning av antalet flöden att föredra.
- En viss uppdelning av patientflödet i diskar eller sektioner bedöms vara nödvändigt för att hålla överblick över patientflödet, men en alltför granulär specialisering skapar hinder för effektivt resursutnyttjande och lastbalansering inom akutmottagningen. För att effektivt lastbalansera och flexibelt bemanna verksamheten bör antalet diskar begränsas till mellan två och fem beroende på akutmottagningens utbud och kompetens.

4. Integrerade vårdlag

- Patienter som kommer till akutmottagningen behandlas i regel av ett vårdlag bestående av läkare och sjuksköterskor/undersköterskor. Organisationen av vårdlag varierar och flera kombinationer av personal fungerar väl beroende på akutmottagningens belastning och typen av patienter som omhändertas. Ett gott samarbete med delat patientansvar och arbetsplatser tillsammans har identifierats som framgångsfaktorer i arbetet
- Samtliga akutmottagningar bör sträva efter att arbeta med integrerade vårdlag som arbetar nära tillsammans. Vårdlagen bör ha arbets- och skrivplatser i anslutning till varandra och god möjlighet till kontinuerlig kommunaktion inom laget.

5. Fördelning av patienter

- Akutmottagningarnas patienter fördelas antingen direkt till olika läkare/vårdlag, alternativt placeras i en central pool vid respektive disk i väntan på ledig läkare/vårdlag. Det finns såväl för- som nackdelar med olika metoder för att fördela ut nya patienter till vårdlag. Om akutmottagningen lyckas med ett 'dragande' system är central kö att föredra, men det ställer krav på god kultur kring samarbete inom akutmottagningen
- Akutmottagningarna bör sträva efter ett dragande system där vårdlag aktivt hämtar nya patienter för omhändertagande.

6. Ledningssköterska/ läkare

- Akutmottagningarna har valt olika lösningar för arbetsledning. En del arbetar med en central koordinator för hela verksamheten, medan andra har en koordinator för varje enskilt flöde, som ibland är flera än åtta. En koordinator för hela verksamheten är en mycket krävande roll som kräver uppsikt över mycket stor verksamhet och många patienter samtidigt. En ledningssjuksköterska eller ledningsläkare för respektive disk eller flöde fungerar mycket väl där det förekommer, och säkerställer god koordination och uppsikt över patienterna. Koordinatören kan vara en sköterska eller en läkare, vilket inte ser ut att ha betydelse för rollens funktion
- Akutmottagningarna bör sträva efter att koordinera arbetet med ett fåtal personer i central roll med ansvar för en hanterbar och begränsad del av verksamheten; t ex med en ledningssjuksköterska eller ledningsläkare för respektive flöde

7. Analys av röntgenanvändning

- Genomlysningen pekar på en indikation att de akutmottagningar som arbetar med en relativt sett junior läkarkår också är de verksamheter som använder mest bilddiagnostik. För att säkerställa sambandet behöver olika läkarkategoriernas röntgenbeställning dock analyseras mer specifikt
- Akutmottagningarna bör genomföra en vidare analys av hur läkares senioritet påverkar användning av diagnostik inom akutverksamheten och vilka åtgärder som kan tas för att stötta juniora läkares beslut kring diagnostiken.

6. Appendix

Bild 41 – Parallellt med den ökade belastningen på akutmottagningarna ökar även antal akuta besök till husläkarmottagningar samt antal besök på Stockholms närakuter

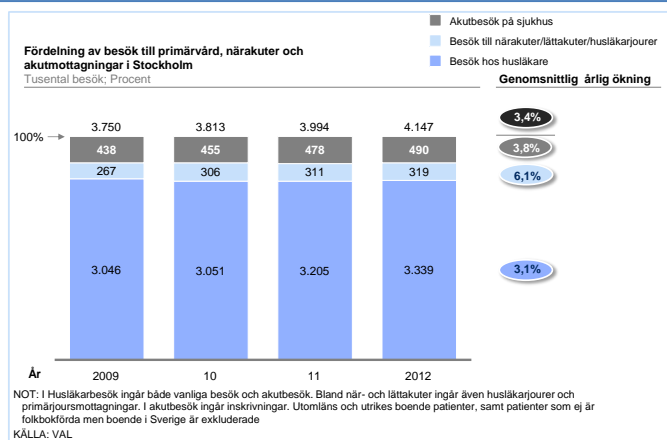


Bild 42 – Sverige befolknings självskattade hälsa förbättrades under 2002-2010

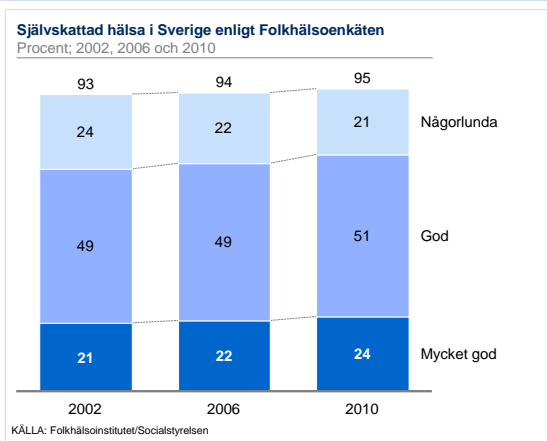


Bild 43 – Den socioekonomiska nivån i länet som helhet har inte förändrats i större utsträckning under de senaste åren

