

Tillgängligheten på akutmottagningarna

Dnr: Rev 40-2015

Genomförd av: Revisionsenheten

Behandlad av Revisorskollegiet den 16 december 2015

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Granskningens syfte och revisionsfrågor.....	4
1.3 Avgränsning	5
1.4 Revisionskriterier	5
1.5 Granskningsansvarig/a	5
1.6 Metod.....	5
2. Resultat av granskningen.....	6
2.1 Utgångspunkter.....	6
2.2 Prioritering av patienter.....	6
2.3 Väntetider för olika patientgrupper.....	7
2.4 Avvikelser och vårdskador	8
2.5 Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.....	8
2.6 Uppföljning och analys.....	8
2.7 Fokusområden	9
2.8 Bedömning och rekommendationer	11
2.8.1 Bedömningar per revisionsfråga.....	11
2.8.2 Samlad bedömning.....	13
2.8.3 Rekommendationer	13
3. Undertecknande	13
4. Bilagor	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Sammanfattning

Revisorerna har i sina tidigare granskningar av verksamheterna inom hälso- och sjukvården noterat att uppföljning och analys avseende väntetider vid akutmottagningarna utgår från mätning av genomsnittliga väntetider samt att rapporteringen inte är könsuppdelad.

Revisorerna bedömde att det fanns en risk för att den faktiska prioriteringen vid akutmottagningarna kan resultera i brister vad gäller patientsäkerheten samt att hälso- och sjukvården inte bedrivs utifrån jämlikhet och jämställdhet.

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusen arbetar ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna. Detta för att minimera patientsäkerhetsriskerna, uppnå regionfullmäktiges mål för väntetider och säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

Väntetiderna på akutmottagningarna är långt ifrån de av regionfullmäktige uppsatta målen. De mest sjuka tas alltid omhand direkt men patienter som enligt definitionen bedöms ha potentiellt livshotande tillstånd får på SÄS och SU vänta i snitt 1 timme på läkarbedömning och på KS är väntetiden i snitt över 1 en timme. Patienter som inte uppvisar livshotande tillstånd får generellt vänta 2-3 timmar på sin läkarbedömning då det kontinuerligt kommer in mer prioriterade patienter. Revisionen bedömer att de uppmätta väntetiderna inte är ändamålsenliga för patienter med potentiellt livshotande tillstånd och patienter med lägre prioritering som snabbt kan få ett försämrat tillstånd. Att väntetiden blir längre vid lägre prioritering är rimligt ur patientsäkerhetsperspektiv men de flesta av dessa patienter söker den vårdnivå och vård som deras tillstånd kräver och då bör väntetiden vara närmare målet och snittet i Sverige. En notering är att patienter med livshotande tillstånd får alltid hjälp direkt.

Arbetet med att analysera jämlik och jämställd hälso- och sjukvård har varit underutvecklat och de intervjuade kan inte svara på om regionfullmäktiges mål uppfylls. Ny utdata ur jämlikhetsperspektiv kommer från och med 2016 men för att få intressanta och tillförlitliga utvärderingar anser de intervjuade att det behövs fördjupade analyser. I brist på analyser menar de ändå att den styrda prioriteringen enligt RETTS bör hindra att diskrimineringsvariablerna påverkar prioriteringsbesluten. Revisionen bedömer att den uppföljning som sker på granskade akutmottagningar avseende jämlik och jämställd hälso- och sjukvård är inte tillräcklig för att kunna utvärdera verksamheten ur dessa perspektiv. Granskade sjukhusstyrelser bedöms därmed brista i den interna kontrollen av akutmottagningarnas ändamålsenlighet avseende om patienterna erhåller en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

Utifrån syftet med granskningen bedöms sjukhusen arbeta ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna och det medför att patientsäkerhetsriskerna minimeras. Däremot är det inte ändamålsenligt att väntetiderna är betydligt längre än regionfullmäktiges mål och att målet om jämlik och jämställd hälso- och sjukvård inte kan utvärderas eftersom det saknas uppföljning och analys.