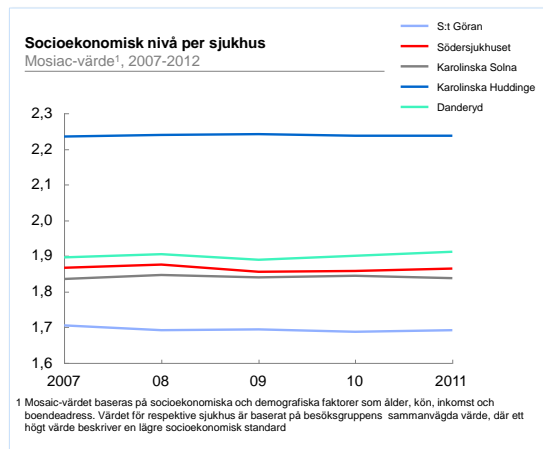


Bild 44 – Försäkringskassans så kallade ohälsotal, mätt som frånvarodagar från arbete, har reducerats i Stockholms län de senaste åren

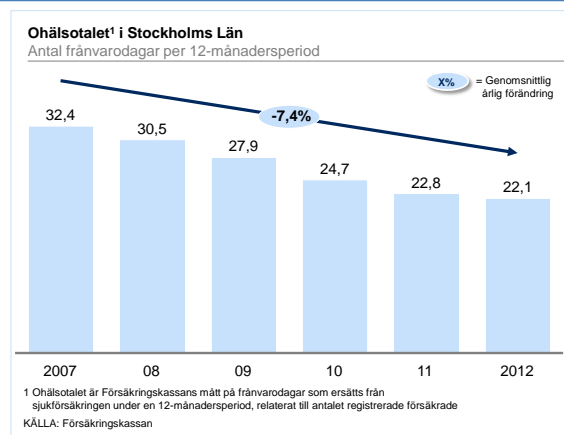


Bild 45 – Den disponibla inkomsten i SLL ökat, men inte så mycket som ökningen i antal akutbesök

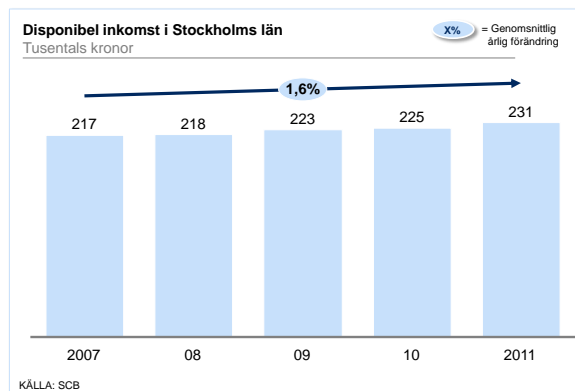


Bild 46 – Patientunderlaget för Danderyds akutmottagning

Sjukhusets procentuella andel av respektive kommuns vuxna akuta patienter¹, 2012

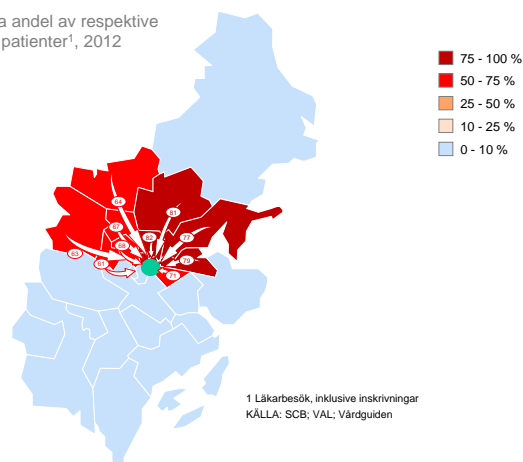


Bild 47 – Patientunderlaget för akutmottagningen vid Karolinska i Solna

Sjukhusets procentuella andel av respektive kommuns vuxna akuta patienter¹, 2012

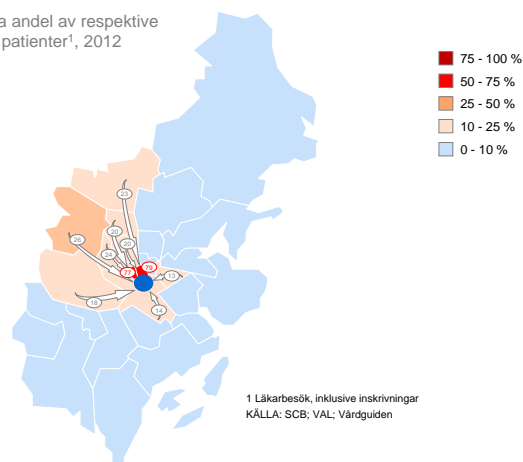


Bild 48 – Patientunderlaget för Capio S:t Görans akutmottagning

Sjukhusets procentuella andel av respektive Kommuns vuxna akuta patienter¹, 2012

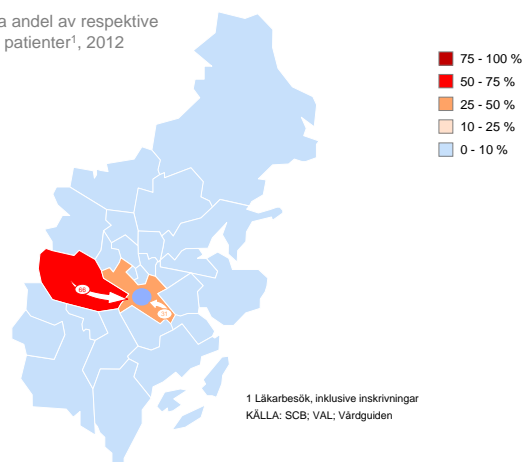


Bild 49 – Patientunderlaget för Södersjukhusets akutmottagning

Sjukhusets procentuella andel av respektive kommuns vuxna akuta patienter¹, 2012

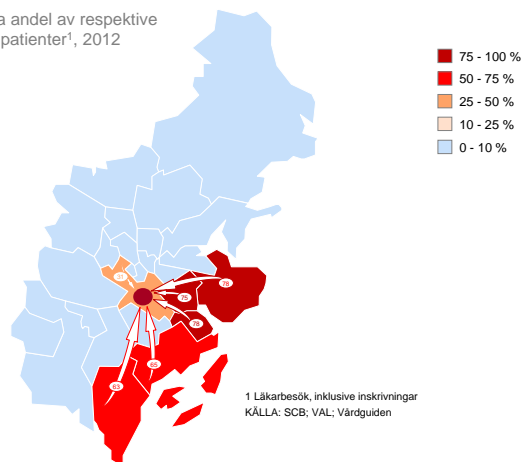


Bild 50 – Patientunderlaget för akutmottagningen vid Karolinska i Huddinge

Sjukhusets procentuella andel av respektive kommuns vuxna akuta patienter¹, 2012

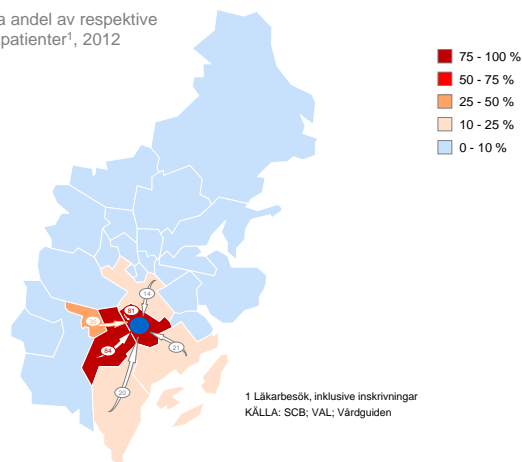


Bild 51 – Patienter som åker till Danderyds sjukhus har i genomsnitt färdats längst, medan patienterna som åker till S:t Görans sjukhus har färdats kortast

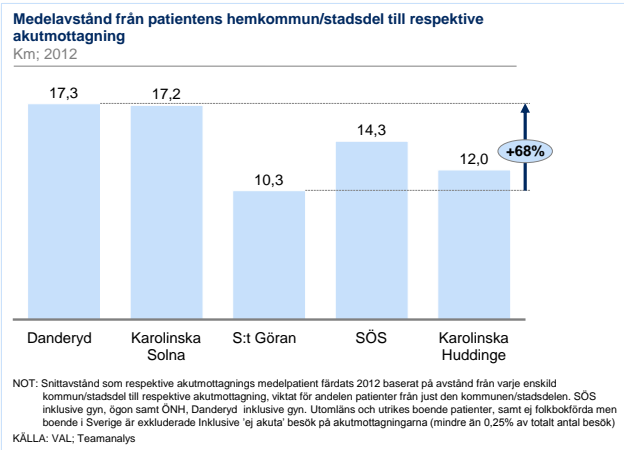


Bild 52 – Akutmottagningarnas demografiska profil skiljer sig från Stockholm som helhet

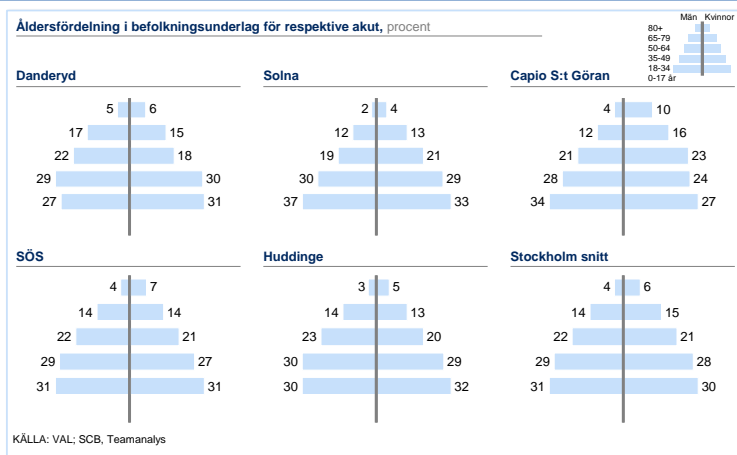


Bild 53 – Karolinska Huddinge har högre andel flergångsbesökare än övriga sjukhus

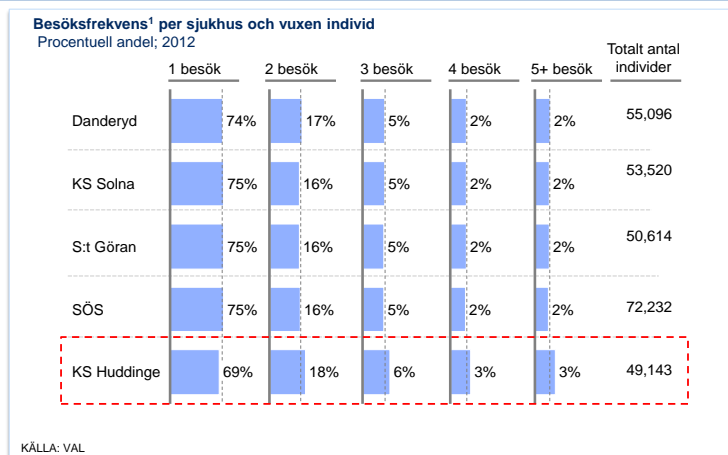


Bild 54 – Andelen akutpatienter som upp till 72h innan akutbesöket varit i kontakt med primärvården skiljer sig inte väsentligt mellan sjukhusen