Rekommendationer:

- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att ta ett tydligare ansvar för att säkerställa uppfyllelsen av regionfullmäktiges mål om tillgängligheten på akutmottagningarna.
- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att tillse att måluppfyllelsen för jämlik och jämställd hälso- och sjukvård kan utvärderas och vid brister åtgärdas.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Revisorerna har under 2014 vid granskning av nämnder och styrelser haft ett starkt fokus på de allt större problemen vad gäller invånarnas tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Köerna till specialistsjukvården ökade under 2014 och har fortsatt öka i inledningen av 2015. Andelen patienter som får tid till första besök respektive behandling inom fastställda garantitider minskar. I en nationell jämförelse har regionens sjukhus en förhållandevis låg tillgänglighet och det är många som står i kö till besök och behandlingar. Patienttillströmningen till sjukhusens akutmottagningar har ökat kraftigt på senare år och väntetiderna på akutmottagningarna vid regionens sjukhus är mycket långa. I Socialstyrelsens rapport "Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar" (publicerad i december 2014) framgår att flera av regionens sjukhus är bland de sämsta i landet vad gäller tid till läkare samt total vistelsetid på akuten.

Tillgänglighetsfrågan har lyfts vid revisorernas möten med presidierna för sjukhusstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder. Det har också genomförts en fördjupad granskning avseende Sahlgrenska Universitetssjukhusets åtgärder för att förbättra tillgängligheten. Granskningen resulterade i ett flertal rekommendationer, bl a att utveckla arbetet med uppföljning och utvärdering av effekter av vidtagna åtgärder, att göra en sjukhusövergripande riskanalys beträffande potentiella patientsäkerhetsrisker med anledning av bristande tillgänglighet och att utveckla samverkan med andra vårdgivare.

Revisorerna har också genomfört en granskning avseende insatser för att säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen under 2010 (Dnr Rev 33:2010). Granskningen omfattade både hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusstyrelser. Granskningen noterade brister avseende systematiken i arbetet med uppföljning och analys samt i beställningsunderlag från beställarnämnderna till sjukhusstyrelserna.

Revisorerna har i sina tidigare granskningar av verksamheterna inom hälso- och sjukvården noterat att uppföljning och analys avseende väntetider vid akutmottagningarna utgår från mätning av genomsnittliga väntetider. Rapporteringen från sjukhusen är inte könsuppdelad och det framgår inte hur snabbt högprioriterade patienter omhändertas. Mot bakgrund av ovanstående bedömer revisorerna att det finns en risk för att den faktiska prioriteringen vid akutmottagningarna kan resultera i brister vad gäller patientsäkerheten samt att hälso- och sjukvården inte bedrivs utifrån jämlikhet och jämställdhet.

1.2 Granskningens syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusen arbetar ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna. Detta för att minimera patientsäkerhetsriskerna, uppnå regionfullmäktiges mål för väntetider och säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

De revisionsfrågor som ska besvaras är:

1. Hur sker prioritering av patienter vid sjukhusens akutmottagningar?
2. Hur påverkar prioriteringen väntetiderna för olika patientgrupper?
3. Hur påverkade prioriteringen rapporterade avvikelser och vårdskador?

4. Vilken uppföljning och analys görs av väntetider på akutmottagningar kopplat till arbetet med jämlik- och jämställd vård?
5. Vilken uppföljning och analys görs i övrigt av väntetider på akutmottagningar?
6. Vilken intern kontroll har sjukhusstyrelserna avseende väntetider för olika patientgrupper?

1.3 Avgränsning

Granskningen omfattar väntetider för sökande vid akutmottagningar och hur väntetider redovisas, analyseras och följs upp avseende olika patientgrupper. Granskningen begränsas till att studera akutmottagningarna med längst väntetider och de finns vid följande tre sjukhus:

- Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Akutmottagningen på Sahlgrenska)
- Kungälv's sjukhus
- Södra Älvsborgs sjukhus

1.4 Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 2 § Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Västra Götalandsregionens budget 2015, målet "Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd".
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna. Indikator: Väntetid till läkare på akutmottagningen, andel som fått träffa läkare inom 1 timme.
- Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9), 3 kap. Ansvar för och användning av ett ledningssystem.