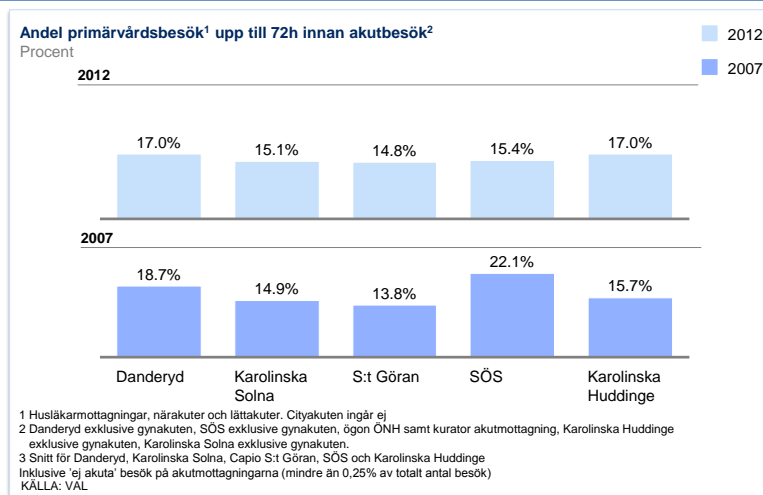


Bild 55 – Det finns en viss variation bland sökorsaker, men de vanligaste sökorsakerna ser relativt lika ut tvärs akutmottagningarna

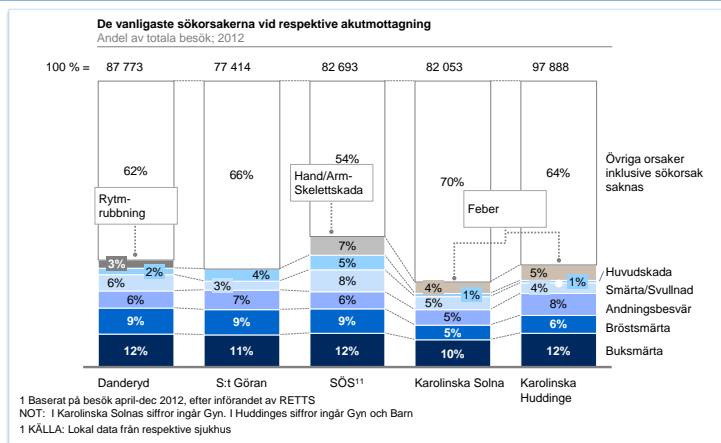


Bild 56 – Karolinskas akutmottagningar har en större andel unga patienter, med en majoritet av patienter under 50 år

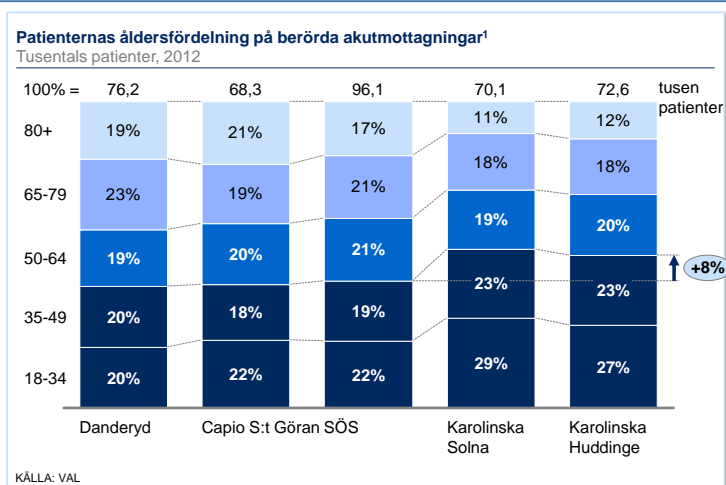


Bild 57 – Karolinskas akutmottagningar (Solna och Huddinge) har störst andel patienter som kommer gående

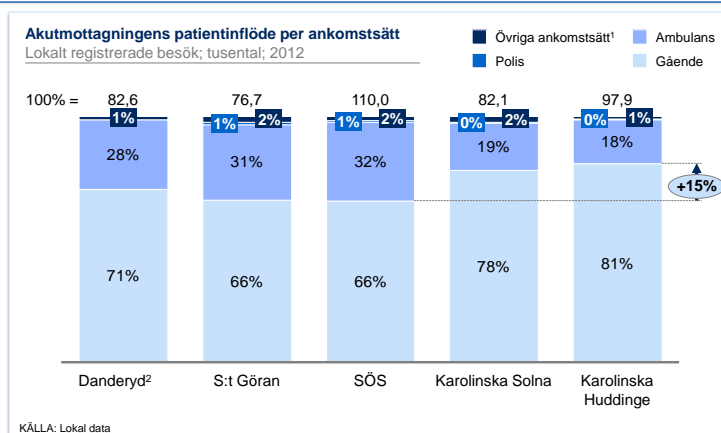


Bild 58 – Andelen inskrivna patienter är också lägst på Karolinskas akutmottagningar