1.5 Granskningsansvarig/a

Granskningen är genomförd av revisionsenheten i Västra Götalandsregionen:

Granskningsansvarig: Thomas Vilhelmsson

Kvalitetsansvariga: Andreas Ivarsson och Kari Aartojärvi

Revisorskollegiets kontaktrevisorer är: Staffan Albinsson och Marie Engström Rosengren

1.6 Metod

Granskningen genomförs genom dokumentstudier av styrande dokument, uppföljningar och analyser samt genomgång och analys av vårdstatistik för avvikelser och vårdskador.

Dokumentstudierna har kompletterats med intervjuer med verksamhetschef, vårdenhetschef, verksamhetsutvecklare/controller på de tre akutmottagningarna samt chefläkare på de tre sjukhusen. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

Några av revisionsfrågorna fokuserar på effekter av gjorda prioriteringar. Att värdera effekter av aktiviteter är svårt i en komplex styrmiljö. En rad faktorer kan bidra till att effekter uppstår eller uteblir. Vad som skapat effekterna kan vara svåra att värdera och revisionsfrågorna besvaras utifrån detta faktum.

2. Resultat av granskningen

2.1 Utgångspunkter

Kungälvss sjukhus (KS): Akutmottagningen har ca 30 000 besök per år och tar emot patienter inom kirurgi, ortopedi, medicin, urologi, geriatrik/rehabilitering och psykiatri. Övriga specialiteter och barn upp till och med 15 år hänvisas till Sahlgrenska universitetssjukhuset och NU-sjukvården.

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS): Akutmottagningen har ca 50 000 besök per år och tar emot patienter inom kirurgi, ortopedi och medicin. På kvällar, nätter och helger tar de även emot patienter inom områdena ögon, öron, näsa, hals och gynekologi som annars har direktspår. Barn är hänvisade till en speciell akutmottagning.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, akutmottagningen på Sahlgrenska (SU): Även akuten på Sahlgrenska har ca 50 000 besök per år och tar på vardagar emot patienter inom kirurgi, medicin, trauma samt rödprioriterad gynekologi. På kvällar och helger tar de även emot öron, näsa och hals. Speciella akutmottagningar finns för barn till och med 15 år, ortopedi, gynekologi, psykiatri, ögon, öron, näsa och hals.

Som framgår ovan är akutmottagningarna olika stora, de arbetar på olika sätt och det finns skillnader i vilka patienter de tar emot.

2.2 Prioritering av patienter

Samtliga granskade sjukhus följer RETTS (rapid emergency triage and treatment system) vid triage av patienter i ambulans eller på akutmottagningarna. Syftet är att strikt medicinskt bedöma prioritet utifrån patienternas tillstånd. RETTS består dels av triage som är en prioritering, dels av ett beslutsstöd som styrs av medicinsk säkerhet. Triage har länge varit en grund i svensk akutsjukvård för att sortera patienterna. Det har ofta gjorts av sjuksköterskor men ibland även av läkare eller team. Utgångspunkten är att det finns ett kösystem på akutmottagningen och man behöver veta vem som är i störst behov av vård och vad patienten behöver för vård. Prioriteringen mynnar ut i en bedömning som symboliseras av färger:

- Röd: direkt livshotande
- Orange: potentiellt livshotande
- Gul: behov av akutsjukvård inom rimlig tid
- Grön: behov av akutsjukvård inom rimlig tid

Skillnaden mellan gul och grön är en bedömning av allvarlighetsgraden. Grön är den lägsta prioriteringen och i denna grupp finns vissa personer som istället skulle kunna vända sig till primärvården. En svårighet i den gula gruppen är enligt en av de intervjuade att den blir väldigt stor och innehåller en stor variation. Det finns bland annat patienter, ofta äldre, vars tillstånd snabbt kan förändras. Det finns dock regler för retriage enligt fastställda tidsintervall och det finns angivet vem som har ansvaret för att göra det. Sjukhusen har svårt att bedöma hur stor andel av patienterna det handlar om. Även inom den gröna gruppen finns vissa patienter som bedöms vara primärvårdspatienter men som felaktigt eller på grund av att primärvården inte har öppet vänder sig till akutmottagningen. De intervjuade menar att det bland annat handlar om vissa patienter, ofta yngre, som upplever sig sjukare än de är och inte får tid som man önskar inom primärvården.