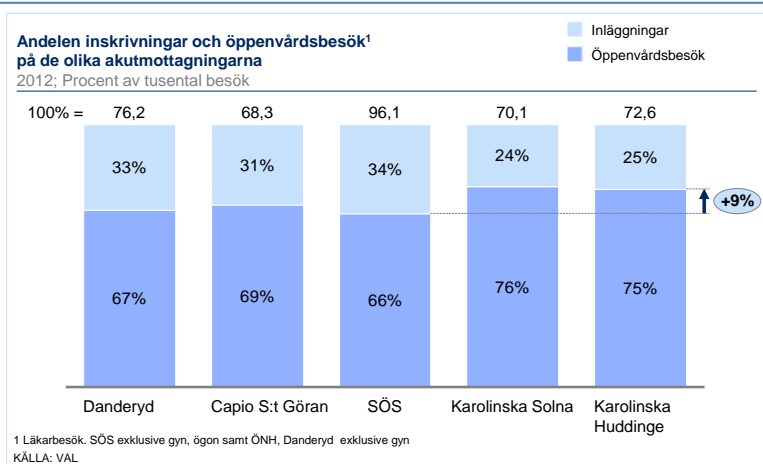


Bild 59 – Högst DRG-medelvikt och medelvårdtid för inläggningar på Karolinska Solna, medan Danderyd har lägst