2.3 Väntetider för olika patientgrupper

Mätningarna avseende väntetider omfattar samtliga patienter som besöker akutmottagningen oavsett om deras tillstånd kräver akut vård eller inte. I mätningarna har följande begrepp använts:

TTT: Tid till triage (används inte längre på regional nivå)

TTL: Tid till läkare. Mål TTL \leq 1 timme för 60 % av patienterna

TVT: Total vistelsetid (tidigare TGT). Mål TVT \leq 4 timmar för 90 % av patienterna

Tid till triage ses inte längre som ett bra jämförelsemått på regional nivå. Det är helt beroende av hur arbetssätten ser ut på respektive akutmottagning samtidigt som en intervjuad menar att den inte bidrar till att behandla patienten men ändå kan vara informativ lokalt på ett sjukhus, som jämförelse mellan år och mellan olika arbetssätt.

Målet för TTL ska enligt VGR uppföljning vara att 60 % av patienterna ska få träffa en läkare inom en timme men för regionens sjukhus uppnås bara ca 40 %. Fördelat per prioritetsgrupp så tas de flesta röda patienterna omhand direkt och måluppfyllelsen är god på samtliga sjukhus. För orange patienter så nås målet precis för SU och SÄS medan Kungälv är långt från målet. Övriga kategorier får generellt vänta 2-3 timmar innan vårdprocessen startar. Många av de intervjuade anser att väntetiderna är intressanta att följa men menar att det finns stora skillnader i mätningarna, vilket bland annat beror på följande:

- Tiderna mäts då patientens mapp manuellt flyttas i journalsystemet vilket innebär att under stressade perioder kan en försening handla om att flyttningen inte genomförts.
- IT-stödet är underutvecklat. Journalerna är i pappersform och det tar tid att få tillgång till patienternas journalinformation från andra vårdgivare.
- Variationer i arbetssätten innebär att läkaren träffar patienten olika snabbt. Det behöver dock inte medföra att patienten totalt sett blir färdigbehandlad snabbare eller att det med automatik fattas något beslut om vården för patienten. En mer relevant mätning hade enligt en av de intervjuade varit att följa när det första steget i vården av patienten sker, alltså att läkaren eller motsvarande fattar ett beslut.

TVT är den totala tiden som patienten tillbringar på akutmottagningen. Västra Götalandsregionens sjukhus uppvisar bland de sämsta resultaten i Sverige avseende detta. Målet är att 90 % av patienterna ska ha en TVT på under 4 timmar. Måluppfyllelsen på de granskade sjukhusen är 50-60 %. Enligt Socialstyrelsens statistik har SÄS haft väldigt långa väntetider för patienter över 80 år, vilket i stor utsträckning även gäller även SU och KS. Den största anledningen till att patienterna blir kvar uppges vara att sjukhuset saknar vårdplatser. Antalet disponibla vårdplatser har minskat i takt med ekonomisk besparing och brist på sjuksköterskor. Därtill finns det brister när det gäller utskrivning av patienter från vårdavdelningarna och hemtagning till kommunerna av utskrivningsklara patienter. Flera av de intervjuade menar att det också saknas en helhetssyn där alla på sjukhusen tar ansvar för akuten. Effekten av att patienterna inte kan lämna akuten är att vissa av dem istället måste börja behandlas och omhändertaras med mat och hygien. Att det blir stopp i inflödet innebär att väntetiderna ökar. För TVT lyfter de intervjuade följande förklaringar till varför sjukhusen inte lyckas nå målen:

- Patienter som är i behov av akut vård men inte på sjukhusnivå söker sig till akutmottagningen. Det kan bland annat handla om äldre som har ett akut behov men som hade kunnat lösas av annan vårdnivå, på annan plats och på ett mindre påfrestande sätt för patienten.

- Om en patient behöver röntgas innebär det ofta fördröjning på minst ett par timmar.
- För vissa tillstånd kan tiden vara avgörande. Att övervaka och eventuellt medicinera patienten lite längre tid på akuten kan innebära att den istället kan lämna sjukhuset.

2.4 Avvikelser och vårdskador

I regionen registreras avvikelser i ett avvikelshanteringssystem (MedControl Pro). Avvikelserna kan avse alla delar i verksamheten såsom patientklagomål, vårdskador, arbetsskador m.m. Registreringskulturen ser väldigt olika ut inom granskade akutmottagningar och förändras över tid. Utifrån antalet avvikelser eller förändringen av dem går det inte att göra några säkra jämförelser. Istället är fokus i granskningen Lex Maria anmälningar som har en fastställd hantering enligt lag. Själva processen leds av chefsläkaren på respektive sjukhus och akutmottagningarna informeras om processen. Antalet Lex Maria anmälningar kopplade till respektive akutmottagning är ganska få men allvarliga då det ofta handlar om mycket allvarliga konsekvenser för patienten. Av de rapporterade Lex Maria som berört akutmottagningarna är det vissa som helt anses bero på misstag hänförliga till stress och där rutinerna inte fungerat tillfredställande. Enligt några intervjuade kan det bero på att lokalerna blir överfulla med patienter eller att läkarkompetensen inte är tillräcklig.

2.5 Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Jämställd vård är ett prioriterat mål för hela regionen. På sjukhusens akutmottagningar bedöms det vara svårt att mäta hur olika grupper behandlas. De hänvisar till den strikt utformade prioriteringen som inte ger utrymme för att prioritera personer olika. De intervjuade säger att det krävs djupare studier för att kunna utvärdera jämlikheten på akuten. Enligt en nyligen genomförd studie¹ som även bekräftats av statistik från granskade akutmottagningar så har män något kortare väntetider än kvinnor vilket även bekräftas av statistik från de granskade sjukhusen. Män har kortare väntetider inom alla prioriteringsgrupper. De intervjuade säger att det är en viktig fråga men att den kan bero på flera olika anledningar, såsom:

- Män besöker akuten med andra diagnoser.
- Män väntar längre med sitt besök och har därför ett större behov.
- En stor del av forskningen är baserad på män och det saknas kunskap för att ta hand om kvinnor.
- Det är olika patientgrupper som besöker akutmottagningarna. Exempelvis så har SÄS ett direktspår för gynekologipatienter. De har en egen mottagning som bedöms fungera mycket bra. Dessa kvinnor finns inte alls med i statistiken för akutmottagningarna.

2.6 Uppföljning och analys

På alla sjukhus följs statistiken över väntetider dagligen. Personalen kan jämföra informationen med beläggningsgraden och avflödet från sjukhusen. Det finns även dagliga avstämningsmöten för att hantera kösituationen och behandling av patienter som legat länge på akuten. Återkoppling av brister från tidigare arbetspass och problemställningar som hanterats i avvikelserapporteringen. De intervjuade anser att delaktigheten även skapar samtal som leder till mer långsiktig förbättring.

¹ Masteruppsats: Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademin, Josefina Robertson, 2014: Waiting Time at the Emergency Department from a Gender Equality Perspective,

Akutmottagningarna följer löpande upp vad patienterna tycker om den vård de har fått. Det finns möjligheter att på olika sätt svara på om man är nöjd med sitt besök eller inte. Det kan också vara genom att svara på en aktuell fråga. Svårigheterna med dessa allmänna undersökningar är att veta vilka som har haft möjlighet och velat svara vilket har stor betydelse för resultatet. På alla akutmottagningar går det att lämna skriftliga åsikter och synpunkter och på KS ringer man upp personerna som önskat detta för att djupare gå igenom deras upplevelser. I djupare samtal med patienterna framkommer ofta att de är nöjda med vården men missnöjda med väntetiderna samt att bemötande är en viktig del av deras besök.

Socialstyrelsen har tagit fram nya kvalitetsindikatorer som sjukhusen har för avsikt att implementera nästa år. Det handlar dels om statistik avseende patienter som återkommer inom tre dygn, dels avseende patienter som avviker efter läkarbedömning. Dessutom finns tre indikatorer som följs via den nationella patientenkäten och de avser information om väntetider, upplevd kvalitet och upplevd smärtlindring. De intervjuade är försiktigt positiva till de nya kvalitetsindikatorerna, framför allt till att mäta patienter som återkommer inom tre dygn. För indikatorerna som är kopplade till nationella patientenkäten är de lite osäkra på vad svaren kommer att visa och vilken tyngd de kommer ha.

Tillgänglighetsfrågor är ett återkommande område för styrelserna och det gäller också tillgängligheten på akutmottagningarna. Oftast presenteras detta i samband med delårs- eller månadsrapporter alternativt som informationspunkter. Det saknas specifika styrelsebeslut om hur tillgänglighet på akutmottagningarna ska förbättras.