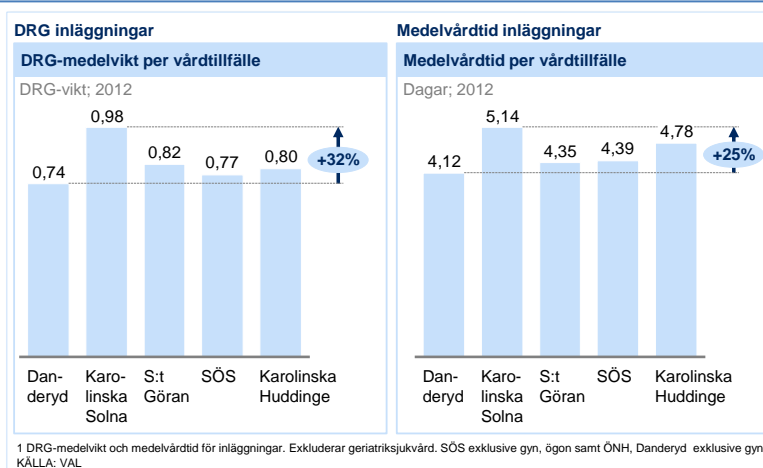


Bild 60 – Flöden på Danderyds akutmottagning

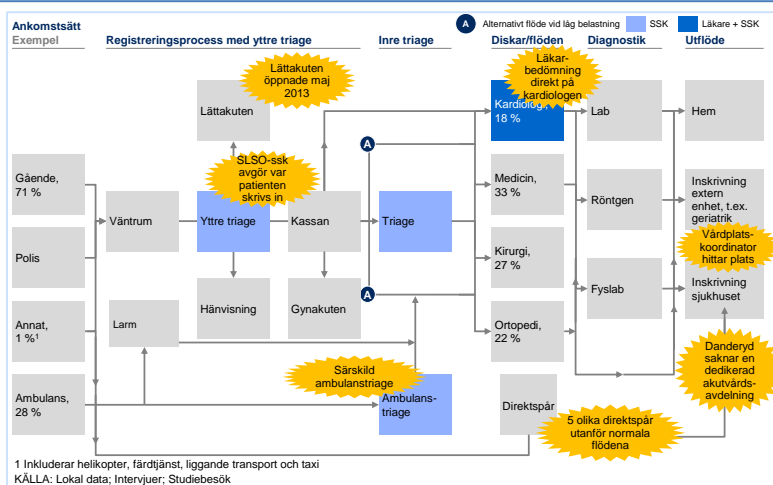


Bild 61 – Flöden på Karolinska Solnas akutmottagning

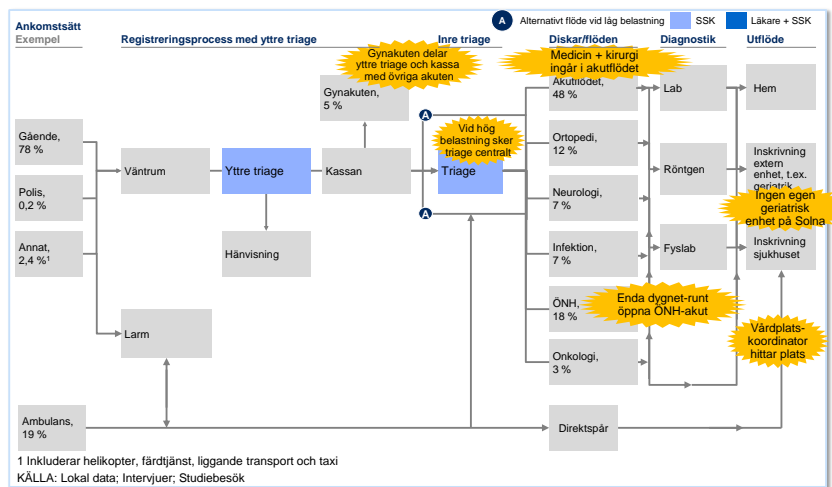


Bild 62 – Flöden på Capio S:t Görans akutmottagning

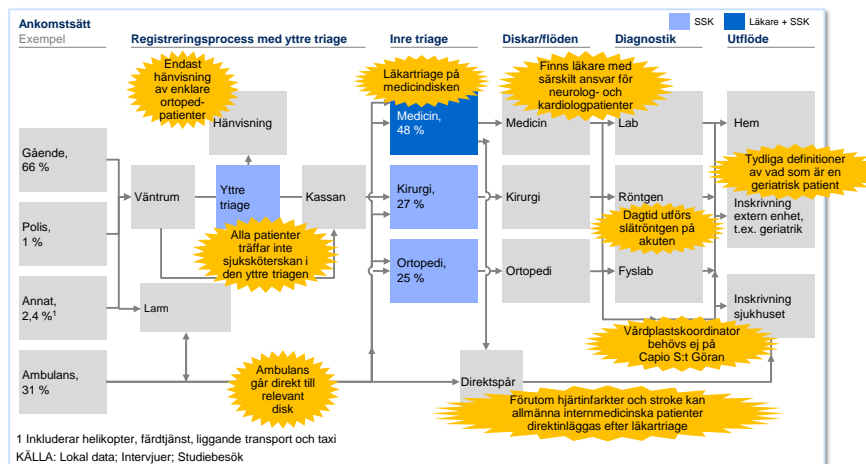


Bild 63 – Flöden på Södersjukhusets akutmottagning

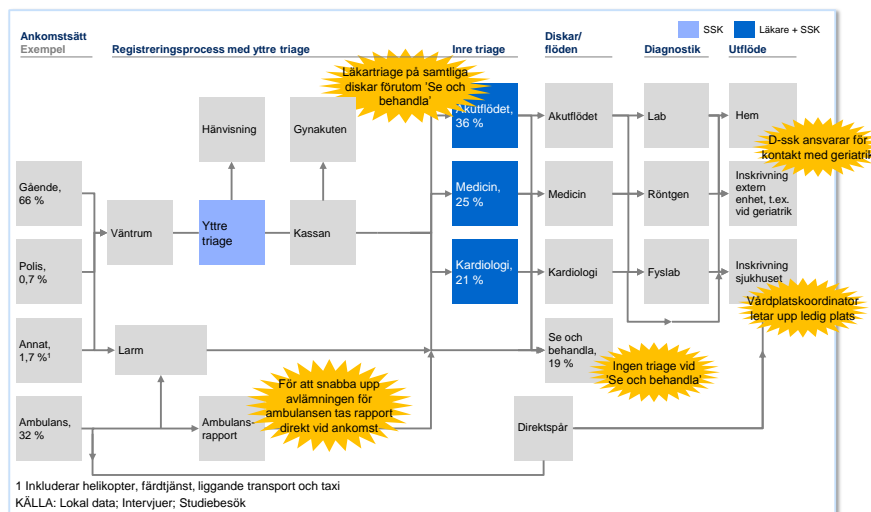


Bild 64 – Flöden på Karolinska Huddinges akutmottagning

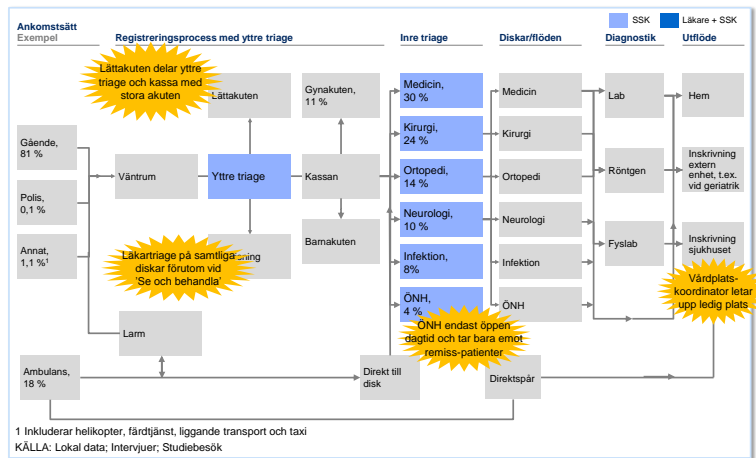


Bild 65 – Väntetider på upp till en timme för att få träffa läkare verkar vara acceptabelt

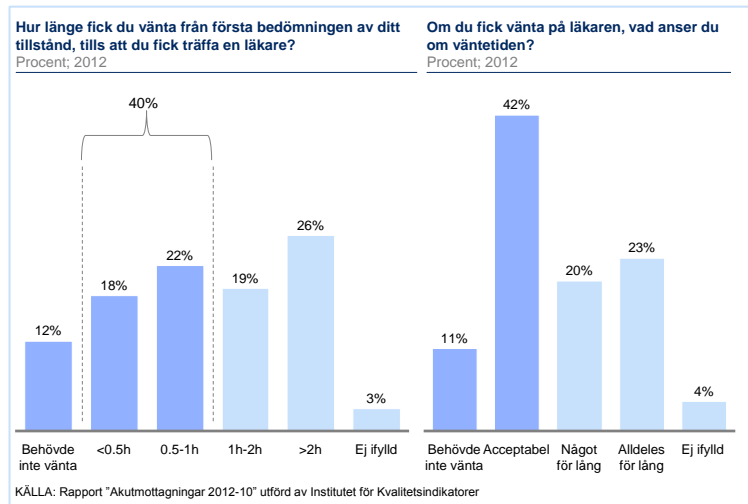


Bild 66 – Läkarbemanning och inflöde av patienter följer liknande mönster på alla sjukhus och är relativt väl anpassar efter varandra

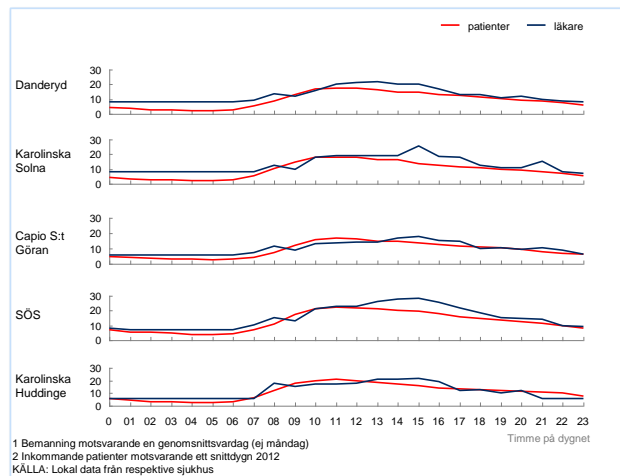


Bild 67 – Danderyd är det sjukhus som tagit över flest patienter från andra akutmottagningar i Stockholm