2.7 Fokusområden

I justerad budget för 2015 beslutade regionfullmäktige att tillföra 100 mnkr till akut- och prehospital verksamhet samt till att öka antalet vårdplatser. Därtill kommer ytterligare 50 mnkr att tillföras 2016 och 50 mnkr 2017. Sjukhusen måste i en ansökan presentera vilka insatser de har för avsikt att göra, pengarna fördelas därefter utifrån antalet akutbesök. Sjukhusen har under 2015 påbörjat ett utvecklingsarbete avseende detta som bland annat handlar om teamarbete, akutläkare, schemaläggning och samordning. Detta beskrivs nedan.

Akutläkare: Förr krävdes en annan specialitet som grund, ofta internmedicin, men nu har det blivit en egen specialitet. Det är beslutat att regionen ska ha ett arbetssätt som utgår från akutläkare och utbildning har påbörjats. På SÄS finns ett tiotal anställda akutläkare men det kommer att krävas minst 30 stycken för att de ska kunna utgöra en stabil bas. Kungälv har anställt en första akutläkare men har även satsat på att utbilda ett par avancerade specialistsjuksköterskor som är ett mellansteg som vanligtvis inte används idag. SU utbildar för närvarande 12 akutläkare/internmedicin. Fördelarna med akutläkare uppges vara att deras hemvist är på akutmottagningen. De blir då mer intresserade av att mottagningen är rätt utformad samt att det finns bra rutiner och samarbete. Idag gör läkarna periodvisa insatser på akutmottagningen vilket är svårt för dem eftersom de ska komma in i rutinerna och få fungerande kommunikation med personalen. Akutläkarspecialiteten har testats tidigare i landet med blandade resultat. Det har då främst handlat om hur läkarna ska kunna kombinera akutspecialiteten med någon akutvårds- eller medicinavdelning alternativt forskning, för att de ska kunna vara uthålliga i tjänsten och stanna kvar. Även kollektivavtalsfrågor har diskuterats och det handlar där om huruvida sjukhusen kan köpa loss läkarna från ordinarie avtal för att få ut mer arbetstid. Akutläkarna på SÄS arbetar tvåskift enligt ordinarie

kollektivavtal. Alla läkare som utbildas måste arbeta en tid på akutmottagningen så det kommer alltid finnas behov av bemanning av andra läkare.

Teamarbete: Teamarbete innebär att flera yrkesgrupper möter patienten direkt. TTL och beslut om behandling sker direkt i undersökningsrummet. När det fungerar enligt plan blir det väldigt effektivt men problem kan uppstå om antalet väntande blir för stort, om flödet till sjukhusets vårdplatser stannar av eller om teamen splittras. Teamarbete har i regionen testats tidigare och bedöms vara det som åtminstone under dagtid ska kunna korta väntetiderna. Under hösten 2015 har SÄS infört team mellan kl. 8-20 på vardagar för sina tre huvudinriktningar; kirurgi, ortopedi och medicin. Resultaten för TTL är positiva men det uppges vara för tidigt att bedöma utfall för TVT. På KS startas teamarbete upp för ett antal jourlinjer. De intervjuade tror på teamkonceptet och kommer att försöka arbeta med team under dagtid. Det uppges vara oklart om det kan göras för alla team då sjukhuset haft svårt att rekrytera vissa kompetenser. På KS har de sedan en tid också ett projekt som kallas BAKUT med syfte att förbättra flödena inom akuten och samarbetet mellan klinikerna på hela sjukhuset. På SU gjordes i maj 2014 ett försök med att bemanna upp team och det föll väl ut för väntetiderna men till betydligt högre kostnader. Det finns en styrning mot att arbeta i team vilket redan idag görs på medicinkliniken men inte för övriga specialiteter. Verksamheten på akutmottagningen på SU är organisatoriskt delad i olika ansvarsområden som själva styr över införandet.

Schemaläggning: Akutmottagningarna har mycket statistik om när på dygnet patienterna kommer, vilka veckodagar och även hur det är fördelat mellan årstiderna. Informationen har funnits tillgänglig länge och sjukhusen har försökt anpassa bemanningen efter detta. Ett problem uppges ha varit att läkarnas ordinarie arbetstider inte matchat när inflödet varit som störst. Sjukhusens analyser visar att patienterna söker allt senare på dagen, exempelvis kommer de efter arbetet för eget besök eller tillsammans med anhörig. På eftermiddagen vid klockan 17 är antalet patienter i lokalerna som störst. Följden har blivit att scheman har skjutits fram för att möta inflödet och för att arbeta av så många patienter som möjligt innan nattpersonalen kommer.

Samordning: I regionen finns olika konstellationer för informationsutbyte och man har tagit nya krafter för att det ska bli mer givande. Många av de intervjuade efterfrågar även bättre samarbete mellan de olika parterna kommun, primärvård och sjukhus. Ett problem som har diskuterats länge är att äldre patienter inte bör vara på sjukhus längre än nödvändigt då de inte får rätt omvårdnad och riskerar att bli sjukare. Detta handlar bland annat om kommunernas ansvar för hemtagning av färdigbehandlade patienter som enligt lag kan vara kvar upp till fem dagar på sjukhuset utan att kommunen belastas av kostnader. Sjukhusen försöker förbättra denna situation samtidigt som de tittar på andra lösningar. På vissa sjukhus har omsorgscoordinatorer införts, vilka har i uppgift att direkt knyta an till patienten efter läkarbedömningen och tillsammans med kommunen ordna så att en obefogad inläggning kan undvikas. I delar av regionen används även hemsjukvård och insatser där personal kan följa med ambulansen för att avhjälpa problemet på plats istället för att åka till akutmottagningen. En fråga som har delat både beslutsfattare och personal inom sjukhusen är om det bör finnas en primärvårdsakut i närheten av ordinarie akutmottagning. Åsikterna går isär om hur nära den ska vara och om det är ett problem eller inte för patienterna att veta vilken vårdnivå som de har besökt. Det uppges också finnas synpunkter från läkarna kring hur de ska bemannas och vem som ska betala.

2.8 Bedömning och rekommendationer

I detta stycke redovisas bedömningar baserade på de iakttagelser som framkommit i granskningen utifrån frågeställning och revisionskriterier. Därefter presenteras den samlade bedömningen ställt mot syftet samt rekommendationer till granskade styrelser:

2.8.1 Bedömningar per revisionsfråga

<p>1. Hur sker prioritering av patienter vid sjukhusens akutmottagningar?</p>	<p>Prioriteringen av patienter sker enligt RETTS fastställda rutiner vilket möjliggör för akutmottagningarna att utföra en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det finns ett systematiskt och konkret förbättringsarbete mellan cheferna och i personalgrupperna som baseras på kontinuerlig uppföljning av arbetet. Olika metoder inom akutvård har periodvis testats i regionen men engagemanget för att lära av andra har varit begränsat. Från 2015 och ett par år framöver har HSS tillförts resurser som ska fördelas till akutsjukvården för bättre flöden. Akutmottagningarna har kommit olika långt i utvecklingsarbetet men alla har för avsikt att inom ramen för den extra satsningen göra olika utvecklingsinsatser samt att införa akutläkare och teamarbete.</p> <p>Revisionen bedömer att det finns ändamålsenliga och effektiva prioriteringsrutiner som säkerställer patientsäkerheten vid granskade akutmottagningar.</p>
<p>2. Hur påverkar prioriteringen väntetiderna för olika patientgrupper?</p>	<p>Väntetiderna på akutmottagningarna är långt ifrån de av regionfullmäktige uppsatta målen. De mest sjuka tas alltid omhand direkt men patienter som enligt definitionen bedöms ha potentiellt livshotande tillstånd får på SÅS och SU vänta i snitt 1 timme på läkarbedömning och på KS är väntetiden i snitt över 1 en timme. Patienter som inte uppvisar livshotande tillstånd får generellt vänta 2-3 timmar på sin läkarbedömning då det kontinuerligt kommer in mer prioriterade patienter.</p> <p>Revisionen bedömer att de uppmätta väntetiderna inte är ändamålsenliga för patienter med potentiellt livshotande tillstånd och patienter med lägre prioritering som snabbt kan få ett försämrat tillstånd. Att väntetiden blir längre vid lägre prioritering är rimligt ur patientsäkerhetsperspektiv men de flesta av dessa patienter söker den vårdnivå och vård som deras tillstånd kräver och då bör väntetiden vara närmare målet och snittet i Sverige. En notering är att patienter med livshotande tillstånd alltid får hjälp direkt.</p>
<p>3. Hur påverkade prioriteringen rapporterade avvikelser och vårdskador?</p>	<p>Patientsäkerhetsriskerna på akutmottagningarna hanteras tillfredställande vid normal belastning. I samband med hög belastning pressas lokalkapaciteten eftersom det saknas lediga vårdplatser. Det bidrar i sin tur till högre arbetsbelastning och stress vilket enligt gjorda Lex Maria</p>