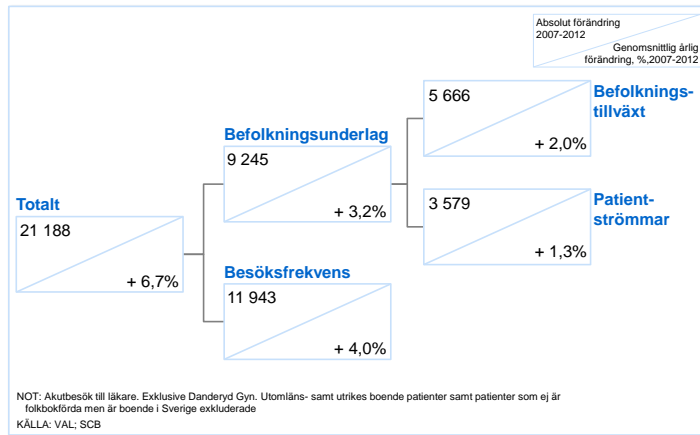


Bild 68 – Danderyd ökar mest i samtliga patientgrupper, drivet av besöksfrekvens såväl som ändrade patientströmmar

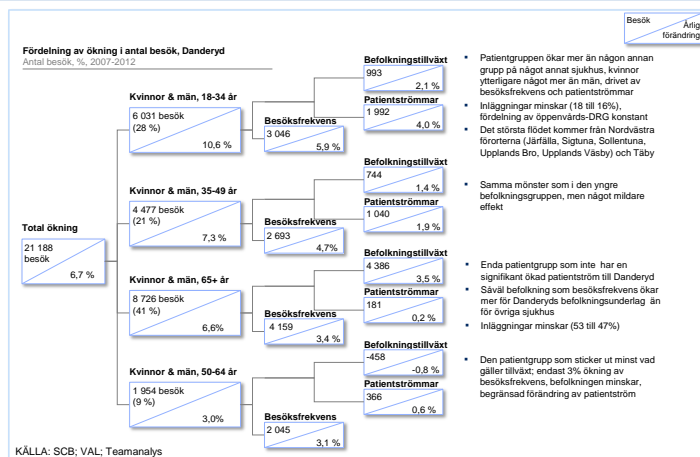


Bild 69 – Karolinska Solna har sett en stor ökning av besök, drivet både av befolkningstillväxt och ökad besöksfrekvens

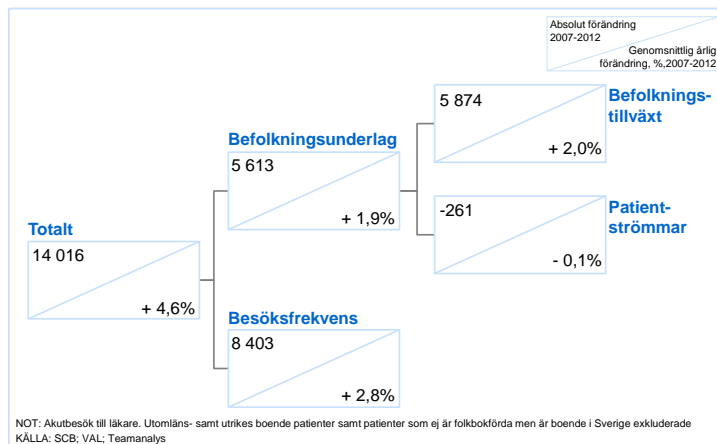


Bild 70 – Kvinnor och män i åldern 65-79 år ökar mycket mer på Karolinska Solna än på Stockholms övriga akutmottagningar

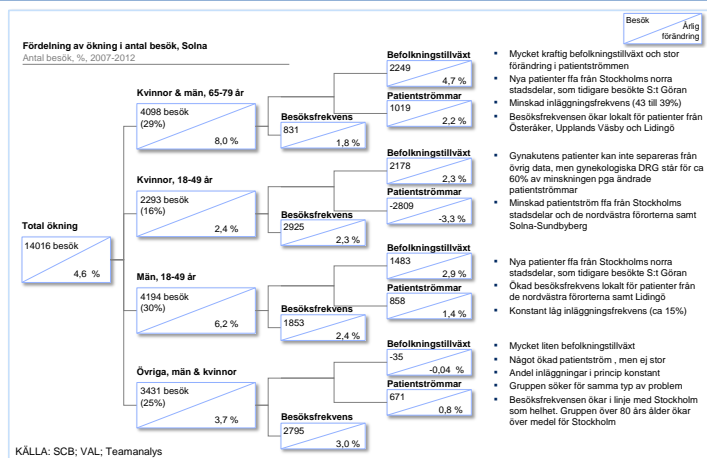


Bild 71 – Capho S:t Görans patientunderlag utvecklas i takt med Stockholm som helhet

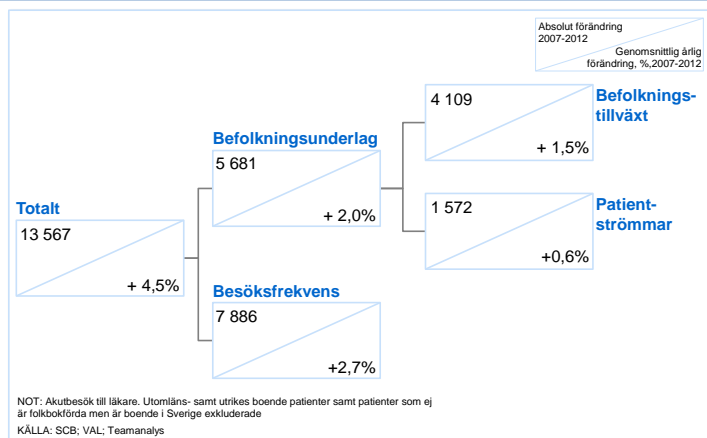


Bild 72 – Capho S:t Görans har en hög ökning av besöksfrekvens för unga personer

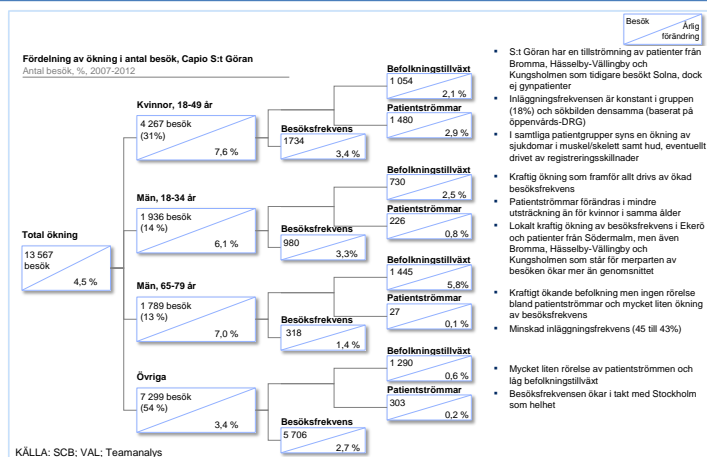


Bild 73 – Södersjukhuset har sett en stor ökning av befolkning och besöksfrekvens

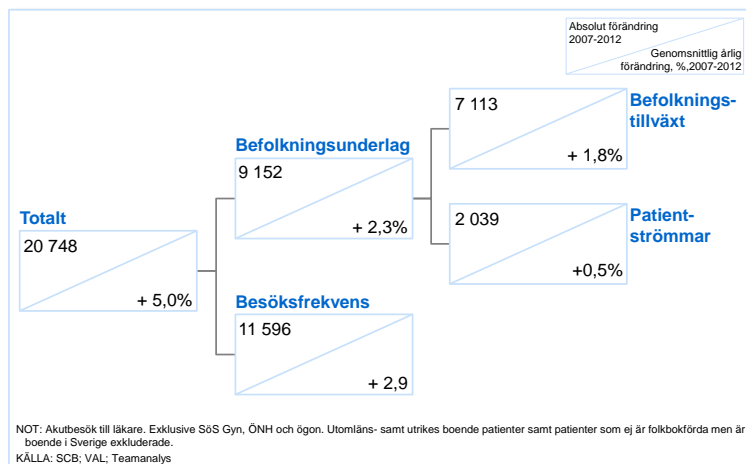


Bild 74 – Kvinnor 18-49 år är den patientgrupp som står för enskilt största delen av Södersjukhusets ökning i inflöde

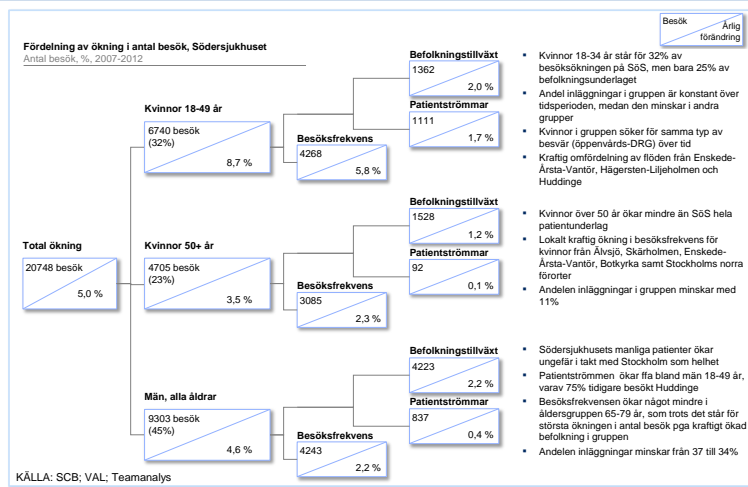


Bild 75 – Patientströmmarna går till andra sjukhus än Karolinska i Huddinge, men inflödet ökar drivet av befolkningstillväxt

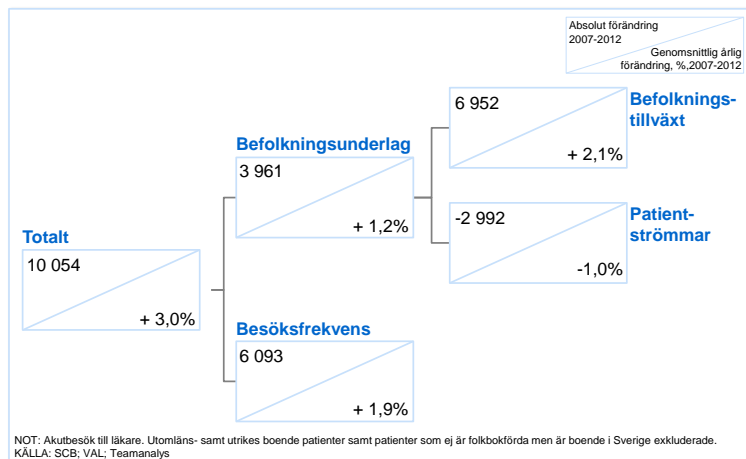


Bild 76 – Kvinnor 18-34 år är den patientgrupp som ökar mest på Karolinska Huddinge