	<p>anmälningar ökar risken för patienterna. Rutinerna för vad som rapporteras som avvikelser skiljer mellan granskade akutmottagningar men skiftar även över tid. De intervjuade har därför inte velat presentera några slutsatser baserat på statistiken för avvikelshantering.</p> <p>Revisionen bedömer att det inte finns någon direkt koppling mellan prioritering och risken för vårdskador. Risken för allvarliga vårdskador är liten men den ökar vid högt inflöde av patienter.</p>
4. Vilken uppföljning och analys görs av väntetider på akutmottagningar kopplat till arbetet med jämlik- och jämställd vård?	<p>Arbetet med att analysera jämlik och jämställd hälso- och sjukvård har varit underutvecklat och de intervjuade kan inte svara på om regionfullmäktiges mål uppfylls. Ny utdata ur jämlikhetsperspektiv kommer från och med 2016 men för att få intressanta och tillförlitliga utvärderingar anser de intervjuade att det behövs fördjupade analyser. I brist på analyser menar de ändå att den styrda prioriteringen enligt RETTS bör hindra att diskrimineringsvariablerna påverkar prioriteringsbesluten.</p> <p>Revisionen bedömer att den uppföljning som sker på granskade akutmottagningar avseende jämlik och jämställd hälso- och sjukvård är inte tillräcklig för att kunna utvärdera verksamheten ur dessa perspektiv. Granskade sjukhusstyrelser bedöms därmed brista i den interna kontrollen av akutmottagningarnas ändamålsenlighet avseende om patienterna erhåller en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.</p>
5. Vilken uppföljning och analys görs i övrigt av väntetider på akutmottagningar?	<p>De intervjuade konstaterar att väntetiderna inte har förändrats så mycket de senaste tre åren. Det betyder att insatserna för att korta väntetiderna inte fått önskad effekt eller varit tillräckliga samtidigt som att inflödet kontinuerligt har ökat. För att minska inskrivningarna har lokala satsningar gjorts på omsorgscoordinatorer, mer bemannade ambulanser och hemsjukvård vilket har fått god effekt. Man tror även att det behövs tydligare information till invånarna och utveckling av IT-miljön.</p> <p>Revisionen bedömer att utvecklingsarbetet på akutmottagningarna inte har varit tillräckligt. Det krävs insatser på sjukhusnivå men också på regional nivå för att hantera praktiska och ekonomiska problem som hindrar att målen uppnås.</p>
6. Vilken intern kontroll har sjukhusstyrelserna avseende väntetider för olika patientgrupper?	<p>Samtliga styrelser får kontinuerlig rapportering av väntetider på sina sammanträden.</p> <p>Revisionen bedömer att det finns en tillräcklig intern kontroll men styrningen har inte varit tillräcklig för att nå uppsatta mål.</p>

2.8.2 Samlad bedömning

Utifrån syftet med granskningen bedöms sjukhusen arbeta ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna och det medför att patientsäkerhetsriskerna minimeras. Däremot är det inte ändamålsenligt att väntetiderna är betydligt längre än regionfullmäktiges mål och att målet om jämlik och jämställd hälso- och sjukvård inte kan utvärderas eftersom det saknas uppföljning och analys.

2.8.3 Rekommendationer

- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att ta ett tydligare ansvar för att säkerställa uppfyllelsen av regionfullmäktiges mål om tillgängligheten på akutmottagningarna.
- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att tillse att måloppfyllelsen för jämlik och jämställd hälso- och sjukvård kan utvärderas och vid brister åtgärdas.

3. Undertecknande

Thomas Vilhelmsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor